

**Contrôle du centre hospitalier des Pyrénées à Pau**

**- Rapport définitif -**

*Rapport présenté par :*

*Fernand LORRANG et le Dr. Sylvain PICARD*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Rapport n° 2005 020  
Avril 2005*

# **Contrôle du centre hospitalier des Pyrénées à Pau**

## **- Présentation du rapport définitif -**

**Le rapport définitif se présente ainsi :**

**Rapport initial de l'IGAS en date de Mars 2005 ..... 1 à 56**

**Pages numérotées bis, ter :**

Réponses du directeur du centre hospitalier des Pyrénées à Pau  
Observations en retour de l'Inspection générale des affaires sociales

**Annexes au rapport initial ..... 1 à 36**

**Réponse complémentaire du centre hospitalier des Pyrénées à Pau dans le  
cadre de la procédure contradictoire**

**Annexes à la réponse complémentaire du centre hospitalier des Pyrénées  
à Pau**

**Contrôle du centre hospitalier des Pyrénées à Pau**

**- Rapport initial -**

***Rapport présenté par :***

***Fernand LORRANG et le Dr. Sylvain PICARD***

***Membres de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Rapport n° 2005 020  
Mars 2005***

Le contrôle du Centre Hospitalier des Pyrénées (CHP) de Pau a été demandé par le Ministre des solidarités, de la santé et de la famille le 22 décembre 2004 à la suite de l'assassinat d'une infirmière et d'une aide-soignante. Cet événement tragique est survenu dans un établissement qui se trouvait depuis plusieurs mois dans une situation de crise interne préoccupante. La mission composée de Monsieur Fernand Lorrang et du docteur Sylvain Picard a réalisé ses investigations du 28 décembre 2004 au 10 février 2005. Elle n'a pas établi de corrélation entre les difficultés de l'établissement et les conditions de survenue du drame. Le rapport est donc centré sur l'analyse de la situation du CHP et la proposition d'actions à mettre en œuvre.

## **1. Le constat**

### **1.1 La situation du CHP de Pau**

Le Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau dispose d'une capacité fixée en 2004 par l'ARH d'Aquitaine :

- en psychiatrie générale :
  - 339 lits d'hospitalisation complète
  - 203 lits et places d'hospitalisation à temps partiel et d'alternatives à l'hospitalisation
- en psychiatrie infanto-juvénile :
  - 8 lits d'hospitalisation complète
  - 90 lits et places d'hospitalisation à temps partiel et d'alternatives à l'hospitalisation

Globalement, l'établissement a évolué conformément aux lignes directrices du SROS de psychiatrie arrêté en 1997 en organisant des complémentarités et un travail en réseau avec plusieurs centres hospitaliers généraux des Pyrénées Atlantiques et, en particulier, celui de Pau.

Il a, par ailleurs, mis en place en février 2003 une organisation fonctionnelle qui consiste à assurer une meilleure coordination du travail des équipes de secteur par création de pôles (deux pôles adultes regroupant les cinq secteurs adultes avec un découpage nouveau et un pôle infanto-juvénile regroupant deux secteurs infanto-juvéniles) et à mieux répondre à des missions spécifiques par création de pôles transversaux (admission et accueil des urgences, psychogériatrie, soins de réadaptation et réinsertion, médecine polyvalente).

L'activité globale du CHP est soutenue. Le taux d'occupation annuel important laisse présumer des difficultés à certaines périodes pour l'admission de patients en urgence. Les investigations de la mission sur les disponibilités en lits en 2004 confirment cette situation tendue.

L'établissement, dont le profil des patients correspond à peu près correctement à sa structure, bénéficie d'une image positive au sein du département et dans les milieux professionnels partenaires.

Ses moyens potentiels sont relativement importants. Le patrimoine immobilier et foncier est étendu. Le centre hospitalier s'étend à Pau sur un terrain de 42 hectares en zone

urbaine et est propriétaire de 13 de ses 27 structures extérieures. Néanmoins, ce patrimoine est vétuste comme l'atteste le ratio du taux de vétusté des équipements (amortissements/actifs brut) affiché à 60,72 en 2003. Certains bâtiments du site du centre hospitalier sont d'ailleurs désaffectés.

Les effectifs en personnel non médical placent le CHP de Pau en situation favorable au sein de la région Aquitaine : taux d'encadrement non médical supérieur au taux régional pour la psychiatrie adulte avec différence significative au niveau du personnel soignant de +3,91%, taux d'encadrement non médical pour la psychiatrie infanto-juvénile très supérieur au taux régional avec une différence de 7,66% pour le personnel soignant.

L'écart valorisé en postes de personnel donne une marge positive au centre hospitalier psychiatrique de Pau par rapport à la région de 51 agents non soignants et 170 agents soignants.

Les effectifs en personnel médical rémunérés sont nettement inférieurs aux postes budgétés (42,20 postes rémunérés sur 53,45 budgétés en 2004).

Il faut noter que le coût de la promotion sociale est important et la modification de la structure de certaines qualifications en est la résultante : de 2002 à 2004, le nombre d'IDE de classe supérieure est passé de 71 à 134 pendant que le nombre d'IDE de classe normale est passé de 399,5 à 309,5. L'établissement compte, en outre, 8 ETP de surveillants chef et 62 ETP d'infirmiers surveillants.

La comparaison des coûts par venues, journées ou séances place l'établissement dans une position favorable dans les comparaisons régionales. Pour la psychiatrie adulte, l'indice composé d'activité (ICA) est au dessus de la moyenne régionale (14<sup>ème</sup> rang sur 18 établissements). Cet écart s'accroît depuis 2002 (ICA à 239 contre une moyenne régionale de 217). L'ICA de psychiatrie infanto-juvénile place le CHP en 11<sup>ème</sup> position sur 14 établissements (ICA à 415,5 contre une moyenne régionale de 360,9).

Jusqu'en 2002, le CHP a connu des exercices budgétaires positifs. En 2003, le budget a été déficitaire et le résultat comptable n'est apparu excédentaire qu'en raison d'un report de charges. Le déficit 2004 est moindre qu'en 2003 et limité à 0,8% du budget annuel en raison des efforts réalisés.

Au niveau financier, l'ensemble des indicateurs bilantiels sont corrects. La trésorerie est confortable, l'apurement des créances irrécouvrables réalisé, l'endettement faible et le règlement des charges rapide.

## **1.2. Les difficultés actuelles**

### **1.2.1 Une gestion chaotique des difficultés débouchant sur une impasse**

Confronté à la perspective d'un déficit prévisionnel de l'ordre de deux millions d'euros en 2004, le directeur a sollicité un rendez vous avec l'ARH en juillet au cours duquel il lui a été demandé d'élaborer un plan de retour à l'équilibre. Ce plan élaboré par la direction

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>L'effectif médical</p> <p>les effectifs soignants présentés semblent traduire la grande difficulté de pouvoir cerner avec précision les réalités de notre situation à travers les états fournis par notre administration. Si nous ne pouvons avec certitude de valider les chiffres des personnels soignants non médicaux, dont il conviendrait de définir préalablement s'ils sont réellement affectés aux soins, il existe une erreur manifeste concernant les personnels médicaux, puisqu'il est fait état de 53,45 postes médicaux (ce qui correspondrait à un équipement médical normal) alors qu'il en existe à notre connaissance, 44,45 actuellement budgétés, auquel il conviendrait d'ajouter 0, 5 poste autorisé par l'A. R. H. mais non financé.</p> <p>Nous rappellerons à cette occasion que le nombre de postes effectivement occupés dans les années 2000 à 2002 avaient été très sensiblement inférieur, aux alentours de 37 ce qui avait conduit à la réorganisation en pôles, développée à titre principal comme stratégie vis-à-vis d'une pénurie médicale annoncée beaucoup plus que comme une rationalisation d'un projet de soins.</p> <p>Sans vouloir imputer à cette imprécision gestionnaire la responsabilité d'un projet médical inachevé, il nous faut souligner qu'elle en a très largement parasité l'élaboration.</p> <p>Les chiffres concernant les ICA ne sont pas contestables en tant qu'ils ont été effectivement transmis par l'établissement, mais on peut affirmer qu'ils ne reflètent pas l'activité réelle de l'hôpital mais seulement celle saisie .Ce biais traduit la difficulté, retrouvée à mains égards et partagée par toutes les composantes de l'hôpital , d'une conscience très lâche d'appartenance à un ensemble cohérent, d'une identité dont les sous-ensembles sont interdépendants.</p>	<p>La réponse confirme la difficulté que la mission a connue pour corréler avec certitude les différents chiffres sur les effectifs.</p> <p>Pour ce qui est de la détermination des effectifs médicaux, la mission s'est référée au rapport en date du 23/11/04 de l'autorité de tutelle (sous le timbre de V.Ortet), l'effectif budgété est bien arrêté à la date d'octobre 2004 à 53,45.</p> <p>Ces chiffres sont ceux de la DRASS Aquitaine, dans le document « Indicateurs de Psychiatrie-Campagne 2005 ». Il appartient à l'établissement de transmettre des chiffres dont la validité n'est pas contestable.</p>

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>➤ Les effectifs médicaux rémunérés représentent effectivement 44,20 ETP ;</p> <p>➤ Les effectifs médicaux historiquement autorisés, représentent 44,55 ETP</p> <p>➤ Pour 2004, les effectifs médicaux budgétés n'ont pas été traduits à ma connaissance.</p> <p>Quant au chiffre de 53,45 ; il s'agit vraisemblablement d'une erreur. Ce nombre ne correspond à aucune donnée en terme de postes médicaux.</p> <p>Si on considère les postes de 0,5 PH à l'USSI et 0,6 PH en Gériatrie, qui n'ont pas été financés, nous obtenons 43,45 postes qui ont obtenu un financement.</p>	<p>Se référer à l'observation de l'Igas supra.</p>

de l'établissement a été présenté au cours du mois d'août et concernait essentiellement des actions de maîtrise des dépenses du groupe 1 (non remplacement des départs du personnel). A l'issue de cette présentation, divers mouvements sociaux ont animé le centre hospitalier sous forme de grèves et de manifestations.

Ce contexte de crise a été à l'origine de plusieurs réunions à la DDASS et à l'ARH et un travail d'expertise a été engagé afin d'aboutir à un diagnostic partagé entre l'établissement et sa tutelle. Une table ronde devant réunir les représentants de la communauté hospitalière et la tutelle était programmée pour le 20 décembre 2004 afin de rechercher des pistes de solution. Cette réunion a été déprogrammée en raison de l'événement tragique survenu le 18 décembre.

Le 9 novembre 2004, un courrier adressé à l'ARH et signé du président du C.A., du président de la CME et du directeur sollicitait une mission de médiation autour de trois axes :

- le volet budgétaire et financier
- le volet organisationnel (organisation médicale et des soins non stabilisés)
- le volet dialogue social (dialogue social interrompu)

Il apparaît clairement que la direction en diffusant sans information préalable un plan de retour à l'équilibre portant essentiellement sur les dépenses de personnel non partagé ni validé par la tutelle s'est engagée dans un processus délicat. Le courrier du 9 novembre 2004 constitue, de surcroît, de la part du directeur un constat de sa propre impuissance

### **1.2.2 Un projet d'établissement inachevé**

Le projet médical et le projet d'établissement devant s'appliquer sur la période 2004-2008 ont été élaborés en 2003. Ils ont bénéficié d'un vote favorable à l'unanimité de la CME, d'un avis défavorable du CTE et ont été approuvés par le C.A. le 28 janvier 2004.

L'ARH a informé en juin 2004 l'établissement de sa décision de ne pas approuver ces projets. Les orientations de fond ne lui paraissaient pas soulever de remarques particulières. En revanche, la présentation des nouveaux projets manquait de précision et ceux-ci ne faisaient pas l'objet d'un classement par ordre de priorité.

L'examen du projet médical, dont il faut rappeler qu'il doit constituer une des bases essentielles du projet d'établissement, a été au CHP la résultante de deux démarches complémentaires menées par la communauté médicale : celle consistant à régulariser sa nouvelle organisation des soins mise en place en 2003 et celle consistant à envisager des projets nouveaux.

La première démarche se trouve fragilisée par le fait qu'elle n'a pas été menée à son terme (le nouveau découpage des secteurs n'a pas fait l'objet d'une décision de l'ARH et certains praticiens se trouvent donc affectés sur des fonctions ne correspondant plus à leur nomination d'origine). Quant aux nouveaux projets, ils sont énumérés et décrits sans ordre de priorité. Certains d'entre eux n'ont pas fait l'objet d'une réflexion suffisante et leurs caractéristiques sont basées sur des données approximatives.

L'absence d'approbation du projet d'établissement et les difficultés budgétaires apparues en 2003 ont enrayé la dynamique d'évolution du CHP et créé un climat d'inquiétude et d'instabilité affectant tous les personnels de l'établissement.

## 2. l'analyse

L'analyse de la situation du CHP met en exergue **un pilotage de l'institution déficient et des pesanteurs de structure non combattues.**

Le directeur n'assumant pas sa fonction d'arbitrage, l'équipe de direction donne une image de forte incohérence. Le partage des responsabilités entre ses membres est déséquilibré. L'importance excessive de la direction des soins la positionne dans un fonctionnement plus concurrentiel que complémentaire vis à vis de la communauté médicale.

Les pesanteurs de structure sont illustrées, notamment, par le constat d'une perte de vue du tableau des emplois avec un effectif rémunéré dépassant l'effectif autorisé et une application effective des 35 heures non conforme à la réglementation accordant aux agents des avantages sociaux importants. C'est ainsi à juste titre que la tutelle a demandé dans un souci d'égalité de traitement des établissements que le CHP revoit son organisation du travail.

## 3. Les perspectives

**3.1. Le changement de direction** préconisé par la mission dès ses premières investigations a été opéré en février 2004.

**3.2. Le CHP doit dans les plus brefs délais se fixer des perspectives d'avenir et d'évolution claires et reconnues.**

Cet objectif doit être atteint en reprenant les travaux qui ont déjà eu lieu pour élaborer le projet d'établissement de 2003. C'est essentiellement le projet médical qui doit être revu. Le CHP aurait intérêt à centrer ses propositions sur la consolidation de sa nouvelle organisation médicale de 2003 et sur les seuls projets nouveaux dont la réflexion est arrivée à son terme et dont la réalisation est envisageable dans un avenir proche : projet de création d'une Maison d'Accueil Spécialisée avec perspective d'utilisation d'une partie des lits d'hospitalisation complète ainsi dégagés ; projet d'une structure de prise en charge des adolescents ; projet d'utilisation du potentiel et des locaux d'un établissement privé « Le Mont vert » acquis par le CHP en 2003.

L'approbation du projet d'établissement permettra au CA du CHP de régulariser l'organisation médicale interne en fonction d'une chronologie que le rapport indique.

En outre, le CHP doit travailler avec l'ARH sur la définition des limites géographiques de ses secteurs. Un nouveau plan directeur devra ensuite être élaboré.

**3.3. L'établissement doit retrouver de lui même un équilibre budgétaire annuel.**

La mission considère que le traitement du déficit cumulé doit faire l'objet d'une négociation particulière avec l'ARH dans le cadre de la recherche d'un apurement aidé dans le temps. La trésorerie autorise un étalement. De son côté, l'établissement doit mettre un terme dans les meilleurs délais aux dysfonctionnements relevés par la mission notamment au niveau de la direction des ressources humaines : temps de travail, frais de mission...

Enfin, le centre hospitalier des Pyrénées doit, dans le cadre de son plan directeur, revoir les potentialités de son patrimoine et optimiser une cession d'actif qui s'impose pour accroître sa capacité d'autofinancement.

## Sommaire

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE - LE CONSTAT.....</b>	<b>4</b>
1.1 UN PROJET D'ÉTABLISSEMENT INACHEVÉ.....	4
1.1.1 <i>Une démarche d'élaboration qui aurait gagné à mieux individualiser l'étape de finalisation du projet médical.....</i>	4
1.1.2 <i>Un projet médical ambitieux mais imprécis.....</i>	5
1.2 UNE ACTIVITÉ GLOBALEMENT SOUTENUE .....	7
1.2.1 <i>Des indicateurs d'activité favorables.....</i>	7
1.2.2 <i>Un établissement dont le profil des patients correspond à peu près correctement à sa structure</i>	10
1.2.3 <i>Les placements sous contraintes et sorties d'essai répertoriés.....</i>	11
1.3 UNE OFFRE D'HOSPITALISATION ET DE SOINS DIVERSIFIÉE .....	12
1.3.1 <i>La capacité accordée.....</i>	12
1.3.2 <i>Les structures mises en place.....</i>	12
1.4 UNE ÉVOLUTION DE L'ÉTABLISSEMENT CONFORME AUX LIGNES DIRECTRICES DU SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE DE LA PSYCHIATRIE (SROS) D'AQUITAINE .....	14
1.4.1 <i>Le SROS de la psychiatrie de février 1997.....</i>	14
1.4.2 <i>Plusieurs opérations ont été menées, depuis 1997, qui constituent des réponses concrètes aux recommandations.....</i>	15
1.4.2.1 <i>L'organisation formalisée des modalités d'intervention des personnels du CHP au sein du centre hospitalier général (CHG) de Pau.....</i>	15
1.4.2.2 <i>L'acquisition de l'établissement le Mont Vert.....</i>	16
1.4.2.3 <i>La mise en place d'une offre de soins psychiatrique organisée avec les CH d'Oloron et d'Orthez.....</i>	16
1.4.2.4 <i>La mise en place en février 2003 d'une nouvelle organisation fonctionnelle.....</i>	16
1.5 DES MOYENS POTENTIELS IMPORTANTS.....	18
1.5.1 <i>Un patrimoine très étendu mais vétuste.....</i>	18
1.5.2 <i>Des effectifs en nombre, caractérisés par un encadrement très important.....</i>	19
1.5.2.1 <i>Effectifs du centre hospitalier des Pyrénées.....</i>	19
1.5.2.2 <i>Moyens en personnel rapportés à la population.....</i>	20
1.5.2.3 <i>Pyramide des ages.....</i>	21
1.5.3 <i>Une situation budgétaire qui se dégrade à partir de 2003.....</i>	21
1.5.3.1 <i>Analyse des groupes budgétaires et de leur évolution.....</i>	21
1.5.3.2 <i>Des résultats qui certes se dégradent mais de manière limitée.....</i>	25
1.5.4 <i>Une situation financière très correcte qui n'obère pas l'avenir.....</i>	27
1.5.4.1 <i>Analyse des indicateurs financiers: un bilantiel équilibré.....</i>	27
1.5.4.2 <i>Une dette faible mais en progression en raison de la mise en œuvre du plan pluriannuel d'investissement.....</i>	28
1.5.4.3 <i>Recouvrements et règlements : une situation très correcte.....</i>	28
1.5.4.4 <i>Provisions.....</i>	29
1.6 DES POTENTIALITÉS CONSTATÉES MAIS UN RATIO COÛTS/ACTIVITÉ DÉFAVORABLE .....	29
1.7 UNE PROBLÉMATIQUE SÉCURITAIRE DES PERSONNELS NON PRÉGNANTE .....	31
1.8 MAIS UN FONCTIONNEMENT DES INSTANCES D'HYGIÈNE CORRECT .....	32
1.9 DES RELATIONS AVEC DES ASSOCIATIONS À NORMALISER VOIRE POUR CERTAINES À DÉNONCER .....	34
1.10 LA PROTECTION DES USAGERS MISE EN OEUVRE .....	35
1.10.1 <i>La commission départementale des hospitalisations psychiatriques.....</i>	35
1.10.2 <i>Le service des majeurs protégés.....</i>	35
1.11 UNE GESTION CHAOTIQUE DES DIFFICULTÉS QUI DÉBOUCHE SUR UNE IMPASSE .....	36
<b>DEUXIÈME PARTIE – L'ANALYSE.....</b>	<b>38</b>
2.1 UN PILOTAGE DÉFICIENT .....	38
2.1.1 <i>Du centralisme à une déconcentration non maîtrisée.....</i>	38
2.1.2 <i>Une animation de l'équipe de direction déficiente.....</i>	38
2.1.3 <i>Le positionnement de la direction par rapport aux instances de l'établissement.....</i>	40
2.2 DES OUTILS DE GESTION ET DE CONTRÔLE INTERNE INSUFFISANTS .....	41
2.3 DES PESANTEURS DE LA STRUCTURE NON COMBATTUES .....	41
2.3.1 <i>Au niveau de la DRH.....</i>	41
2.3.1.1 <i>Un tableau des emplois perdu de vue.....</i>	41
2.3.1.2 <i>Une organisation du temps de travail en marge de la réglementation.....</i>	42
2.3.1.3 <i>Un absentéisme important.....</i>	45

2.3.2	<i>Au niveau des affaires financières</i> .....	45
2.3.2.1	Une péréquation régionale non prise en compte .....	45
2.3.2.2	Une structure budgétaire éloignée de la moyenne .....	46
2.4	UN PLAN DIRECTEUR NI LISIBLE NI RIGOREUX .....	46
2.4.1	<i>Un cheminement complexe</i> .....	46
2.4.2	<i>La création d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ajournée</i> .....	50
<b>TROISIÈME PARTIE - PERSPECTIVES.</b> .....		<b>52</b>
3.1	DÉFINIR UN PROJET D'ÉTABLISSEMENT .....	52
3.2	REVOIR LE PLAN DIRECTEUR .....	54
3.3	MOBILISER LES MARGES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES .....	54
3.4	REPENSER LE MANAGEMENT ET REPOSITIONNER LES RESPONSABILITÉS POUR PROMOUVOIR UN FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL COHÉRENT .....	55
3.5	METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF SÉCURITAIRE CRÉDIBLE .....	55

## ANNEXES

## **Introduction.**

Le contrôle du centre hospitalier des Pyrénées (CHP) à Pau a été demandé par le Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille par lettre du 22/12/04.

Il a été diligenté à la suite d'un drame qu'a connu cet établissement avec l'assassinat d'une infirmière et d'une aide soignante. Cet événement tragique s'est inscrit, de plus, dans un climat de crise interne qui pesait, depuis plusieurs mois, dans l'établissement.

Par lettre du 23/12/04, la Chef de Service de l'inspection générale des affaires sociales, a désigné monsieur Fernand Lorrang et le Docteur Sylvain Picard, inspecteurs généraux à l'inspection générale des affaires sociales pour effectuer la mission citée en objet.

Les investigations sur place se sont déroulées du 28/12/04 au 10/02/05.

La mission a ciblé en priorité ses investigations sur les points mis en exergue par la lettre de monsieur le Ministre à savoir :

- la stratégie générale de l'établissement,
- la politique de soins,
- la politique sociale,
- la politique budgétaire.

Il s'agissait d'expertiser, d'analyser une situation et de proposer des actions à mettre en œuvre.

Compte tenu de la nécessité de sortir très rapidement de la crise, de mesurer la capacité du management à gérer la situation et de définir des orientations stratégiques pour l'avenir, il a été décidé de produire, dès les premiers jours d'investigation, une note à l'attention du cabinet de monsieur le ministre. Cette note s'est donc attachée à évaluer la qualité du management de l'établissement et le fonctionnement institutionnel général. Elle a conclu, dans l'intérêt de l'établissement, au changement de chef d'établissement. L'analyse de la situation managériale est reprise dans ce rapport.

Le rapport de la mission présente le constat des inspecteurs, les explications qui peuvent en être données et les recommandations qu'elle formule.

## Première partie - Le constat.

### 1.1 Un projet d'établissement inachevé

#### *1.1.1 Une démarche d'élaboration qui aurait gagné à mieux individualiser l'étape de finalisation du projet médical*

Le projet d'établissement qui devait s'appliquer sur la période 2004-2008 a été élaboré au sein de plusieurs instances :

- un conseil traitant de la méthodologie, des orientations et de la stratégie
- un comité de pilotage pour chacun des neuf projets :
  - . projet médical,
  - . projet de soins,
  - . projet social,
  - . projet qualité et sécurité,
  - . projet de système d'information,
  - . projet de gestion et de management,
  - . projet hôtelier-logistique,
  - . projet communication,
  - . projet investissement - plan directeur.

Le conseil « méthodologie, orientations et stratégie » s'est réuni cinq fois sous la forme d'une réunion mensuelle de février 2003 à juin 2003 sous la coordination du directeur. Ce conseil était composé de vingt membres (le directeur, les cinq membres du bureau de la CME, cinq représentants des organisations syndicales de l'établissement, les deux représentants des usagers siégeant au C.A., un représentant de la tutelle, les coordonnateurs des comités de pilotage).

Il apparaît à la lecture des procès verbaux des réunions de ce conseil qu'il s'est donné deux objectifs principaux : garantir un niveau d'information générale permettant à tous les coordonnateurs des comités de pilotage de connaître l'état d'avancement des travaux des autres comités et le respect du calendrier de l'ensemble des travaux défini dès sa première réunion.

Il faut noter que le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion des systèmes d'information. Il comprend un projet social (article L.6143-2 du code de la santé publique). Cette définition réglementaire confère donc au projet médical un statut de texte fondamental dont sont dérivés les autres projets, ce qui peut justifier une finalisation de ce projet avant de débiter les travaux d'élaboration des autres.

La démarche du CHP de Pau a été conduite de façon à permettre aux neuf projets d'être élaborés de façon concomitante selon un calendrier identique. Cette procédure n'a donc pas permis, par exemple, au projet de soins de s'articuler intégralement avec le projet médical.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>Le rapport stigmatise clairement l'erreur méthodologique consistant en une démarche simultanée de l'ensemble des composantes du projet établissement qui traduit bien le manque d'intégration des différentes composantes hospitalières que nous avons signalées plus haut.</p>	<p>La réponse de l'établissement confirme l'analyse de la mission.</p>

Les compte rendus des travaux des différents comités montrent que plus est que **le projet de soins a été terminé en mai 2003 alors qu'à cette époque le projet médical faisait encore l'objet de changement dans ses orientations** (P.V du conseil méthodologie-orientation stratégie du 22 mai 2003).

### **1.1.2 Un projet médical ambitieux mais imprécis**

Le comité de pilotage chargé du projet médical, composé de 26 membres (15 chefs de service, de départements ou de fédération, 8 cadres supérieurs de santé et 3 membres de la direction) s'est réuni trois fois au rythme d'une réunion mensuelle de mars à mai 2003.

Le projet médical a été bâti en adéquation avec le SROS selon la démarche suivante définie lors du conseil « méthodologie-orientation-stratégie » du 27 mars 2003 :

- un dispositif structuré pour prendre en charge les pathologies avérées
  - . une psychiatrie organisée autour des besoins des patients
  - . une coopération renforcée avec l'ensemble des partenaires,
- un dispositif spécialisé pour participer à la prise en charge de populations en souffrance psychique,
- un dispositif partenaire dans la promotion de la santé mentale.

Les travaux du comité chargé du projet médical semblent avoir suivi une démarche pragmatique consistant à analyser le projet médical de 1995 et les évolutions des pathologies et des prises en charges survenues depuis cette époque pour concevoir une organisation générale des prises en charges au CHP.

La commission médicale d'établissement du 5 décembre 2003 a approuvé à l'unanimité le projet médical. Le PV des débats de cette séance mentionne des remarques de formes émises par les praticiens mais aucune opposition sur des points fondamentaux du projet n'a été soulevée.

Le comité technique d'établissement s'était réuni quelques jours plutôt, le 26 novembre 2003, pour émettre un avis sur l'ensemble des projets constituant le projet d'établissement. Il a rejeté le projet médical et le projet d'établissement. Le projet d'établissement n'a recueilli aucune voix favorable. Les quatre syndicats présents ont clairement manifesté leur opposition au projet médical sur le fond, mais le compte rendu de la séance met en évidence le fait que les représentant des personnels non médicaux du CTE ont également contesté la forme d'élaboration de ce projet. Sa rédaction par les médecins sans concertation avec les autres catégories de soignants a été jugée regrettable.

Le conseil d'administration a approuvé le projet médical et le projet d'établissement en sa séance du 28 janvier 2004.

Par courrier en date du 21 juin 2004, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation informait le directeur du CHP de son refus d'approuver le projet.

S'agissant du projet médical, le directeur de l'ARH notait que ses orientations n'appelaient pas d'observations particulières sur le fond mais certaines précisions lui

<p><b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b></p>	<p><b>Observations en retour de l'IGAS</b></p>
<p><b>Le contexte est correctement traduit.</b></p> <p>Un projet médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ sans étude,</li> <li>☞ sans concertation,</li> <li>☞ sans orientation,</li> <li>☞ sans données concrètes,</li> <li>☞ sans articulations avec les autres projets.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le découpage sectoriel n'est pas abordé,</li> <li>▪ Les structures et l'organisation médicale ne sont pas définies,</li> <li>▪ Le secteur médico-social (1/3 des lits) n'est pas abordé,</li> <li>▪ La capacité d'accueil et les profils des patients ne sont pas abordés,</li> <li>▪ Le nombre, la capacité et le type d'unité de soins ne sont pas abordés.</li> </ul> <p>Comment faire un plan directeur ? un CPOM ?</p> <p>L'ambition du projet médical était bien de conforter un fonctionnement nouveau basé sur une recomposition et une rearticulation de ces différents ensembles avant toute réalisation de projets nouveaux . En l'absence de textes sur organisation des pôles et devant une faible volonté, tant interne devant des enjeux incertains, qu'externe : nous n'avons jamais pu avoir de réponses claires de nos tutelles sur les possibilités réelles de ces réorganisation (malgré les orientations très cohérentes avec le schéma régional organisation sanitaire de 1997 et son évolution actuelle ce que vous avez noté) , ni de prise de position structurées de notre administration en difficulté pour nous fournir les chiffrages nécessaires, il n'était pas alors possible de mener à bien cette tâche sauf à rester dans des indications de tendance . À cet égard le projet médical ne traduit pas dans son inachèvement un manque de méthode, mais le constat d'un déficit de cohésion interne, dans l'articulation de compétence médicales reconnues et éprouvées qui restent cependant des atouts pour le futur et la mise en place d'un nouveau projet médical et l'établissement.</p> <p>De là a découlé cette volonté constante et partagée d'une aide externe dans l'élaboration du projet médical et du projet établissement.</p> <p>Nous n'avons jamais eu connaissance du courrier du 21 juin 2004 signifiant le refus par l'agence régionale hospitalisation du projet établissement que nous apprenons dans votre rapport.</p>	<p>5 bis-</p> <p>Vu</p>

paraissait manquer au document, notamment celles permettant d'identifier les objectifs non réalisés et repris du projet d'établissement précédent, les objectifs nouveaux et leur priorisation.

En outre, des précisions étaient demandées sur l'ensemble du projet d'établissement.

La mission d'inspection générale observe que les éléments permettant d'identifier les objectifs non réalisés du précédent projet d'établissement figurent de façon assez détaillée dans l'annexe du projet médical intitulé « l'évolution du centre hospitalier des Pyrénées pour la période 1995-2002 ».

En revanche, elle souscrit à la remarque sur l'insuffisante précision concernant les objectifs nouveaux et leur priorisation.

Dans cette démarche d'élaboration de son projet médical, l'établissement semble avoir été desservi par le caractère évolutif et récent de sa restructuration. Le projet médical cite, en effet, les évolutions très importantes des structures du CHP opérées entre 1999 et 2003.

En réalité, l'exercice d'élaboration de son projet médical consistait pour l'établissement à conforter les orientations qui avaient déjà été prises et à les décliner sur le plan organisationnel, puisque les grands principes de sa réorganisation avaient déjà été arrêtés. C'est bien cette deuxième étape qui semble avoir posé des problèmes à la communauté médicale.

La difficulté est apparue d'autant plus ardue que les pôles gardant une mission sectorielle classique (pôle Béarn et pôle Palois) correspondent à des territoires qui ne sont pas constitués de la simple fusion des secteurs existants mais consacrent, de fait, un redécoupage de ces secteurs.

Cette situation génère deux anomalies qui pourraient, si elles perduraient, présenter des risques de conséquences juridiques : les nouveaux secteurs créés par le CHP ne correspondent plus à ceux de la carte sanitaire de psychiatrie d'Aquitaine et les praticiens sont amenés à exercer des fonctions qui ne correspondent plus à celles de leur arrêté d'affectation. Il faut d'ailleurs noter que, en l'état actuel des textes, la notion de pôle n'est pas définie dans le code de la santé publique.

Le caractère récent et relativement novateur de l'organisation des structures du CHP a donc clairement compliqué son exercice d'élaboration d'un projet médical.

Le texte qui a été adopté à l'issue de la démarche décrit la nouvelle organisation sans apporter d'éléments quantifiés sur le plan des moyens utilisés et évoque des perspectives de projets nouveaux sans évaluation précise des redéploiements ou création de postes nécessaires.

La conclusion du projet médical comporte d'ailleurs la reconnaissance du caractère trop peu avancé de certaines réflexions puisqu'on y lit « Les moyens ne pourront reposer sur la seule capacité interne de la réorganisation du CHP, en particulier pour les nouveaux projets. Ceux-ci nécessiteront un accompagnement financier et médical.... ». Aucune évaluation de cet accompagnement ne figure dans le projet.

Sous une rubrique consacrée à l'adaptation des modes d'hospitalisation, le projet médical préconise de réaliser un axe important de travail consistant « à évaluer de façon très précise les besoins en termes de lits d'hospitalisation de type clinique (pôle ouvert) ou en unité sécurisée (pôle SSAS), en psychogériatrie, aux urgences, chez les adolescents ainsi que pour les pathologies plus chroniques ». **Ce type d'évaluation des besoins en hospitalisation aurait dû précéder les travaux d'élaboration du projet médical qui ne peut se concevoir sans disposer d'au moins une approximation sur un sujet aussi fondamental.**

La situation particulière du CHP aurait dû amener la communauté médicale à distinguer nettement deux démarches pour élaborer son projet médical : celle qui consistait à conforter l'organisation mise en place en 2003 et, d'autre part, les nouveaux projets qui ne peuvent être envisagés que dans le cadre d'une répartition nouvelle des moyens.

## 1.2 Une activité globalement soutenue

La tutelle comme la mission ont éprouvé quelques difficultés à comprendre et à exploiter les chiffres collationnés.

En particulier, les taux d'occupation étaient à revoir pour les mettre en adéquation avec les lits ou places réellement installés ou mobilisables. Par ailleurs, les modalités de décompte de l'activité ambulatoire ont évolué en 2003 : tous les actes ambulatoires sont à présent qualifiés. Ceux qui sont qualifiés « groupe » sont automatiquement rattachés par informatique en hospitalisation partielle (CATTP) et non plus en ambulatoire. La mission lors de son déplacement à Orthez a pu précisément identifier ces deux problèmes et demander aux responsables locaux d'y remédier.

Enfin en 2004 une meilleure connaissance du logiciel et une formation plus poussée de tous les agents concernés par les actes ambulatoires sont avancées. De plus des ordinateurs supplémentaires ont été installés. En conséquence une meilleure saisie, plus homogène devrait s'en suivre.

### 1.2.1 Des indicateurs d'activité favorables

#### Le taux d'occupation : hospitalisation complète adultes

	HC adultes (%)
2001	90,58
2002	88,61
2003	84,44
2004	86,00

Le taux d'occupation annuel est élevé. Il laisse présager des difficultés à certaines périodes, notamment pour le placement des patients en attente aux urgences.

### Le taux d'occupation : hospitalisation complète adolescents

	HC adolescents (%)
2001	69,52
2002	66,77
2003	67,48
2004	67,00

Ce taux calculé à l'année est plus faible. Il doit cependant être pondéré par les sorties du week-end.

### Les journées, entrées et moyennes de séjour

	H.C Adultes	H.J Adultes	H.N Adultes	H.C Ado	H.P Ado	H.P Efts	TOTAL
<i>Journées 2001</i>	112 073	27 312	6 760	2 030	183	8 198	156 556
<i>Entrées 2001</i>	3 008	335	78	199	14	138	3 772
<b><i>DMS 2001</i></b>	<b>37</b>	<b>82</b>	<b>87</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>59</b>	<b>42</b>
<i>Journées 2002</i>	109 636	24 674	7 917	1 979	105	8 641	152 952
<i>Entrées 2002</i>	3 152	339	63	204	8	133	3 899
<b><i>DMS 2002</i></b>	<b>35</b>	<b>73</b>	<b>126</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>39</b>
<i>Journées 2003</i>	112 204	23 316	7 359	3 185	332	8 616	155 012
<i>Entrées 2003</i>	3 518	396	85	242	29	293	4 563
<b><i>DMS 2003</i></b>	<b>32</b>	<b>59</b>	<b>87</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>29</b>	<b>34</b>
<i>Journées 2004</i>	109 573	22 946	7 211	6 399	844	10 188	157 161
<i>Entrées 2004</i>	2 889	301	113	172	60	229	3 764
<b><i>DMS 2004</i></b>	<b>38</b>	<b>76</b>	<b>64</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>44</b>	<b>42</b>

H.C : hospitalisation complète ; H.J : hospitalisation de jour ; H.N : hospitalisation de nuit ; H.P. hospitalisation partielle

Le secteur adultes connaît en 2004 une réduction d'activité d'hospitalisation forte.

### Les lits vacants un jour donné

Comme cette question a été évoquée dans l'affaire du meurtrier présumé, la mission a procédé à une enquête un jour donné et a fait ressortir les disponibilités en lits les 1<sup>er</sup> et 15 de chaque mois de 2004 (Annexe 7).

Il ressort un chiffre moyen de lits vacants de 40 lits avec des extrêmes à 10 et 77 lits. Cependant, dans ces lits réputés vacants se trouvent les lits des personnes en sortie d'essai et ceux des permissionnaires de moins de 48 heures. Il s'agit de patients pour lesquels des effets personnels sont le plus souvent conservés. De fait, la marge de manœuvre est très étroite et les médecins de garde sont en permanence entraînés de jongler avec les placements.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>Il semble que là encore les chiffres qui vous ont été fournis ne reflètent pas la réalité, plus proche des 95 à 97 % que des 86 % que vous avez noté : l'écart provenant sans doute de la référence aux lits théoriques, et non aux lits utilisables</p>	<p>Tous ces chiffres produits ont été fournis par l'établissement. Il avait été expressément demandé de faire référence aux lits exploitables.</p> <p>La mission ne conteste pas pour autant dans le rapport, la saturation des capacités d'hospitalisation du CHP, malgré un taux d'occupation théorique relativement rassurant.</p>

### Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

	Adultes	Enfants et Adolescents	TOTAL
2001	22 401	7 846	<b>30 247</b>
2002	23 583	7 714	<b>31 297</b>
2003	24 913	8 588	<b>33 501</b>
2004	29 757	8 730	<b>38 487</b>

L'évolution importante en 2004 est aussi une résultante des nouvelles modalités de saisie.

### Le service d'accueil et d'admission des urgences (SAAU)

	2001	2002	2003	2004
Malades hospitalisés moins de 6 heures avant mutation	648	733	561	382
Malades hospitalisés plus de 6 heures avant mutation	1 540	1 403	1 447	1 235
Malades hospitalisés plus de 6 heures et retour domicile	470	518	586	664
Malades hospitalisés moins de 6 heures et retour domicile	128	155	121	130
Consultations	1 457	1 624	2 008	1 986
Consultations victimologie	213	116	185	726
			48	20
<b><u>Nombre total de passages</u></b>	<b><u>4 456</u></b>	<b><u>4 549</u></b>	<b><u>4 908</u></b>	<b><u>5 123</u></b>
			<b><u>4 771</u></b>	<b><u>4 417</u></b>

L'activité est forte pour ce secteur qui est apprécié par le SAMU-SMUR et les urgences de l'hôpital général.

### L'activité ambulatoire

Cette activité est recensée selon des règles établies par le groupe critères de psychiatrie de l'ARH : Entretiens, Démarches, Accompagnements...

	Adultes	Enfants et Adolescents	TOTAL
2001	91 060	31 013	<b>122 073</b>
2002	92 806	30 469	<b>123 275</b>
2003	77 580	34 442	<b>112 022</b>
2004	92 735	41 763	<b>134 498</b>

L'activité est croissante mais cette croissance est en partie liée à l'amélioration de la collecte qui doit être saluée.

### Evolution de la file active

	Adultes	Enfants et Adolescents	TOTAL
2001	7 482	2 860	<b>10 342</b>
2002	9 089	2 887	<b>11 976</b>
2003	8 714	2 947	<b>11 661</b>
2004	9 276	3 338	<b>12 614</b>

L'augmentation de la file active 2004/2003 est particulièrement importante pour les enfants et adolescents avec 13,26%. Celle des adultes croit de 6,44%.

#### ***1.2.2 Un établissement dont le profil des patients correspond à peu près correctement à sa structure***

La mission, compte tenu des délais qui lui ont été impartis, n'a pas réalisé de coupe transversale pour appréhender de façon précise la cohérence des profils des patients par rapport à leur mode d'hospitalisation. Elle s'est référée à une étude réalisée en octobre 2000 par le service médical de l'assurance maladie pour le compte de l'ARH d'Aquitaine intitulé « Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine ».

Cette étude a recensé et analysé les caractéristiques de tous les patients admis en hospitalisation complète du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 14 octobre 2000 dans la région Aquitaine. Il s'agissait donc d'une étude descriptive, exhaustive sur une période limitée avec un recueil rétrospectif des données qui a porté sur 1 020 patients.

Certaines des données font l'objet dans le rapport publié en juin 2003 d'un examen département par département.

S'agissant du département des Pyrénées-Atlantiques, on peut noter que, globalement, ses structures d'hospitalisation psychiatriques assument bien leur rôle de recours pour les malades de leur secteur puisque la part de patients pris en charge à l'intérieur de leur département de résidence y est le plus élevée.

Seuls, 2,3% des patients sont pris en charge en dehors de leur département de résidence dans les Pyrénées-Atlantiques, alors que ce chiffre est de 6,2% pour ceux de Gironde ; 4,7% pour ceux de DORDOGNE et 9,2% pour ceux du Lot et Garonne.

Ce constat vaut pour l'ensemble des Pyrénées-Atlantiques. L'étude n'a pas identifié les chiffres relatifs au CHP de PAU et ceux relatifs aux lits d'hospitalisation psychiatrique relevant du pôle de BAYONNE.

24,5% des patients du CHP de PAU ne sont pas pris en charge dans le secteur dont ils dépendent ; chiffre faible comparé à celui du CHS Cadillac (44,7%) ou à celui du CHS Charles Perrens (40,20%).

Sur l'ensemble de la région, l'adéquation de la structure à l'état du patient à son entrée n'est pas la plus adaptée dans 13,7% des cas.

La situation du CHP de PAU ne présente à cet égard pas de particularité péjorative puisque ce taux le concernant apparaît dans l'étude à 6,6%. Il est de près de 33% pour le centre hospitalier inter communal de la Côte Basque à BAYONNE.

Les établissements qui sont le plus comparables (de par leur statut de centre hospitalier spécialisé) au CHP de PAU comme le CHS La Candélie, le CHS Cadillac et le CHS Charles Perrens de Bordeaux affichent pour ces taux respectivement les chiffres de 18,8% ; 7,10 % et 6,9%.

Parmi les 6,6% de patients pour lesquels une autre structure aurait été mieux adaptée à leur état, 14,23% auraient dû être pris en charge dans une structure médico-sociale. Pour l'ensemble de la région Aquitaine, ce taux est de 21%.

### ***1.2.3 Les placements sous contraintes et sorties d'essai répertoriés***

L'organisation de la gestion du malade en HDT ou HO est satisfaisante.

La « surveillance générale », service spécifique à l'établissement située au S.A.A.U, fait parvenir à la direction de la clientèle et des relations publiques selon le cas, les certificats médicaux, les demandes d'un tiers et les arrêtés municipaux ou préfectoraux.

Le gestionnaire de la loi du 27 juin 1990 au bureau des admissions fait parvenir quotidiennement à la DDASS et hebdomadairement au Procureur de la République ces documents d'admission ainsi que les documents du suivi des malades présents (prolongation d'HDT, d'HO, sorties d'essai...)

La « surveillance générale » prend en charge l'aspect logistique des placements.

### Evolution des entrées HDT, ho et des sorties d'essai

	2002	2003	2004
HDT	758	783	651
HO	86	62	91
SORTIES D'ESSAI	2208	2531	2483

Ce tableau ne met pas en évidence d'évolution significative.

## 1.3 Une offre d'hospitalisation et de soins diversifiée

### 1.3.1 La capacité accordée

La capacité du centre hospitalier des Pyrénées a été fixée comme suit par une décision en date du 06/04.04 de l'ARH :

- **en psychiatrie générale :**
  - 339 lits d'hospitalisation complète,
  - 203 lits et places d'hospitalisation à temps partiel et d'alternatives à l'hospitalisation, dont 16 lits et 4 places de post cure et 24 places d'hospitalisation de nuit.
- **en psychiatrie infanto-juvénile :**
  - 8 lits d'hospitalisation complète,
  - 90 lits et places d'hospitalisation à temps partiel et d'alternatives à l'hospitalisation, dont 16 lits et 4 places pour troubles du comportement alimentaire, 1 place d'hospitalisation de nuit et 3 places d'accueil familial thérapeutique.

### 1.3.2 Les structures mises en place

La mise en œuvre de cette autorisation telle qu'elle apparaît sur les tableaux du CHP (Annexe 6) est la suivante :

#### Hospitalisation complète :

Le CHP dispose de 19 unités complètes situées en totalité en intra-muros représentant 381 lits installés pour 379 lits autorisés (339+16+8+16).

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>En début 2005, lors de la présence des Inspecteurs de l'IGAS, nous avons 17 unités intra muros en hospitalisation complète, et non 19.</p> <p>Les lits installés sont au nombre de 337 sur le site. (nous aurons 4 lits supplémentaires – soit 341, au 31 mars 2005).</p> <p><u>Extra muros</u> : nous avons une unité « Le Mont Vert » qui compte 21 lits installés</p> <p>Ainsi, le nombre de 381 lits installés en hospitalisation complète, n'est pas correct, et le nombre total d'unités est de 18.</p> <p>En définitive, <b>pour les 379 lits autorisés, compte tenu des travaux, le nombre de lits installés évolue de la manière suivante (intra et extra muros) :</b></p> <p><u>Janvier 2005</u> : 358</p> <p><u>Avril 2005</u> : 362 (+ 4 =&gt; Chênes / Pins)</p> <p><u>Novembre 2005</u> : 373 (+ 6 et + 5 =&gt; Psychogériatrie)</p> <p>Nous demeurons inférieur au nombre de lits autorisés&lt;</p>	<p>Dont acte.</p> <p>Les chiffres repris le sont, à partir d'un rapport de DDASS (octobre 2004, « Note sur le personnel et l'activité » à l'attention de M le Directeur de l'ARH).</p> <p>La DDASS tout comme la mission a toujours eu le plus grand mal à obtenir des chiffres consolidés.</p> <p>Il est fait chaque fois mention « Chiffres communiqués par l'établissement le... »</p>

### **Structures ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation :**

Le CHP se caractérise par un développement très important de ce type de prise en charge :

#### *Hospitalisation de jour :*

- Adultes : 1 structure intra-muros.  
6 structures en extra-muros (Pau, Orthez, Oloron, Mourenx, Jurançon, Billère).
- Enfants : 6 structures en intra-muros.  
2 structures en extra-muros (Orthez, Oloron).

#### *Hospitalisation de nuit :*

- une structure.

#### *Centre médico-psychologique :*

- Adultes : 10 centres médico-psychologiques (CMP)
- Enfants : 8 centres médico-psychologiques infantiles (CMPI)
- + 2 CMP polyvalents et accueillant adultes et adolescents.

#### *Centre d'aide thérapeutique à temps partiel :*

- une structure.

#### *Ambulatoire :*

- 3 structures intra-muros.
- 2 structures extra-muros.

#### *Accueil de jour :*

- une structure (accueil de patients d'une unité d'hospitalisation complète déficients mentaux) ;

De plus, le CHP est impliqué, notamment par l'affectation de personnels dans diverses activités médico-sociales : appartements communautaires, CHRS...

## 1.4 Une évolution de l'établissement conforme aux lignes directrices du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la psychiatrie (SROS) d'Aquitaine

### 1.4.1 Le SROS de la psychiatrie de février 1997

Le SROS de psychiatrie arrêté le 28 février 1997 par le préfet d'Aquitaine comporte 36 recommandations qui découlent de la démarche adoptée. Elles sont énoncées selon deux modes complémentaires :

- une approche par objectif qui s'applique à la population générale,
- une approche par population qui insiste sur des actions spécifiques.

Ces recommandations sont ensuite déclinées, pour chaque département de la région, au sein d'annexes qui indiquent les opérations et évolutions nécessaires à la réalisation du SROS.

On notera parmi celles ci les actions ou opérations suivantes :

- au sein de la première recommandation : adapter le dispositif de soins pour le rendre accessible dans l'espace et dans le temps :
  - . formaliser une convention précisant les modalités d'intervention des personnels du Service d'accueil et d'admission d'urgence du CHP au centre hospitalier de Pau ;
  - . mettre en place et formaliser une réponse adaptée avec les centres hospitaliers d'Oloron et d'Orthez ;
- au sein de la quatrième recommandation : améliorer les conditions de mise en œuvre des actions de réadaptation et de réinsertion des personnes malades mentales :
  - . promouvoir avec les partenaires des actions de réinsertion par le logement et le travail ; organiser de façon formelle les rôles respectifs dans le cadre d'un réseau et de conventions ;
- au sein de la sixième recommandation : mieux répondre aux besoins spécifiques de la petite enfance : favoriser le travail intersectoriel ;
- au sein de la septième recommandation : mieux répondre à la demande de soins des adolescents en souffrance psychique :
  - . formaliser les procédures relatives à l'admission d'urgence des adolescents au centre hospitalier de Pau et au centre hospitalier des Pyrénées.
  - . évaluer l'offre de soins offerte par le centre de post-cure « le Mont vert » ;
  - . favoriser les collaborations entre les différents acteurs ;
- la huitième recommandation : Offrir des conditions d'hospitalisation en psychiatrie et mieux prendre en compte les besoins en santé mentale des personnes âgées vivant au domicile ou en institution substitut du domicile

## **1.4.2 Plusieurs opérations ont été menées, depuis 1997, qui constituent des réponses concrètes aux recommandations**

### *1.4.2.1 L'organisation formalisée des modalités d'intervention des personnels du CHP au sein du centre hospitalier général (CHG) de Pau*

Cette recommandation du SROS s'est concrétisée le 1<sup>er</sup> juin 1999 par la signature d'une convention cadre et d'une dizaine de conventions spécifiques entre les deux établissements qui ont permis la mise en place d'une complémentarité au niveau des soins. Le CHP bénéficie d'interventions de spécialistes du CHG (cardiologues, ophtalmologues, neurologue) et le CHP assure une présence régulière, chaque jour, d'un praticien hospitalier psychiatre au CHG. Afin de favoriser l'organisation générale des soins sur le secteur, la convention institue la participation d'un médecin du CHP à la CME du CHG et la présence réciproque d'un médecin du CHG à la CME du CHP.

S'agissant du service des urgences et de lits porte du CHG de Pau, la convention institue une présence d'un praticien psychiatre du CHP tous les matins (sauf le dimanche) et des interventions ponctuelles sur demande du lundi au vendredi. Le praticien hospitalier de garde au CHP peut également être sollicité au téléphone ponctuellement pendant les jours fériés. Les praticiens hospitaliers du CHG peuvent être sollicités par téléphone par leurs confrères du CHP dans les mêmes conditions et, le patient peut être, si nécessaire, transféré par le SAMU. La convention prévoit, en outre, la présence d'un infirmier du CHP au service des urgences du Centre hospitalier général de Pau.

Les conventions de juin 1999 liant les deux hôpitaux précisent, outre les conditions d'intervention de leurs personnels respectifs au bénéfice de l'autre établissement, les accords conclus en matière de facturation des actes, de la responsabilité des intervenants et des modalités de coordination des actions.

Une convention « enfants-adolescents » organise les complémentarités entre les deux hôpitaux sur les mêmes principes. Elle concerne les services de maternité et pédiatrie du CHG et le secteur IMPP de Pau et le département adolescent du CH des Pyrénées. La maternité du centre hospitalier général bénéficie ainsi de l'intervention sur appel plusieurs fois par semaine d'un psychologue du CHP.

Une convention « personnes âgées », signée en 1999, organise les complémentarités entre les deux établissements au bénéfice des unités de moyen et long séjour du centre Jean Vignalou et des unités de psychogériatrie du CH des Pyrénées.

Sur le thème de la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer, une fédération impliquant les centres hospitaliers généraux du département et le CHP est actuellement en cours de mise en place.

Il faut noter que le partenariat entre les deux établissements s'est complété en juin 2000 par une convention traitant des astreintes de sécurité et de fonctionnement des pharmacies hospitalières permettant aux quatre pharmaciens praticiens hospitaliers affectés dans les deux établissements de constituer un pool prenant en charge les astreintes des deux sites hospitaliers de Pau.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>Le CH des Pyrénées met à disposition 1 infirmier au service des urgences <i>et 1 psychologue</i></p>	<p>La mission avait connaissance de ces deux mises à disposition.</p>

Enfin, deux conventions portant sur une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) et une mise en place de coopération dans le domaine de la stérilisation sont opérationnelles. La CUMP l'est depuis 1999 et la convention sur la stérilisation a été signée en 2002.

#### *1.4.2.2 L'acquisition de l'établissement le Mont Vert*

L'établissement «Le Mont Vert», centre de post-cure et de réadaptation sociale pour adolescents et jeunes adultes situé à JURANCON était géré par une structure associative. Le SROS préconisait une évaluation de son offre de soins et la mise en place d'une collaboration avec le CHP.

Cet établissement traitait essentiellement les troubles du comportement alimentaire et des états névrotiques avec des durées moyennes de séjour de l'ordre de neuf mois.

Le CHP, à la demande de l'association gestionnaire, a repris l'établissement à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003 (décision définitive de l'ARH en date du 6 avril 2004) pour l'intégrer au sein de son département de l'adolescent. Cette reprise permet au CHP de disposer d'une alternative à l'hospitalisation classique. Une réflexion sur le devenir définitif et la localisation de la structure est actuellement en cours.

#### *1.4.2.3 La mise en place d'une offre de soins psychiatrique organisée avec les CH d'Oloron et d'Orthez*

Des difficultés ponctuelles n'ont pas permis de mettre en place un dispositif pérenne d'offre de soins avec le CH d'Orthez. Le praticien du CHP référent sur ce secteur, n'y résidant pas, ne pouvait prendre l'engagement d'intervenir à la demande au CHG d'Orthez. Le poste a même été vacant pendant une année. Le CHG d'Orthez a donc conclu une convention de partenariat avec un établissement privé de psychiatrie d'Orthez (établissement agréé pour 51 lits, dont l'activité est centrée sur le traitement des conduites addictives avec un recrutement régional).

La collaboration du CHP de PAU et du CHG d'Orthez ne s'est donc concrétisée que par la mise à disposition de locaux aux équipes du secteur par le CHG pendant la durée des travaux réalisés au centre médico-psychologique d'Orthez.

En revanche, la fédération prenant en charge les malades d'Alzheimer évoquée supra inclue les CHG d'Orthez et d'Oloron.

#### *1.4.2.4 La mise en place en février 2003 d'une nouvelle organisation fonctionnelle*

Cette organisation vise deux objectifs :

- assurer une meilleure coordination du travail des équipes de secteur en les regroupant en trois pôles : le pôle Béarn, le pôle Palois et le pôle infanto-juvénile ;

- créer des pôles pour répondre à des missions spécifiques :
  - . pôle service d'accueil et d'admission des urgences (accueil permanent des urgences psychiatriques),
  - . pôle de psychogériatrie (intervention dans les établissements recevant des personnes âgées, hospitalisation complète ou partielle),
  - . pôle fédération des soins de réadaptation, de réinsertion et des soins aux polyhandicapés,
  - . pôle unité de médecine polyvalente (prise en charge somatique de l'ensemble des patients hospitalisés au CHP).

Cette nouvelle organisation des activités de l'établissement a été conçue pour consolider les équipes médicales et para médicales en permettant d'atteindre une masse critique plus importante sous la forme de regroupement de certains services. Cette restructuration va, de surcroît, clairement dans le sens des recommandations quatre, six et huit évoquées supra.

Elle est consacrée dans son principe par les travaux préparatoires de l'actualisation du SROS de psychiatrie d'Aquitaine. Un document daté de septembre 2004 prend, en effet, acte du souhait exprimé par certains établissements de regrouper les compétences correspondant à des prises en charges spécifiques telles que les activités inter sectorielles liées à des logiques d'âge (personnes âgées, adolescents...) ou des pathologies (réinsertion-réadaptation, polyhandicapés) ou des stades de prise en charge (accueil des urgences, soins intensifs de psychiatrie..).

La CHP a donc inscrit ses évolutions dans le sens des recommandations du SROS de 1997 et fait partie des établissements dont la stratégie novatrice est reconnue en Aquitaine.

### **En conclusion,**

Le centre hospitalier de Pyrénées a assurément développé une stratégie d'établissement conforme à la psychiatrie moderne. Un caractère innovant dans l'organisation des soins lui est reconnu.

Si son activité quantitative reste globalement stable quelques indicateurs, comme la durée moyenne de séjour qui diminue, le nombre de passage aux urgences qui augmente, témoignent d'une évolution favorable.

Ses prestations sont appréciées par les institutions sanitaires, médico-sociales et les professionnels de santé de sa zone d'intervention. De même, les autorités administratives ont une vue positive sur les orientations médicales de l'établissement.

## 1.5 Des moyens potentiels importants

### 1.5.1 Un patrimoine très étendu mais vétuste

Le centre hospitalier des Pyrénées (CF Annexe 1) s'étend sur un terrain de 42 hectares situé en zone urbaine. Le total de la superficie développée par une quarantaine de bâtiments est de 60 481m<sup>2</sup> (CF Annexe 9) répartis comme suit :

- 28 317 m<sup>2</sup> pour les unités de soins,
- 19 152 m<sup>2</sup> pour les bâtiments administratifs, techniques et généraux,
- 13 012 m<sup>2</sup> pour les bâtiments désaffectés.

Par ailleurs, pour son activité extra-hospitalière il utilise 27 structures extérieures : il est propriétaire de 13 d'entre-elles et 14 font l'objet de location pour un montant de 187 296,06€ (juillet 04). Leur localisation s'étend sur l'ensemble des secteurs avec notamment 7 implantations sur Pau, 3 à Orthez, 2 à Nay et Oloron Ste Marie.

Au niveau intra-hospitalier, en dehors des bâtiments désaffectés, un certain nombre de bâtiments en activité présentent également de nombreux désordres : toitures bâchées car pas étanches, ouvrants dégradés, façades lépreuses...Le niveau de vétusté prévaut et est confirmé par le ratio financier.

Au niveau extra-hospitalier, les structures alternatives visitées par la mission présentent un caractère contrasté.

Les unités récentes sont, aux dires des utilisateurs, plus ou moins fonctionnelles.

Les espaces verts de l'ensemble du parc sont bien entretenus. Les clôtures de l'établissement sont plutôt symboliques et évidemment le périmètre à clore particulièrement étendu.

Le parking pour les voitures des personnels est récent et a été obtenu à la suite d'un mouvement social. Des dégradations sont régulièrement signalées. Il est situé à l'écart des bâtiments, donc de tout positionnement dissuasif pour les vols et dégradations. De ce fait un stationnement sauvage se développe.

Le principe d'une entrée unique des voitures de l'hôpital est également récent. Deux entrées piétons ont fonctionnées jusqu'aux événements. Depuis, une seule entrée voitures et piétons est opérationnelle.

**En conclusion**, la situation patrimoniale n'est certes pas brillante. D'ailleurs on peut observer au bilan que le ratio du taux de vétusté des équipements (amortissements/actifs bruts) affiché n'est pas favorable : 60,72 en 2003. Mais il existe des possibilités à la fois spatiales et financières intéressantes.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p><b>Coût de la promotion sociale :</b></p> <p>La modification du nombre d'infirmiers de classe supérieure s'explique par la modification des quotas imposée par la réglementation (décret 2001.1374 du 31/12/2001). Avant ce décret le quota était de 15% du corps des infirmiers, il est passé à 20% au 1er janvier 2002, à 25% au 1er janvier 2003, puis à 30% au 1er janvier 2004.</p> <p>Le coût de la promotion sociale, qui est effectivement élevé dans l'établissement, tient davantage aux modalités d'avancement. Les agents titulaires bénéficient effectivement d'un avancement accéléré de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 avancement sur 3 à la durée minimale de l'échelon, alors que le système de notation, qui est automatique (0,25 points de plus tous les 2 ans en moyenne) ne permet pas de qualifier la manière de servir</li><li>- 2 avancements sur 3 à la durée minimale de l'échelon augmentée de 2 mois.</li></ul> <p>La durée moyenne n'est donc jamais appliquée dans l'établissement.</p> <p>Par ailleurs, les infirmiers sont nommés à la classe supérieure en surnombre 6 mois avant leur départ en retraite.</p>	<p>Les éléments de cette réponse confirment le jugement de la mission.</p>

## 1.5.2 Des effectifs en nombre, caractérisés par un encadrement très important

### 1.5.2.1 Effectifs du centre hospitalier des Pyrénées

Les tableaux ci-après retracent l'évolution des effectifs de 2002 à 2004 et leur répartition au 31/10/04.

#### Les effectifs non médicaux

	Effectif budgété	Effectif rémunéré	Titulaires et stagiaires	Contractuels	Postes titulaires vacants
2002 janvier	1006,45	1001,55	923,15	78,4	46,45
2002 dec	1023,45	1026,55	926,65	99,9	64,45
2003 dec	1052,10	1078,59	961,79	117,6	54,1
2004 octobre	1066,65	1072,94	944,80	129,94	89,65

- A partir du mois de septembre 2004, il faut noter l'intégration des agents contractuels du Mont-Vert soit 29,20 ETP de personnel non médical.

#### Répartition des effectifs au 31 octobre 2004

	Postes budgétés	Postes rémunérés	Contractuels
<b>ADMINISTRATION</b>			
Direction	8	8	1
Administration	65	61	10,40
Secret.médicale	31	33,30	3,50
<b>PERS. SOIGNANT</b>			
Cadres	61	60	
IDE	450,07	464,60	31,5
AS/AMP	114	97,94	27,24
ASH	76,42	105,75	34,05
<b>PERS. EDUCATIF</b>			
Educateurs	24,95	17,12	2,32
Aux. Médicaux	60,80	59,63	4,93
Sce social	15,41	17,8	3,8
<b>MEDICO-</b>			
Pharma – Radio	7	6,5	1
<b>LOGISTIQUE</b>			
Ingénieur	2	3	2
Divers	151	138,10	

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>S'agissant des effectifs non médicaux en nombre, caractérisés par un encadrement très important, on peut noter malgré tout une tendance légère à la baisse des cadres amorcée depuis 2001 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>. Effectif budgété 2000 : 66</li><li>. Effectif budgété 2001 : 62</li></ul> <p>Le déficit relatif en postes médicaux par rapport à un effectif non médical sur représenté génère un sentiment d'insuffisance de participation médicale dans la gestion des patients et des unités.</p>	<p>Dont acte, mais ce chiffre demeure important.</p> <p>L'implication des médecins rencontrés par la mission est forte. Pour autant les vacances des postes médicaux ont pesé sur le fonctionnement de certaines unités.</p>

Depuis le mois de janvier 2002 l'augmentation des effectifs rémunérés s'élève à 71,39 ETP y compris les 29,20 ETP du Mont Vert mais dont le financement a été intégralement assuré

**Plus de 12% de l'effectif rémunéré est contractuel en 2004.** On peut constater aussi l'augmentation du nombre de postes de titulaires vacants (de 46,45 en janvier 2002 à 89,65 en octobre 2004).

Dès 2002, **l'effectif rémunéré est toujours supérieur à l'effectif budgété.** En 2004, la différence entre l'effectif budgété et l'effectif rémunéré s'élève à - 6,29 postes.

Il faut noter la modification dans la structure de certaines qualifications : en janvier 2002, il y a 71 Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) de classe supérieure et 399,5 de classe normale. En 2004, les IDE de classe supérieure sont 134 (hors Mont-Vert) et les IDE de classe normale sont 309,55. Le coût de la promotion sociale est important.

Par contre, le nombre de cadres reste similaire d'une année sur l'autre ; en 2002, le nombre de Surveillant chef s'élève à 8 ETP et à 62 ETP pour les infirmiers surveillants.

**En 2004, il y a 9 cadres supérieurs de santé et 51 infirmiers cadre de santé.**

#### Les effectifs médicaux

	Effectif budgété	Effectif rémunéré	Titulaires et stagiaires	Contractuels	Postes titulaires vacants
2002 janvier	50,45	39,35	35,6	3,75	14,45
2002 dec	50,95	38,10	34,10	4	15,95
2003 * dec	53,45	42,20	35,10	7,10	17,45
2004 octobre	53,45	42,20	35,10	7,10	17,45

De janvier 2002 à octobre 2004, 3 ETP de temps médical ont été créés ; de plus, **l'effectif rémunéré est nettement inférieur à l'effectif budgété.**

Les vacations de médecins au centre hospitalier des Pyrénées sont évaluées à 3,50 ETP sur les 3 années analysées.

#### 1.5.2.2 Moyens en personnel rapportés à la population

Une étude des données du groupe « critères de psychiatrie 2003 » sous l'égide de l'ARH et de la DRASS d'Aquitaine permet de situer le centre hospitalier des Pyrénées dans son contexte régional. Le ratio d'encadrement est calculé pour 10.000 habitants.

### Encadrement pour 10 000 habitants.

	ADULTES			INFANTO-JUV		
	Taux med/h	Taux non med/h	Taux soigt/h	Taux med/h	Taux non med/h	Taux soigt/h
CHP	0,878	21,595	18,331	1,350	23,916	20,465
REGION	1,056	16,461	14,421	1,331	14,155	12,809

Pour la psychiatrie adulte, le taux d'encadrement médical est inférieur à la moyenne régionale. En revanche, le taux d'encadrement non médical est supérieur au taux régional, une différence significative pesant sur le personnel soignant : + 3,91%.

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, le taux d'encadrement est très légèrement supérieur à la moyenne régionale. Le taux d'encadrement non médical lui est très supérieur au taux régional avec une différence de + 7,66% pour le personnel soignant.

**L'écart valorisé en postes de personnel donne une marge positive au centre hospitalier de Pau par rapport à la région de 51 agents non soignant et 170 agents soignants.**

#### 1.5.2.3 Pyramide des ages

La synthèse de la pyramide des ages et la projection des départs à la retraite qu'elle permet de réaliser, montre que 229 agents non médicaux partiront à la retraite entre 2004 et 2008.

### 1.5.3 Une situation budgétaire qui se dégrade à partir de 2003

#### 1.5.3.1 Analyse des groupes budgétaires et de leur évolution

### GROUPE 1 DE DEPENSES : LE PERSONNEL

Source : compte administratif

	Montant des charges	Groupe 1	Part dans les dépenses
2001	51 805 540 €	42 984 229 €	82,97 %
2002	53 501 010 €	44 954 400 €	84,02 %
2003	55 168 645 €	46 490 450 €	84,26 %

Des éléments plus précis peuvent être relevés dans le compte de gestion du receveur.

	2001	2002	2003
<b>C 6411 : personnel titulaire et stagiaire</b>	24 063 846 €	25 264 950 €	25 993 164 €
<b>C 6413 : personnel non titulaire sur emploi permanent</b>	1 802 623 €	1 731 452 €	1 702 205 €
<b>C 6415 : personnel non médical de remplacement</b>	28 297 €	28 068 €	265 040 €
<b>C 6421 : PH temps plein</b>	2 460 888 €	2 5589 189 €	2 714 059 €
<b>C 6422 PH temps partiel</b>	30 271 €	36 962 €	35 286 €
<b>C 6423 : Attachés</b>	44 606 €	43 937 €	44 215 €
<b>C 6425 : gardes et astreintes</b>	101 354 €	111 126 €	119 654 €

2 postes connaissent une évolution importante :

- les dépenses de personnels titulaires augmentent de + 8 % entre 2001 et 2003 (+ 1 929 318 euros) ; il est à souligner que dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord RTT, l'ARH a financé 23 postes ;
- personnel médical : les dépenses de PH temps plein sont en augmentation entre 2001 et 2003 de + 10,3 % ;
- les dépenses de personnel non médical de remplacement sont aussi en forte évolution (+ 837) mais ceci est dû à une saisie de codification différente. Leur poids reste relatif dans le groupe 1.

### **GROUPE 2 DE DÉPENSES : LES DÉPENSES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES**

Source : compte administratif

	Montant des charges	Groupe 2	Part dans les dépenses
<b>2001</b>	51 805 540 €	900 623 €	1,73 %
<b>2002</b>	53 501 010 €	902 402 €	1,68 %
<b>2003</b>	55 168 645 €	958 560 €	1,73 %

La part du budget consacrée à ces dépenses est stable. Mais plus finement des évolutions se dessinent : les dépenses de produits pharmaceutiques augmentent ; celles de sous-traitance (essentiellement laboratoire et radiologie) diminuent.

### GROUPE 3 DE DÉPENSES : LES CHARGES HÔTELIÈRES ET GÉNÉRALES

Source : compte administratif

	Montant des charges	Groupe 3	Part dans les dépenses
<b>2001</b>	51 805 540 €	6 092 141€	11,75 %
<b>2002</b>	53 501 010 €	5 960 544 €	11,14 %
<b>2003</b>	55 168 645 €	6 013 597 €	10,90 %

La part des dépenses de groupe 3 dans les charges de l'établissement est en constante diminution.

4 postes représentent plus de 90 % des dépenses du groupe : il s'agit des achats stockés et fournitures hôtelières, des fournitures non stockables, des services extérieurs et autres services extérieurs.

	Achats stockés et fournitures hôtelières	Achats non stockés et fournitures	Services extérieurs	Autres services extérieurs
2001	1 760 052 € 56% concerne des dépenses d'alimentation	826 157 € 73 % concerne essentiellement des dépenses d'énergie	1 611 495 € 76% concerne des dépenses d'entretien et de réparation	1 519 927 € dont : transport usagers : 404665 € déplacements : 210577 € sectorisation : 168676 € blanchisserie : 344204 € informatique : 222 414 €
2002	1 713 283 € 56% concerne des dépenses d'alimentation	792 816 € 70 % concerne essentiellement des dépenses d'énergie (forte diminution des dépenses de chauffage)	1 486 675 € 65 % concerne des dépenses d'entretien et de réparation	1 598 527 € dont : transport usagers : 464494 € déplacements : 220434 € sectorisation : 184024 € blanchisserie : 354589 € informatique : 193641 €
2003	1 718 288 € 56% concernent des dépenses d'alimentation	742 771 € 74% concernent essentiellement des dépenses d'énergie	1 568 481 € 67 % concernent des dépenses d'entretien et de réparation	1 621 956 € dont : transport usagers : 480657 € déplacements : 187740 € sectorisation : 150733 € blanchisserie : 365236 € informatique : 204948 €

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>Confirmation que la part des dépenses du Groupe III dans les charges de l'établissement est en constante diminution.</p> <p>Le total des charges hôtelières et générales gérées par la DPHL s'établit comme suit :</p> <p>En 2002 : 3 199 173 euros</p> <p>En 2003 : 3 146 711 euros (légère diminution malgré l'intégration du Mont Vert au 1er septembre 2003)</p> <p><b>La prise en compte des enjeux économiques s'est concrétisée récemment dans le cadre du marché de location de 47 véhicules : constat d'une économie réelle de 14 355,48 euros sur 3 ans entre le marché actuel de 248 861,04 euros et le nouveau marché à 234 505,56 euros - et d'une économie substantielle sur le carburant diesel (46 845 euros).</b></p> <p>En ce qui concerne le parc automobile, il a été engagé une démarche de rationalisation de l'affectation des véhicules en fonction des besoins réels des unités de soins, menée conjointement par la direction des services économiques et par la direction des soins.</p>	<p>Dont acte.</p> <p>Cette démarche de rationalisation était devenue urgente.</p> <p>Ainsi, la mission a constaté que le médecin de garde aux urgences utilisait son véhicule personnel pour se rendre dans les différents pavillons notamment la nuit alors que des véhicules de l'administration étaient immobilisés.</p>

La DDASS apporte le commentaire suivant sur l'évolution de ce groupe de dépenses :

« L'établissement signale un effort de maîtrise des dépenses sur ce groupe (inventaire régulier, mise en concurrence systématique) ; toutefois, des précisions devraient être apportées sur l'évolution de certains postes et notamment le transport des usagers (+ 18,8 % en 2 ans).

D'autres postes d'un poids plus relatif sont en forte augmentation, les locations notamment (justifié par l'établissement par l'ouverture de nouvelles structures d'alternative à l'hospitalisation).

Certaines structures situées au sein de la même commune sont implantées dans des locaux différents.

Par exemple, à ORTHEZ, le Centre Médico-Psychologique et l'Hôpital de Jour sont sur des sites différents de même qu'à Mourenx. Sur Oloron, les structures adultes et enfants sont également dans des locaux différents.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'un vaste patrimoine immobilier de l'ordre de 41 hectares.

En ce qui concerne le parc automobile, le CHP disposait de 109 véhicules dont 46 Peugeot 206 neuves louées en 2003 ; ils ont effectué 955 430 Km soit une moyenne de 8 765 Km par véhicules (seuls 5 dépassent 20 000 Km dans l'année). »

C'est à juste titre que la DDASS cible les dépenses de location d'immeubles et de véhicules.

#### **GROUPE 4 DE DÉPENSES : LES AMORTISSEMENTS ET LES FRAIS FINANCIERS**

Sources : compte administratif

	Montant des charges	Groupe 4	Part dans les dépenses
<b>2001</b>	51 805 540 €	1 721 276 € Amortissement : 1 439 650 € Frais financiers : .280 019 € Charges except. : 10 538 €	3,32%
<b>2002</b>	53 501 010 €	1 509 518 € Amortissement : 1 257 795 € Frais financiers : .240 784 € Charges except. : 10 939 €	2,82%
<b>2003</b>	55 168 645 €	1 578 894 € Amortissement : 1 297 151 € Frais financiers : .222 257 € Charges except. : 59 486 €	2,86%

Les amortissements diminuent en 2002 (fin d'amortissement d'équipement...)

Les charges exceptionnelles en 2003 sont liées à l'annulation de titres antérieurs.

En 2004, le groupe 4 évolue fortement (+ 18% par rapport à 2003). C'est à cette date que la mise en œuvre du plan directeur impacte réellement sur le groupe 4 de dépenses (cf infra section d'investissement).

### LA SECTION D'INVESTISSEMENT

Source : compte administratif

#### RECETTES (en €)

	2001	2002	2003	2004 (BP + DM)
<b>G 1 : emprunts</b>	0	150 000	3 500 000	2 020 151
<b>G 2 : amortissements</b>	1 299 790	1 186 536	1 223 824	1 456 729
<b>G 3 : provisions – ICNE</b>	209 907	125 577	110 903	45 735
<b>G 4 : autres recettes</b>	476 562	211 872	692 433	2 136
<b>Réserve sur excédent</b>				4 248 461
<b>TOTAL</b>	1 986 259	1 673 985	5 527 160	7 773 202

#### DEPENSES (en €)

	2001	2002	2003	2004 (BP + DM)
<b>G 1 : remboursement dette</b>	689 891	721 674	707 149	821 573
<b>G 2 : immobilisations</b>	482 463	719 681	3 044 100	6 442 985
<b>G 3 : provisions – ICNE</b>	225 420	179 407	126 528	508 617
<b>G 4 : autres dépenses</b>	49	0	30	27
<b>TOTAL</b>	1 397 823	1 620 762	3 877 807	7 773 202

La section d'investissement est donc fortement « impactée » par le plan directeur en cours.

#### 1.5.3.2 Des résultats qui certes se dégradent mais de manière limitée

#### 2002 :

Le centre hospitalier des Pyrénées a toujours connu des exercices budgétaires positifs. Le budget 2002 sera le dernier.

Résultat comptable :

+ 448 075,66 €

Affectation des résultats :

- . 150 000 € Section d'investissement.
- . 298 075 € Section d'exploitation N+1.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>Le rapport note que le C.H.P. a toujours connu des exercices budgétaires positifs jusqu'en 2002 et précisément les comptes financiers de 1999 à 2002 traduisent cette réalité financière :</p> <p><u>Année 1999</u></p> <p><u>Montant de l'excédent</u> : 70 056,94 euros (459 543,39 francs)</p> <p><u>Nature de l'excédent affecté au Groupe I</u> : 70 056,94 euros (459 543,39 francs)</p> <p><u>Année 2000</u></p> <p><u>Montant de l'excédent</u> : 798 399,61 euros (5 237 158,17 francs)</p> <p><u>Nature de l'excédent affecté au Groupe I</u> : 286 604,15 euros (1 880 000,00 francs)</p> <p><u>Année 2001</u></p> <p><u>Montant de l'excédent</u> : 540 124,90 euros (3 542 987,16 francs)</p> <p><u>Nature de l'excédent affecté au Groupe I</u> : 363 284,04 euros (2 382 987,16 francs)</p> <p><u>Année 2002</u></p> <p><u>Montant de l'excédent</u> : 448 075,66 euros (2 939 183,66 francs)</p> <p><u>Nature de l'excédent affecté au Groupe I</u> : 149 037,66 euros (977 622,96 francs)</p>	<p>Ces précisions confirment sans les remettre en cause les évolutions constatées par la mission..</p>

**2003 :**

Le budget 2003 est en fait déficitaire. Si le résultat comptable apparaît excédentaire, il l'est parce que l'établissement procède à un report de charge. Il convient de noter que celui-ci est fait en toute transparence et bien identifié par le trésorier de l'hôpital.

Résultat comptable :

+ 27 953,26 €

Affectation du résultat :

. 27 953,26 € Section d'exploitation N+1.

Report de charges en €:

Groupe 1 : 516 835,84.

Groupe 2 : 189 043,81.

Groupe 3 : 157 848,46.

Soit TOTAL : 863 728,11.

**2004 :**

Le compte administratif anticipé présente également une situation réelle déficitaire. Il est également procédé à un report de charges à hauteur de 1 785 869,07€ exclusivement du groupe 1.

Résultat comptable :

+ 342 639,10 €

Affectation du résultat :

. 342 639,10 € Section d'exploitation N+1 (prévision)

Déficit global réel :

1 785 869,07 € - 342 639,10 € = 1 443 229,97 €

Décomposition du déficit :

Report 2003 non compensé : 863 728,11 €

Déficit brut propre à l'exercice : 579 501,86 €

Soit TOTAL 1 443 229,97 €

Déficit net propre à l'exercice :

Déficit brut : 579 501,86 €

Excédent recettes groupe 3 : - 124 510,42 €

Soit Déficit net : 454 991,44 €

**En conséquence**, le déficit 2004 est moindre que celui enregistré en 2003. Il représente 0,80% du budget annuel. Des efforts ont donc été réalisés. Le retour à l'équilibre annuel est tout à fait réalisable par l'établissement.

Une prise en charge particulière du déficit cumulé devra être recherchée en partenariat avec l'ARH.

Par ailleurs la difficulté d'exploitation se retrouve au bilan : il apparaît en 2003 que la marge brute ne couvre pas en totalité les amortissements et les frais financiers, donc que ces charges sont financées en partie par des produits exceptionnels, ce qui traduit une structure d'exploitation déficitaire.

#### ***1.5.4 Une situation financière très correcte qui n'obère pas l'avenir***

##### *1.5.4.1 Analyse des indicateurs financiers: un bilantiel équilibré*

**Le fonds de roulement net global (FRNG)** se compose du fonds de roulement d'investissement (**FRI**) et du fonds de roulement d'exploitation (**FRE**).

Le FRI se calcule par différence entre les financements stables qui sont les ressources propres et pérennes et les biens stables, qui sont les emplois constituant l'outil de travail. Par définition le FRI doit être positif ; à défaut une partie des investissements ou immobilisations financières serait financée par des ressources d'exploitation.

Le FRI du centre hospitalier des Pyrénées est positif et même en progression sur les cinq dernières années.

Le FRE est calculé par différence entre les financements stables d'exploitation et les biens stables d'exploitation qui, pour leur part, recouvrent une réalité bien spécifique aux hôpitaux que sont la créance article 58 (gelée et donc stable) et les créances de la sectorisation psychiatrique. Le FRE doit logiquement être positif, mais son interprétation doit se faire au regard de l'importance de la créance article 58.

Le FRE du centre hospitalier des Pyrénées est en régression sensible par rapport à 2001 après avoir connu depuis 1997 une lente restauration. Il est défavorable par rapport aux charges courantes (2,58).

Le cumul du FRI et du FRE, (tous deux positifs) à savoir le FRNG est confortable notamment grâce à l'importance du FRI. Il s'établit en nombre de jours de charges courantes à 28,48 jours en 2003 contre 17,42 jours en 2002. La moyenne des établissements de cette catégorie est de 37,39 jours.

**Le besoin en fonds de roulement (BFR)** est égal à la différence arithmétique entre les créances et les dettes. Il est négatif. Il s'assimile à des ressources en fonds de roulement. Cela signifie que l'établissement se crée de la ressource dans son « bas de bilan » qui finance son « haut de bilan ».

## GRANDEURS BILANTIELLES

	2001	2002	2003
FRI (%)	106,4	106,6	110,6
FRE (%)	115,0	108,7	108,9
FRNG (K€)	2 626,1	2469,4	4159,4
FRNG (%)	107,5	106,9	110,4
BFR (K€)	167,0	97,2	-439,9

Compte tenu de l'évolution constatée du fonds de roulement net global et du besoin de fonds de roulement (évolutions du FRNG et du BFR), **l'établissement ne connaît pas de problème de trésorerie**. La trésorerie en nombre de jours de charges courantes est de 31,49 jours, qui est tout à fait satisfaisant selon la mission.

### *1.5.4.2 Une dette faible mais en progression en raison de la mise en œuvre du plan pluriannuel d'investissement*

La durée apparente de la dette en progression sensible en 2003, en raison de la mobilisation du prêt de financement de la première tranche du plan pluriannuel d'investissement, ne dépasse pas 6 années.

Le taux d'indépendance financière est important : 35,9 (Rapport entre dette à long terme et les capitaux permanents).

L'autofinancement dégagé par les amortissements n'est absorbé qu'à hauteur de 58% par le coût de remboursement de la dette.

Le taux moyen d'intérêt de la dette du centre hospitalier des Pyrénées est à un niveau convenable avec 3,93% en 2003, traduisant une bonne négociation certes dans un contexte favorable.

## RATIOS RELATIFS A LA DETTE

	2001	2002	2003
Durée apparente de la dette (années)	3,67	3,65	5,82
Indépendance financière (%)	28,7	26,3	35,9
Remboursement annuité (K/amo en %)	53,1	60,8	57,8
Taux intérêts de la dette	5,49	5,38	3,93

### *1.5.4.3 Recouvrements et règlements : une situation très correcte*

Le délai de rotation des dettes fournisseurs déjà très correct en 2002 s'est encore amélioré en 2003 avec un bon ratio de 36 jours.

Le rythme d'engagement des dépenses est en adéquation avec celui d'encaissement des recettes.

Le délai réglementaire de paiement est respecté. La régularité du mandatement de la taxe sur les salaires est significative à cet égard.

Le taux des restes à recouvrer est stable et d'un niveau acceptable par rapport à la moyenne des établissements de même catégorie. Un examen des restes à recouvrer « une date donnée » en l'occurrence le 30 avril fait ressortir un taux de 96,17% le 30 avril 2004 pour les restes à recouvrer sur l'exercice 2003. Ce qui est d'un bon niveau. Il était de 86,89% en 2002 pour les restes de 2001. De même, l'apurement des restes à recouvrer sur exercices antérieurs à la date du 30 avril 2004 progresse sensiblement par rapport à la même date en 2003 : 65,25% contre 52,57%.

### RECOUVREMENTS ET REGLEMENTS

	2001	2002	2003
Restes/produits (%)	0,51	0,51	0,57
Rotation dette (jours)	54,3	52,5	36,1
Régularité Taxe sur salaires (mois)	9,62	9,87	9,33

Enfin, il faut relever que l'établissement a acquitté l'ensemble des créances irrécouvrables présentées par le trésorier. En conséquence il assure correctement la dotation en provision sur son exploitation. Ce qui est exemplaire notamment en situation de report de charges.

#### 1.5.4.4 Provisions

L'établissement a effectué des provisions :

Provisions pour risques c/ 1518 .....	1 864,78 €
Provisions pour charges de personnel c/ 1581...	168 008,10 €
Provisions autres c/1583.....	114 109,05 €

**En conclusion**, la situation financière ressort comme satisfaisante au travers des ratios et des éléments financiers analysés.

## 1.6 Des potentialités constatées mais un ratio coûts/activité défavorable

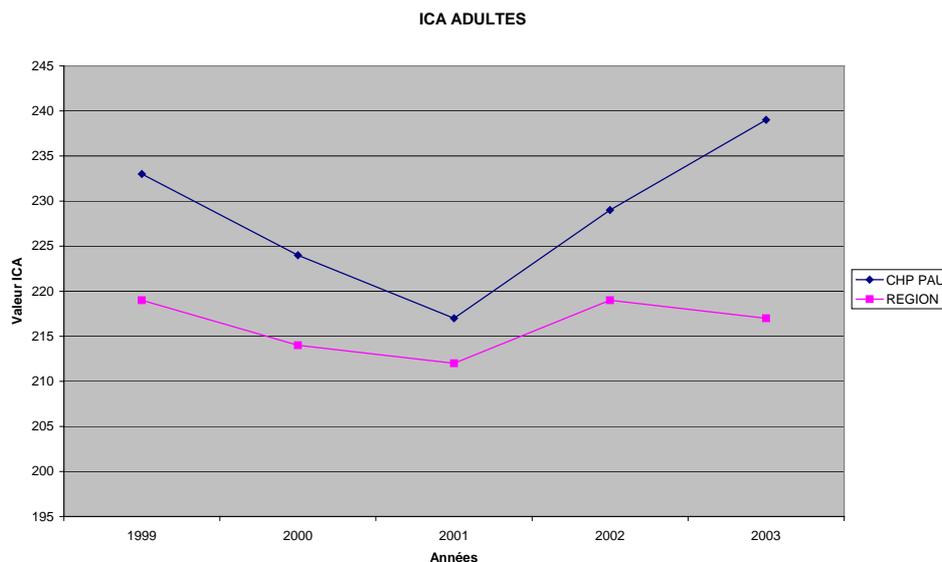
La comparaison des coûts par journée, venue ou séance au niveau régional est défavorable pour le centre hospitalier des Pyrénées.

**Pour la psychiatrie adulte**, l'Indice Composé d'Activité (ICA) du centre hospitalier des Pyrénées est au-dessus de la moyenne régionale mais, surtout, depuis 2001, il connaît une évolution qui l'écarte de plus en plus de cette moyenne. Il est en 2003 au 14<sup>ème</sup> rang sur 18 établissements.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p data-bbox="284 421 754 454">Un ratio coûts/ activité défavorables</p> <p data-bbox="284 584 791 887">il faut sans doute référer cet indice non à l'activité réelle, mais à une saisie insatisfaisante. dont les facteurs n'ont pas été suffisamment pris en compte dans l'analyse des difficultés qu'ils recelaient, ni dans une volonté affirmée d'y porter remède malgré les conséquences prévisibles.</p>	<p data-bbox="805 647 1370 757">Cette observation est clairement formulée par la mission. Mais elle ne saurait dégager l'établissement de sa responsabilité.</p>

### ICA Adultes : CHP Pyrénées et région Aquitaine.

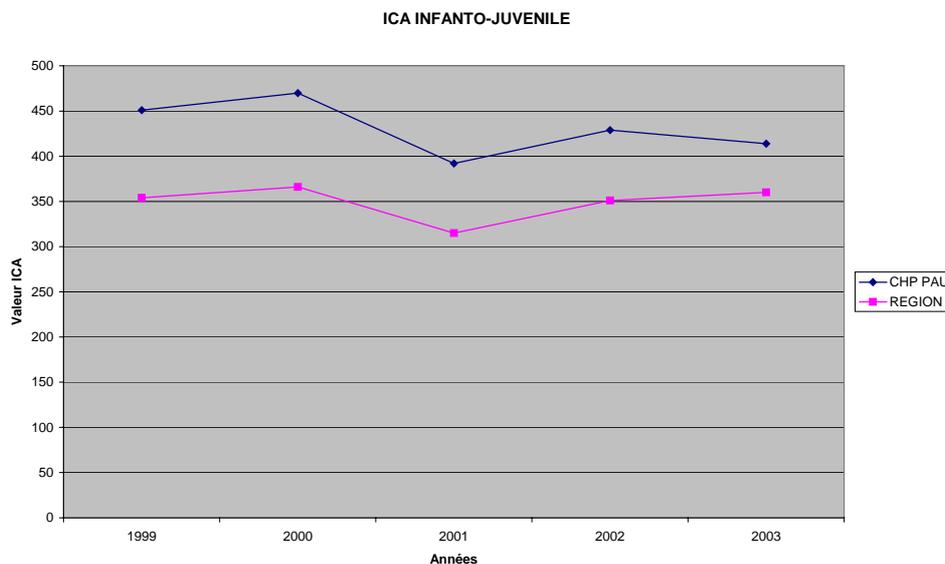
ANNEES	CHP Pyrénées	REGION
1999	233.79	219.03
2000	224.33	214.31
2001	217.15	212.49
2002	229.55	219.43
2003	239.09	217.20



**Pour la psychiatrie infanto-juvénile**, la valeur de l'indice ICA évoluait en parallèle avec la valeur de la région jusqu'en 2002. En 2003 cette valeur connaît une inflexion et tend à rejoindre la moyenne régionale, mais elle demeure située au-dessus de la moyenne. Il est en 2003 au 11<sup>ème</sup> rang sur 14 établissements.

### ICA Infanto-juvénile CHP Pyrénées et région Aquitaine

ANNEES	CHP Pyrénées	REGION
1999	451.55	354.46
2000	470.68	366.37
2001	392.82	315.70
2002	429.63	351.88
2003	414.58	360.94



L'établissement, bien au courant de ce positionnement qui fonde les prélèvements pour réduction des inégalités, met en avant une collecte défectueuse de ses activités (actes...). Cependant, si cette explication avancée qui n'est pas une justification acceptable, est un problème récurrent, les tendances quant à elles devraient donc être confirmées.

## 1.7 Une problématique sécuritaire des personnels non prégnante

La mission a pris connaissance des procès-verbaux du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) de l'établissement des séances du 31 mai 1999 au 30 juin 2004, dernière réunion avant les événements. Il ressort :

- que cette instance fonctionne bien. Les sujets à l'ordre du jour sont variés, conformes à la mission du CHSCT. Les débats sont de qualité ;
- que le problème sécuritaire évoqué le plus régulièrement concerne la sécurité des parkings et véhicules,
- la sécurité des personnels a bien été discutée. Mais, « *l'intervention lors d'une situation de violence étant un soin* » (PV du 04/03/04), l'organisation retenue au travers de cette seule dimension, au demeurant importante, reste relativement minimaliste d'un point de vue de technique sécuritaire proprement dite.

Une fiche de procédure intitulée « *Procédure de gestion des renforts lors de situations d'urgence en intra-muros* » a été rédigée en février 2004. Celle-ci prévoit l'attribution de bips à des personnels en service, repérés comme étant de renfort et pouvant intervenir à tout moment, sans laisser des usagers ou leurs collègues en situation d'insécurité. Ces bips sont

activés par les personnels connaissant une situation d'urgence nécessitant la présence de renforts par la composition du 6000 sur un téléphone.

Mais l'ensemble du dispositif ainsi arrêté, montre qu'une situation d'extrême urgence n'a pas été envisagée. Ainsi, après la composition du 6000, sur un téléphone fixe (que le personnel en danger doit par ailleurs pouvoir rejoindre) il convient « *d'informer le médecin référent, accueillir les renforts et les informer du contexte et l'environnement de l'intervention, donner les éléments cliniques nécessaires à la réalisation du soin, réaliser le soin avec la participation d'un membre de l'équipe référente...* »

Il ne s'agit pas d'un dispositif qualifié de « protection du travailleur isolé » (PTI).

Enfin ce dispositif et cette procédure de février 2004 n'étaient pas opérationnels lors du drame fin décembre.

La mission a également relevé que l'établissement a fait l'objet d'une attribution de crédits de l'ARH au titre de « *la prévention et de l'accompagnement des situations de violence* » pour un montant de 65 553€ Ces crédits sont allés pour 50 308€ à la formation du personnel et 15 245€ seulement pour la sécurité matérielle.

Enfin, la mission a eu à connaître des demandes en matière de sécurité effectuées depuis les événements par la direction. Elle relève dans la « *Description générale du projet* », que « *des fiches, en 2004, ont relaté que certains bâtiments dont les unités fermées ne sont plus sécurisées par rapport aux patients possédant des clés, intrusion sans effraction de ces locaux...* ». D'ailleurs au PV de la séance du CHSCT du 04/03/03 il est précisé « *Il s'agit également de faire prendre conscience aux professionnels de l'importance des clefs dans un établissement psychiatrique* ».

**Ceci témoigne pour le moins d'un sérieux laisser-aller et d'une négligence évidente.**

## 1.8 Mais un fonctionnement des instances d'hygiène correct

Le Comité de Lutte Contre les infections nosocomiales (CLIN) se réunit régulièrement avec une fréquence de deux réunions au cours des dernières années.

### Nombre de réunions du CLIN

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1	1	1	2	2	3	3	2	2

Source : CHP

Il comprend 22 membres. Sa présidence est assurée par le praticien hospitalier hygiéniste. La composition est proche de celle préconisée par les textes : praticien hospitalier hygiéniste, médecin du travail, directeur du CHP, directeur des soins pharmacien, représentant des principaux pôles du CHP, ingénieur des services techniques, représentants des usagers...

L'examen des procès-verbaux des réunions tenues en 2003 et 2004 montre qu'il s'agit d'une instance d'information et de décision qui se donne pour objectif d'intervenir sur les pratiques en matière de prévention des risques.

Le directeur est présent à la quasi-totalité des réunions.

Le programme 2003 du comité a été validé par le CLIN du 24 mars 2003. Ses actions peuvent se regrouper en trois groupes :

- Activités de formation en hygiène hospitalière :
  - . trois sessions prévues pour le personnel soignant (deux sessions ont été effectivement organisées et ont concerné 18 agents),
  - . formation des référents en hygiène hospitalière (15 référents formés en 2002 ; il n'y a pas eu de formation en 2003),
  - . formation destinée aux agents des services hospitaliers (une formation a concerné 28 agents sur le thème du bio nettoyage).
- Autres actions de prévention des infections nosocomiales :
  - surveillance et entretien du réseau d'eau chaude sanitaire selon la circulaire 2002-243 du 22 avril 2002 (71 prélèvements ont été effectués dont 15 présentaient un résultat non conforme à plus de mille unités formant colonies par litre). Des actions correctrices ont été entreprises : élévation de la température à 58°, chocs thermiques, chloration, purge deux fois par semaine de certaines parties du réseau peu utilisé etc...
- Surveillance épidémiologique :

L'équipe opérationnelle d'hygiène, notamment le cadre de santé hygiéniste, est intervenue dans plusieurs unités confrontées à des problèmes infectieux : infections urinaires ou cutanées, parasitoses cutanées, cas d'une méningite B, suspicion d'un SRAS, cas d'une méningite C ayant nécessité un traitement prophylactique d'une trentaine de personnes, deux cas de salmonellose considérés par la DDASS comme non contractés au sein du CHP, cas groupés de pneumopathie..

Le programme d'action 2004 validé par le CLIN du 18 mars 2004 s'inscrit dans la continuité du précédent (prévention du risque de légionellose avec 70 prélèvements sur l'ensemble du réseau, formation des personnels...). Le CLIN s'est attaché, en outre, à mettre en place au sein du CHP la procédure de signalement des infections nosocomiales décrite par la circulaire du 22 janvier 2004.

**En conclusion**, il apparaît que le CHP se donne l'objectif de respecter les procédures mises en place par la réglementation pour lutter contre les infections nosocomiales et les risques auxquels sont soumis les établissements hospitaliers.

Le milieu des professionnels de la psychiatrie est traditionnellement moins motivé que ceux qui œuvrent dans le domaine des soins généraux pour intervenir sur ces problèmes. C'est d'ailleurs en raison d'un manque de candidature que la troisième session de formation en hygiène hospitalière de 2003 a été annulée. Néanmoins, les efforts de la communauté hospitalière qui siège au CLIN de l'établissement témoignent de la prise en compte de ces risques au CHP de Pau.

## 1.9 Des relations avec des associations à normaliser voire pour certaines à dénoncer

D'une manière générale, dans les établissements psychiatriques fonctionnent de nombreuses associations au profit des activités sociales des patients, voire pour leur procurer une assistance. Des partenariats plus ou moins étendus et formalisés sont passés entre ces associations et les hôpitaux. Ils donnent lieu fréquemment à des observations des Chambres Régionales des Comptes s'agissant souvent de mises en œuvre de procédures cherchant à simplifier les modalités d'utilisation des fonds publics (les Chambres considérant qu'il s'agit d'y déroger). La Chambre de la région Aquitaine lors de son contrôle n'a pas investigué cette question.

La mission s'est fait remettre la convention passée entre le centre hospitalier des Pyrénées et l'Association d'Entraide Psycho-Sociale (AEPS). Il s'agit de l'association la plus présente et importante. Elle a par ailleurs rencontré son président. Il ne s'agissait pas de faire un contrôle de la dite association mais d'examiner globalement les interactions de l'association et de l'établissement.

Le conseil d'administration même s'il fait une place aux usagers et à un représentant des familles est sous l'influence prépondérante des personnels de l'établissement. Les actions développées sont totalement en relation avec l'objet : appartements thérapeutiques, cafétéria, résidence de séjour...

Cependant la gestion de fait peut tout à fait être avancée. Il s'agit de l'utilisation directe ou indirecte de crédits publics. Des structures en charges de l'association sont par ailleurs des unités fonctionnelles de l'établissement sur lesquelles sont affectés des personnels. Des ateliers d'ergothérapie intra-hospitaliers, que des patients en séjour hospitalier fréquentent, sont équipés et utilisent des consommables fournis par l'association. La cafétéria qui fonctionne avec le personnel hospitalier dégage des bénéfices au profit de l'association. Des questions de responsabilité, de fiscalité, de respect de la réglementation hospitalière (dons acceptés par le CA, intégration au patrimoine de biens etc) se posent. Le trésorier de l'établissement interrogé partage totalement cette analyse.

**Il y aura lieu de recadrer les conventions en évitant tout risque juridique et financier pour l'établissement.**

La mission a par ailleurs demandé que soient recensées toutes les associations qui ont un lien avec l'établissement. Il appartiendra à la direction d'investiguer et de clarifier ces partenariats.

Enfin la mission a eu l'information d'une enquête diligentée par le passé sur une éventuelle action d'une organisation susceptible d'être qualifiée de secte en lien avec l'établissement.

Du dossier que la mission de l'inspection générale a consulté sur ce sujet, il ressort qu'un des praticiens hospitaliers du CHP entretient effectivement des liens qu'il conviendrait de préciser avec une organisation dont les pratiques ne sont pas validées par la communauté psychiatrique française. Il n'a jusqu'à présent pas été formellement établi que ce médecin, dans le cadre de ses fonctions de service public, a mis en pratique les théories de cette organisation. **Il est néanmoins regrettable** que le directeur ait accédé à la demande de ce

praticien de considérer comme un « congé formation » une période de stage au Pérou relatif aux pratiques susvisées, sans avis de l'assemblée médicale de l'établissement.

Ce dossier semble ressurgir et la DHOS a demandé à la DDASS 64 des compléments d'information.

## **1.10 La protection des usagers mise en oeuvre**

### ***1.10.1 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques***

La loi n° 90.527 du 27 juin 1990, relative à la protection des personnels hospitalisés en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation, a institué dans chaque département une Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP). Cette commission est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect et de la dignité des personnes.

Un arrêté du préfet en date du 03/06/04 a fixé la nouvelle composition de la CDHP.

Le 03/12/04 celle-ci s'est rendue au centre hospitalier des Pyrénées. Elle a procédé au contrôle au service des hospitalisés du registre prévu à l'article L.341 et effectué des entretiens avec les des malades dans les unités. Il n'y a pas eu d'observation particulière.

### ***1.10.2 Le service des majeurs protégés***

Ce service assure la gestion des biens des majeurs placés sous un régime de protection par le juge des tutelles.

Ce service a été créé en 1970. Il est composé actuellement de 4 personnes :

- une gérante de tutelles,
- deux gérantes de tutelles suppléantes,
- une comptable.

Il gère actuellement 487 dossiers en charge répartis comme ainsi :

- 82 tutelles,
- 45 curatelles spéciales,
- 3 curatelles simples,
- 8 mandats spéciaux,
- 349 sauvegardes de justice ;

Les personnes concernées sont notamment pour 54 d'entre-elles en hospitalisation complète, 53 à l'extérieur de l'établissement (appartements associatifs, hôtel, foyers de vie...) et 31 en maison de retraite.

Il s'agit d'une activité qui s'exerce en étroite collaboration avec les équipes médico-sociales et infirmières de l'établissement.

La mission n'a pas eu à connaître de signalement de difficulté.

## 1.11 Une gestion chaotique des difficultés qui débouche sur une impasse

Au mois de juillet 2004, le directeur du centre hospitalier des Pyrénées sollicite un rendez-vous à l'ARH pour l'alerter sur un déficit prévisionnel de l'ordre de 2 millions d'euros pour l'exercice budgétaire 2004.

L'ARH demande au cours de cette réunion, que l'établissement élabore un plan de retour à l'équilibre pour le mois de septembre 2004.

Une analyse budgétaire doit, en parallèle, être menée par les services de l'ARH.

Un plan « de retour à l'équilibre », non validé par l'agence, est présenté dans l'établissement au cours du mois d'août. Il préconise diverses mesures afin de rétablir la situation budgétaire de l'établissement. Elles concernent essentiellement le groupe 1 de dépenses (non-remplacement des départs de personnel). Le CA ne s'est pas prononcé sur ce plan.

A l'issue de cette présentation, divers mouvements sociaux animent le centre hospitalier des Pyrénées : grèves et manifestations se succèdent.

Les représentants syndicaux sont reçus à plusieurs reprises soit à la DDASS soit à l'ARH. Ils font part de leur inquiétude sur la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre.

Compte tenu de ce contexte de crise, une nouvelle réunion a lieu le 7 octobre 2004 à l'ARH.

Le déficit prévisionnel de 2 millions d'euros est confirmé. Une expertise des 4 groupes de dépenses sera réalisée et servira de base à l'élaboration d'un diagnostic partagé entre le CHP et l'ARH. Il est prévu des rencontres régulières entre l'établissement et les différentes composantes de l'ARH.

Une table ronde réunissant l'ensemble des acteurs (ARH, communauté hospitalière) doit se réunir avant la fin de l'exercice sur la base des constats effectués par les services de l'ARH dans le cadre de l'analyse budgétaire. La date est fixée au 20 décembre 2004.

Le 9 novembre 2004, un courrier signé par, le président du conseil d'administration, le président de la CME et le directeur du centre hospitalier des Pyrénées est envoyé au directeur de l'ARH afin de solliciter une mission « *de médiation* » autour de 3 axes :

- le volet budgétaire et financier (incapacité exposée de juguler le déficit),
- le volet organisationnel (organisation médicale et des soins non stabilisée),
- le volet dialogue social ( dialogue interrompu).

La conférence budgétaire a lieu le 24 novembre 2004. Elle permet de faire le point sur l'exercice 2004 et d'évoquer les perspectives 2005 en rappelant les termes de la réunion du 7 octobre.

Le 18 décembre 2004, les évènements tragiques ont lieu au CHP. La table ronde est reportée.

**Il apparaît clairement**, que la direction en prenant l'initiative de diffuser un plan de retour à l'équilibre, non partagé, ni validé par la tutelle, en plein été et avant de se rendre au rendez-vous convenu s'est engagée seule, dans un processus délicat.

La lettre du 09/11/04 est un constat d'impuissance de la part du directeur. Elle confirme l'absence d'exercice de toute autorité et rajoute à l'inquiétude.

Il est évident que la direction, à partir d'un problème de gestion rencontré dans bien d'autres établissements, a elle-même généré des événements devenus plus difficiles à maîtriser.

## **Deuxième partie – L’analyse.**

Les explications de la situation présente du CHP de Pau, mettent en exergue :

- un pilotage de l’institution déficient,
- un fonctionnement institutionnel en difficulté,
- des outils de gestion et de contrôle interne insuffisants,
- des pesanteurs de la structure.

### **2.1 Un pilotage déficient**

#### *2.1.1 Du centralisme à une déconcentration non maîtrisée*

La mission n’a pas rencontré le précédent directeur de l’établissement actuellement en retraite.

Les témoignages qu’elle a recueillis décrivent son mode de management comme relativement autoritaire. Son autorité semblait résulter à la fois de la façon dont il animait l’équipe de direction mais également de sa capacité à prendre des décisions. Les réunions de comité de direction avaient lieu chaque semaine sur un ordre du jour déterminé comportant systématiquement l’évocation de la situation budgétaire du CHP. Tous les sujets importants étaient évoqués et les décisions prises par le directeur connues.

Ce comportement, parfois perçu comme un peu trop directif par certains, a certainement défavorisé l’actuel directeur dans la mesure où les partenaires institutionnels ont adapté leur propre stratégie de comportement en fonction de celui ci.

De ce point de vue, l’arrivée d’un nouveau directeur a laissé augurer de nouvelles pratiques en matière de dialogue qui ont été perçues positivement dans un premier temps.

#### *2.1.2 Une animation de l’équipe de direction déficiente*

L’équipe de direction, composée d’éléments de valeur inégale, donne une image de forte incohérence signalée à la mission par tous les interlocuteurs.

Cette image ressort nettement du fonctionnement du Comité de Direction (CoDir). La fréquence de réunion de celui ci a diminué au cours de l’année 2004 et le directeur a pris la décision de ne plus le réunir à compter d’octobre 2004.

Les témoignages recueillis et les comptes rendus écrits de ce CoDir attestent de son caractère peu opérationnel. Les cadres de direction y font preuve d’une faible assiduité (ce qui est, d’ailleurs, présenté par le directeur comme la raison de sa suppression).

Les réunions se traduisaient par un long monologue du directeur à visée essentiellement informative.

Les sujets abordés n'étaient pratiquement jamais conclus par une décision ou un axe de travail pour les collaborateurs concernés.

On trouve même dans les comptes-rendus des déclarations du directeur qui ne concourent pas à l'affirmation de son autorité. Ainsi, la réunion du 16 juillet 2004 se termine-t-elle par l'aveu du directeur acté (en gras) au procès-verbal : « ce conseil de direction...doit être l'occasion pour chacun de manifester avec pragmatisme et intelligence sa solidarité au redressement des comptes et à l'apurement d'une situation que j'ai laissé se dégrader par manque de clairvoyance et de réactivité ».

Les membres de l'équipe de direction, s'ils reconnaissent bénéficier de l'écoute du directeur, procèdent unanimement au constat que les entretiens sollicités ne leur permettent pas d'obtenir de lui des consignes opérationnelles.

La mission n'a, en effet, pas retrouvé de consignes écrites du directeur à ses collaborateurs concernant les grandes affaires en cours.

Dans ce contexte d'absence d'autorité et d'instructions, les cadres de direction sont réduits à organiser eux-mêmes des réunions entre eux pour trouver des solutions aux problèmes les plus urgents.

Le directeur n'assumant pas sa fonction d'arbitrage, les cadres de direction sont parfois amenés à prendre sur des sujets précis des positions différentes.

Cette absence de cohésion de l'équipe de direction est déstabilisante pour ses membres. Elle est parfaitement perçue par les différentes composantes institutionnelles de l'hôpital.

Par ailleurs, différents interlocuteurs de la mission ont exprimé le fait que l'autorité insuffisante du directeur ait permis à la direction des soins de se positionner dans un rôle qui va au-delà des prérogatives que les textes lui reconnaissent.

Quelques constats donnent une certaine réalité à cette affirmation.

Un service dénommé « surveillance générale » dépendant du directeur des soins et comprenant plusieurs cadres de santé a été créé et assume pour l'essentiel des tâches non soignantes.

En outre, le partage des responsabilités entre la direction des ressources sociales (DRH) et la direction des soins n'apparaît pas clairement aux interlocuteurs de la mission. Ainsi, ces deux directions établissent de façon redondante et parfois contradictoire des documents sur les effectifs du CHP.

Enfin une note intitulée « *Les attributions, les missions et le rôle des cadres supérieurs de santé au CHP* », rédigée par le directeur des soins et co-signée par le directeur en date du 28/06/04, a été particulièrement mal ressentie par le corps médical de l'établissement. Cette note comporte dans sa rédaction des affirmations suffisamment ambiguës pour pouvoir être interprétée comme donnant une prééminence à la direction des soins et à ses relais (cadres supérieurs de santé, cadres de santé) au sein des institutions de l'hôpital. On y lit notamment

que les cadres supérieurs de santé disposent pour conduire leurs actions parmi les « *acteurs partenaires* » :

- *du directeur chef d'établissement...*
- *du directeur des soins garant de la pertinence de l'organisation générale des soins...*
- *les directeurs adjoints...*
- *le médecin coordonnateur ou le chef de service... »*

On peut concevoir que cette énumération plaçant le directeur des soins derrière le chef d'établissement et devant les autres membres de l'équipe de direction et les médecins chefs de service et donnant à l'ensemble de ces personnes le statut « d'acteurs partenaires » ait pu donner lieu à interprétations et à commentaires.

Cette situation a contribué à positionner la direction des soins et la communauté médicale dans un fonctionnement plus concurrentiel que complémentaire.

### ***2.1.3 Le positionnement de la direction par rapport aux instances de l'établissement***

Les interlocuteurs de la direction que la mission a rencontrés (représentants du C.A., de la C.M.E., des organisations syndicales...) ne semblent pas enclins à adopter des positions extrêmes de nature à obérer le fonctionnement de l'hôpital.

L'absence d'autorité du directeur laisse, néanmoins, le champ libre à des luttes d'influence. Celles-ci ont clairement consacré le pouvoir excessif, voire même exclusif, de la communauté médicale aux dépens des autres composantes professionnelles de l'établissement.

Ainsi, la restructuration de l'organisation de l'établissement sur la base de la création de pôles et de départements se substituant aux secteurs traditionnels de psychiatrie a été conçue par la seule communauté médicale et validée par le directeur et le conseil d'administration sans que les autres instances de l'hôpital aient pu y apporter leur contribution.

La relation privilégiée du directeur et du bureau de la CME aux dépens des autres catégories professionnelles a été, à cette occasion, particulièrement manifeste.

Elle est à l'origine d'un sentiment de frustration des personnels non médicaux et des organisations syndicales qui a largement contribué à la dégradation du climat social de l'établissement à l'automne 2004.

Cette restructuration insuffisamment discutée et préparée connaît, aujourd'hui, des difficultés de mise en œuvre qui sont la conséquence de son fondement sur la seule logique de la communauté médicale.

## **2.2 Des outils de gestion et de contrôle interne insuffisants**

La mise en place d'une cellule d'audit et d'analyse de gestion est très récente. Les travaux produits sont de qualité. Ils ont le mérite d'exister...A vrai dire des entretiens effectués par la mission, il ne ressort pas une culture de contrôle interne.

Les études ne sont pas programmées et ne débouchent pas sur la mise en place d'outils de gestion. La coordination du système d'information n'est pas effective. L'exemple des données d'activité disparates, ou établies sur des bases approximatives, en témoigne. Aujourd'hui le système d'information administrative et médicale n'est pas stabilisé.

Enfin, le souci d'une approche économique et stratégique paraît peu présent : l'exemple de la boulangerie en régie, voire le puisage de l'eau potable avec des risques potentiels et des contraintes non négligeables, l'illustrent.

## **2.3 Des pesanteurs de la structure non combattues**

### ***2.3.1 Au niveau de la DRH***

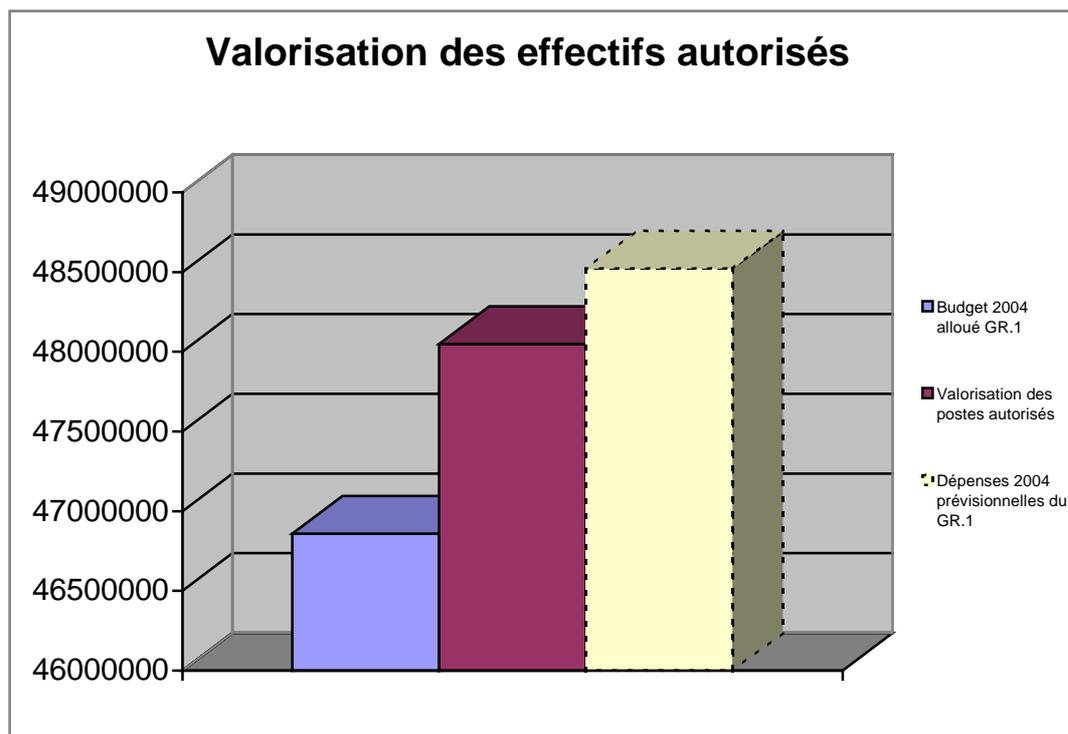
#### ***2.3.1.1 Un tableau des emplois perdu de vue***

Comme il a été noté dans le constat le tableau des emplois a été perdu de vue. Les effectifs rémunérés dépassent l'effectif autorisé.

Mais, qui plus est, le budget alloué au groupe 1 en 2004 ne couvre pas le coût réel des postes « autorisés ».

Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées	Observations en retour de l'IGAS
<p>Le souci d'une approche économique et stratégique paraît peu présent : il y a eu une volonté institutionnelle de pérenniser l'activité boulangerie avec le maintien de la fabrication traditionnelle (production d'un pain de qualité, à un prix de revient raisonnable du kg de pain à 1,67 euros), la mise en conformité du local boulangerie, et la préservation de deux emplois.</p> <p>La cellule analyse de gestion met en perspective les évolutions de l'exercice 2004, au regard des préconisations des experts de l'IGAS et des évolutions tendanciennes qui s'en dégagent .</p> <p>La reconnaissance de la qualité des travaux produits par la cellule analyse de gestion par l'IGAS est un gage d'encouragement à poursuivre le travail amorcé depuis 18 mois et ce, malgré le manque de culture de contrôle interne qui a, jusqu'à récemment prédominé dans l'institution et que le rapport des experts a mis en évidence.</p> <p>Tel que repris dans les lignes du rapport, à l'évidence, si le contrôle de gestion a traditionnellement vocation à être un outil d'aide à la décision, la diffusion de ces travaux à l'ensemble des responsables administratifs concernés n'a jamais suscité un véritable intérêt au Centre Hospitalier des Pyrénées depuis la création de la cellule fin 2003. La difficulté peut aussi aller jusqu'à obtenir à grand peine les informations nécessaires.</p> <p>Quelques études communiquées à la demande des inspecteurs de l'IGAS ont toutefois été reprises et validées par eux-mêmes dans leur rapport. Il s'agit :  de l'analyse comparative issue des données du groupe critères de psychiatrie Aquitaine 2003 dont les conclusions sont reprises dans le rapport ;  - de l'analyse comparative des données du CHP avec la base nationale de la BDHF-CHS ;  - de l'étude relative à la structure des emplois au CHP.</p> <p>Au regard de la question du retour à l'équilibre budgétaire évoquée dans le rapport des experts, la récente mise à jour des données relatives à l'exercice 2004 met en évidence une <b>tendance à la décélération de l'augmentation des dépenses totales d'exploitation</b>.</p> <p>Cet inversement de tendance est la traduction des mesures prises par l'établissement dès le dernier trimestre 2004. (annexe 1)</p> <p>Une attention toute particulière devra être apportée aux dépenses d'exploitation du groupe 2 dont l'augmentation débridée nécessite de mobiliser l'attention du corps médical sur leurs pratiques de prescriptions.</p>	<p>La mission maintient sa position réservée sur cette activité qui entraîne des obligations et des contraintes</p> <p>C'est exact et cette démarche nouvelle constitue un point positif pour le CHP.</p> <p>Dont acte.</p>

<p><b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b></p>	<p><b>Observations en retour de l'IGAS</b></p>
<p>A ce titre, les responsables de la pharmacie, déjà conscients du problème et ayant alerté sur les dérapages excessifs observés, ont sollicité le concours de la cellule analyse de gestion en association avec le DIM afin d'initier une <b>étude relative aux coûts des traitements médicamenteux à la pathologie</b>.</p> <p>Cette étude nécessite des outils de requêtes informatiques opérationnels simultanément sur trois logiciels (dispensations pharmaceutiques – comptabilité – activité) et pourra être conduite conjointement avec le DIM, la pharmacie et la cellule analyse de gestion à compter du mois de septembre 2005, dans le cadre de la Commission du Médicament, instance, qui jusque là était désertée par ses membres.</p> <p>L'actualisation des données de la BDHF-CHS conduit également à prolonger la comparaison des données du CHP jusqu'à l'exercice 2004. (annexe 2)</p> <p>L'amorce de redressement de la situation budgétaire constatée dès la fin 2004 s'accompagne d'une <b>modification de la structure des dépenses d'exploitation, tendant à se rapprocher des standards nationaux</b> (les chiffres disponibles sur le site BDHF- CHS concernent les exercices 2002 et 2003).</p> <p>L'examen de l'évolution des dépenses du groupe 1 étendu à 2004 confirme le déclin des dépenses d'exploitation du groupe 1 de 2003 à 2004 (-2,39%), centré principalement sur les dépenses de personnel non médical (-3,38%), mais partiellement neutralisé par une forte augmentation corrélative des dépenses de personnel médical (+7,11%). (annexe 3)</p> <p>La lecture de l'évolution détaillée des dépenses de personnel non médical de 1999 à 2004 confirme la réduction globale de ces dépenses en 2004, accompagnée de celle de la part des dépenses consacrée aux personnels titulaires et stagiaires, avec pour corollaire l'accroissement des dépenses relatives aux personnels titulaires sur emplois permanents : <b>la diminution des dépenses de personnel non médical s'accompagne de la précarisation des emplois</b>. (annexe 4)</p> <p>Le tableau des effectifs par unité fonctionnelle va permettre dans un court délai de croiser précisément les données de moyens en personnels avec celles d'activité et de coût. Partant de ce constat il sera possible de faire des projections sur des réajustements activités/moyens conformément aux préconisations des experts de l'IGAS en s'appuyant également sur d'autres critères tels que le taux d'encadrement du personnel non médical rapporté à la population ou encore la comparaison des ratios d'effectifs du CHP rapportés aux valeurs moyennes régionales et nationales (source BDHF).</p>	<p>Vu.</p> <p>C'est un travail important à conduire pour conforter et objectiver les nouvelles décisions à prendre.</p>



Cette inadéquation devra être suivie de près par la tutelle.

### 2.3.1.2 Une organisation du temps de travail en marge de la réglementation

Trois documents signés et validés par la direction et les organisations syndicales de l'établissement permettent de procéder à l'analyse du temps de travail du personnel non médical au centre hospitalier des Pyrénées :

- l'accord local sur la réduction et l'organisation du temps de travail (31.12.2001),
- le protocole de mise en place des 35 heures (26.02.2002),
- la note interne de l'établissement sur la durée du travail actuellement en vigueur (16.11.2004).

L'accord local sur la réduction et l'organisation du temps de travail a été signé le 31 décembre 2001, date du départ à la retraite du précédent directeur.

Comme dans tous les établissements publics de santé et conformément à la procédure définie au plan national, cet accord a été précédé d'un diagnostic relatif au temps de travail en vigueur avant la mise en place des 35 heures, dont l'objectif était d'avoir une connaissance des pratiques en la matière et d'uniformiser les temps de travail hospitaliers.

Le diagnostic partagé a fait apparaître :

- un décompte des congés annuels très favorable aux agents (122 repos hebdomadaires + 27 congés annuels + 2 jours hors saison + 13 jours fériés pour les agents à repos variable

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>la réorganisation en pôles, et le manque de lisibilité des nouvelles entités définies à probablement été un facteur d'aggravation d'une situation déjà rendue complexe par le partage des responsabilités entre direction des ressources sociales et directions des soins notés</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Une organisation du temps de travail en marge de la réglementation</li></ul> <p>cette question a trop longtemps fait l'objet de sous-entendus et doit être absolument clarifiée, un compromis doit être définitivement et rapidement adopté par les différentes parties sous peine de rester le cheval de bataille pour tous ceux qui ne souhaitent pas voir évoluer la situation</p>	<p>Dont acte.</p> <p>La mission confirme la nécessité rapide de l'obtention d'un compromis.</p>

et 104 repos hebdomadaires + 29 congés annuels + 2 jours hors saison + 14 fériés pour les agents à repos fixe)

- une durée annuelle de temps de travail dérogatoire aux textes réglementaires : 1608 h de travail par an pour les agents à repos variable et 1684 h pour les agents à repos fixe, alors que la durée annuelle réglementaire du temps de travail était de 1716h par an pour le jour et 1540h par an pour le travail de nuit.
- Une organisation du travail des personnels soignants axée sur un roulement correspondant à 4 jours de travail suivis de 2 jours de repos (matin, après midi ou nuit), sans personnel exclusivement dédié à la nuit. Le caractère coûteux de cette organisation du travail a été souligné.
- Le temps de repas intégré dans le temps de travail quelle que soit la catégorie de personnel (30 minutes pour chaque agent).

Ainsi, au regard des avantages sociaux mis en lumière par le diagnostic préalable, la Direction s'est engagée à « **s'inscrire dans une démarche positive de mise en conformité par rapport au protocole national** ».

Le protocole de mise en place des organisations du travail dans le cadre des 35 heures réalisé le 26 février 2002 par la direction présentait des durées annuelles de temps de travail conformes aux textes réglementaires (cf. décrets du 04 janvier 2002), malgré des calculs imprécis et sur lesquels l'ARH a demandé que les corrections soient établies.

Dans un courrier du 18 avril 2002 adressé à l'ancien directeur, l'ARH a explicitement formalisé ses remarques : « *le maintien de dérogations non conformes au cadrage réglementaire induirait de nouvelles inégalités entre personnels des établissements, ce qui n'est ni souhaitable, ni accepté par les hospitaliers. Je vous demande donc, au travers de l'évaluation dans laquelle chaque établissement doit s'engager de corriger ces différences.* »

La période de montée en charge progressive de la RTT (2002-2004) étant achevée, l'ARH a demandé à l'établissement une note relative aux durées du travail actuellement en vigueur pour l'ensemble du personnel non médical.

Il en résulte de l'étude menée par l'ARH-DDASS (CF Annexe 8) que **l'application effective des 35 heures est non conforme et totalement dérogatoire aux textes réglementaires**. Elle accorde aux agents des avantages sociaux importants.

En outre, les organisations du travail n'ont pas évolué comme la tutelle a pu le vérifier sur place.

Le nombre de jours de travail par an, actuellement appliqué dans l'établissement est de :

- 192 jours pour les agents en repos fixe travaillant 8 heures par jours,
- 172 jours pour les agents en repos fixe travaillant 9h par jour,
- 186 jours pour les agents en repos variable travaillant 8 heures par jour.

Le tableau ci-après, réalisé lors du contrôle ARH-DDASS permet de situer les écarts par rapport à la réglementation :

### CALCUL DES ECARTS

REPOS VARIABLE			REPOS FIXE		
Nature de l'absence	Nombre	Ecart règlements	Nature de l'absence	Nombre	Ecart règlements
Repos hebdomadaires	<b>122 J</b>	<b>+ 18 J NON CONFORME</b>	Repos hebdo	104	conforme
Congés annuels	25 J	conforme	Congés annuels	25 J	conforme
Jour fractionnement	1 J	conforme	Jour fractionnement	1 J	conforme
Jours hors période	2 J	conforme	Jours hors période	2 J	conforme
Fériés	9 J	conforme	Fériés	9 J	conforme
RTT	16 J	Aucune correspondance réglementaire	RTT	<b>48 J</b>	Aucune correspondance réglementaire
Temps habillage	32 h ou 4 J	non conforme	Temps habillage	32 h ou 4 J	non conforme
Nombre de jours travaillés	<b>186 jours</b>	- les heures de récupération du travail de nuit	Nombre de jours travaillés	<b>172 jours de 9h ou 192 jours de 8h</b>	-
<b>Durée annuelle de temps de travail</b>	<b>1488 h (soit 33h48 par semaine)</b>		<b>Durée annuelle de temps de travail</b>	<b>1536 h ou 1548 h</b>	

Particularités :

- 1 jour de congé est accordé aux récipiendaires de la médaille du travail
- 1 jour de congé est accordé pour 3 dons de sang/an (cela concerne environ 10% des agents).

On observe que l'actualisation du protocole d'accord de l'exercice du droit syndical de 2003 est quant à lui basé sur un chiffre de 196 jours...

**C'est à juste titre** que la tutelle demande, dans un souci d'égalité de traitement des établissements et de respect de la réglementation, que le centre hospitalier des Pyrénées **revoit son organisation de travail**.

Par ailleurs, il faut relever que le centre hospitalier, malgré une situation initiale très favorable, relevée dans le diagnostic préalable, a bénéficié d'un financement au titre de la RTT non médicale de 853 611€ (23 postes). Enfin, au titre des crédits de remplacement de 2000 à 2004 il a reçu 1 211 040€

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>S'agissant de l'organisation du temps de travail, il y a lieu de reprendre essentiellement les dispositions concernant le temps d'habillage et de s'engager, sans délai, dans un processus d'informatisation de la gestion du temps de travail.</p> <p><b>Le caractère coûteux du 4x2</b> n'a jamais été démontré.</p> <p>Les données qui permettent d'évaluer la quantité de personnel nécessaire (hors analyses de la charge de travail) en hospitalisation complète ne peuvent reposer sur le nombre d'heures dues par chaque agent au regard des effectifs minimum dans chaque unité fonctionnelle (exemple : 3 agents de matin / 3 d'après-midi et 2 de nuit en hospitalisation complète adulte ouverte).</p> <p>Le 4x2 permet actuellement aux agents de ne pas travailler en deçà des heures dues.</p> <p>Il génère 18 jours de repos "hebdomadaires" de plus que le cycle en 5x2, jours qui devraient de toute façon être donnés en RTT pour ne pas dépasser la durée annuelle du temps de travail.</p> <p>S'il y a un coût dans l'organisation, c'est davantage lié aux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le temps de travail, qui est quasi-conforme pour les personnels en roulement (1495h annuels) eu égard à la référence aux 32h30 de nuit, mais qui n'est pas conforme pour les personnels en repos fixe (1543 heures) / La prise en compte du temps de repas dans le temps de travail pour l'ensemble du personnel, alors que seuls les agents en hospitalisation complète demeurent réellement à la disposition de l'employeur</li><li>- la durée de chevauchement d'une heure le midi en hospitalisation complète</li><li>- la rareté des horaires variables, qui permettraient de diminuer le nombre d'agents lors des baisses d'activité</li><li>- le non recours à du personnel temporaire de remplacement lors des arrêts de travail, qui impose un "stock" de personnel plus important que le strict nécessaire.</li></ul>	<p>Il s'agit d'une réflexion qui aurait du accompagner la mise en place de la RTT. Pour autant, la réalité du résultat final n'est pas contestable :</p> <p>les dispositions réglementaires ne sont pas respectées quant à la quotité de travail.</p>

### 2.3.1.3 Un absentéisme important

Source : données CHP transmises en décembre 2004

Nombre de journées perdues pour :	2001	2002	2003	Evolution 2001/2003
Maladie	10 950	10 904	9 675	
CLM et CLD	7 171	7 165	8 243	
AT	802	357	870	
Maternité	2 302	2 134	3 311	
<b>Sous-total</b>	<b>21 225</b>	<b>20 560</b>	<b>22 099</b>	<b>+ 4,12 %</b>
Formation	5 185	6 587	7 810	
Motif syndical	278	232	277	
<b>TOTAL</b>	<b>26 688</b>	<b>27 379</b>	<b>30 186</b>	<b>+ 13,11 %</b>

L'effectif global de l'établissement est 1072 ETP (personnel non médical) ; il en résulte un nombre de 28,15 jours d'absence par agent en 2003. (26,63 jours en 2001).

## 2.3.2 Au niveau des affaires financières

### 2.3.2.1 Une péréquation régionale non prise en compte

Compte tenu du poids élevé des charges au regard de l'activité, comme souligné dans le constat, l'ARH, lors des campagnes budgétaires dans le cadre des redéploiements de crédits au titre de la réduction des inégalités, a prélevé sur le CHP de PAU les sommes suivantes

CAMPAGNE BUDGETAIRE	CREDITS en €
2000	- 55 229
2001	- 138 771
2002	- 56 048
2003	- 32 815
2004	- 91 164

Il convient d'observer que chaque année 4 à 5 établissements étaient dans cette situation. Mais au CHP il n'y a pas eu de prise de décision spécifique actée, pour prendre en compte cette réalité.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p><b>L'absentéisme</b> est également un coût pour l'établissement, d'autant qu'il augmente très sérieusement entre 2002 et 2003. Cette augmentation tient en particulier à</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- un vieillissement de la population, comme dans tous les établissements similaires, qui accroît le nombre de CLM/CLD</li><li>- un effort de formation important à destination du personnel soignant, notamment jeune</li><li>- un explosion du nombre de jours d'absence pour maternité (davantage de maternité, mais surtout un recours beaucoup plus important aux arrêts pour grossesse ou couches pathologiques)</li></ul>	Vu.

### 2.3.2.2 Une structure budgétaire éloignée de la moyenne

Au niveau du constat (Point 1.6) il a été relevé le positionnement défavorable du centre hospitalier des Pyrénées au niveau de l'indice ICA.

Par ailleurs le taux d'encadrement du personnel non médical, au-dessus de la moyenne régionale, a également été souligné (1.5.2.2).

Le déséquilibre structurel du budget par rapport aux autres établissements est constaté dans la base nationale des données BDHF-CHS.

	BDHF 2002	CHP 2002	CHP2003
GROUPE 1	82%	84,30%	84,46%
GROUPE 2	2%	1,69%	1,74%
GROUPE 3	11%	11,18%	10,93%
GROUPE 4	4%	2,83	2,87%
TOTAL	99%	100%	100%

SOURCE : BDHF Comité d'experts.

L'établissement ayant continué en 2004 à s'écarter du TEP, l'écart qui sera constaté lors de la parution de la nouvelle base devrait encore s'accroître.

## 2.4 Un plan directeur ni lisible ni rigoureux

### 2.4.1 Un cheminement complexe

Le plan directeur a été élaboré en 1999/2000. Il comporte :

- un diagnostic de tous les bâtiments et des précisions sur l'adaptation aux activités d'hospitalisation,
- un regroupement des activités d'hospitalisation sur la partie Est de l'établissement,
- la mise en place de centres de gestion médicale (C.G.M.) à proximité des unités d'hospitalisation.

Une réunion de présentation du dossier a été organisée entre l'ARH et le centre hospitalier des Pyrénées le 24 janvier 2001. Il a été demandé à l'établissement de :

- délibérer afin d'actualiser son Projet d'Etablissement (approuvé pour 1996/2001),
- délibérer sur la capacité de l'établissement afin de la mettre en cohérence avec le plan directeur,
- délibérer sur le programme d'investissement défini en 3 phases mais nécessitant encore des ajustements. Le coût est évalué pour la phase 1 à 12 195 920 euros et pour la phase 2 à 3 048 980 euros. Le coût de la phase 3 n'est pas évalué.

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>
<p>Le Plan Directeur 1999-2000 est le premier depuis plus de 20 ans. Il prend en compte la restructuration du C.H. des Pyrénées et la réduction importante du nombre de lits (-350 environ en 20 ans).</p> <p>Les données principales du Plan Directeur sont bien traduites :</p> <p>Diagnostic de tous les bâtiments d'hospitalisation,</p> <p>Regroupement des activités sur la partie « Est »,</p> <p>Les CGM à proximité des unités de soins (ultérieurement, nous demanderons l'intégration des CGM).</p> <p>Après l'adoption du Plan Directeur, les difficultés apparaissent dans sa mise en œuvre.</p> <p>En effet, le Plan Directeur a été conçu de manière classique, comme un plan d'urbanisme, localisant les unités de soins, les routes, les espaces, les accès, les parkings... et des évaluations approximatives des travaux en construction ou restructuration. Or, à ce stade, à la demande de la Tutelle, nous avons dû fixer le programme et le plan de financement pluriannuel.</p> <p>Les travaux du Plan Directeur ont ainsi été très rapidement définis sans programme technique et sur la base d'une évaluation des travaux à 6 000 F.HT/m<sup>2</sup> (915 €). (très insuffisante).</p> <p>D'autre part, notre souhait était de traiter la phase I dans le cadre d'un concours de maîtrise d'œuvre pour une plus grande cohérence, mais la tutelle souhaitant des engagements à court terme, a demandé des programmes plus réduits, et la première phase a été découpée en tranches.</p> <p>Lors de la définition du programme technique de chaque opération, avec les responsables concernés, nous avons été en difficulté et on ne pouvait respecter les données du Plan Directeur et du plan de financement pluriannuel. Ce qui est normal,</p>	

<b>Réponse de Monsieur le Directeur du centre hospitalier des Pyrénées</b>	<b>Observations en retour de l'IGAS</b>				
<p>car l'étude et les besoins spécifiques n'étaient pas pris en compte. D'où inévitablement plusieurs modifications de programme et de financement durant la première phase. <u>Ainsi, en première tranche :</u> Au lieu de l'UMAP seule, nous avons :</p> <table border="0"><tr><td>l'USSI</td><td rowspan="3">} le regroupement des unités</td></tr><tr><td>l'ESA 1</td></tr><tr><td>le CGM</td></tr></table> <p><u>En deuxième tranche :</u> Au lieu d'une Unité de Psychogériatrie de 20 lits, nous avons :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Une unité de 16 lits,</li><li>Une extension d'une unité de 4 lits,</li><li>Un hôpital de jour,</li><li>Un centre de consultations et CGM</li></ul> <p><b>Soit le regroupement de toutes les unités de psychogériatrie.</b></p> <p>En résumé, notre difficulté a été la suivante : Suite au Plan Directeur, nous avons du immédiatement, faire une programmation à long terme, et un financement détaillé sur 10 ans ; et au niveau de l'engagement des opérations, avoir des programmes à très court terme, d'un faible montant. Ce qui a pour conséquence de multiplier les procédures et les intervenants.</p> <p>En réalité, si l'engagement de l'Etablissement avait été réalisé, au niveau du programme technique détaillé, ou l'APS, nous aurions eu un cheminement très simple et très rigoureux jusqu'à l'achèvement des opérations.</p> <p>Suite à l'engagement des deux tranches de travaux de la première phase en 2003, l'actualisation du Plan Directeur devenait nécessaire, mais l'absence de données et d'objectifs concrets dans le Projet d'Etablissement et le Projet Médical, n'ont pas permis l'engagement de cette actualisation.</p> <p>Aujourd'hui, les deux premières tranches sont pratiquement achevées, avec la prise en compte des besoins des patients et des équipes soignantes pour un prix moyen au m<sup>2</sup> tout à fait raisonnable, qui reste inférieur à 1 100 €HT / m<sup>2</sup></p>	l'USSI	} le regroupement des unités	l'ESA 1	le CGM	<p>Dont acte.</p>
l'USSI	} le regroupement des unités				
l'ESA 1					
le CGM					

Il a été aussi demandé au centre hospitalier d'étudier un phasage plus étendu dans le temps.

Plusieurs hypothèses de financement devront être étudiées ainsi que l'importance et les conditions de prise en charge des surcoûts.

Une nouvelle réunion entre l'établissement et la DDASS a eu lieu le 21 juin 2001. Le point est alors fait sur l'état d'avancement des demandes de janvier 2004 :

- la délibération fixant la capacité du centre hospitalier des Pyrénées a été examinée le 14 mai 2001,
- la délibération fixant les grands axes du projet d'établissement sera examinée le 25 juin par le CA,
- le plan directeur comportera 2 phases. Des tranches fonctionnelles seront à dégager et à estimer financièrement. Aucune vente du patrimoine n'est envisagée par l'établissement.

Le coût de la 1<sup>ère</sup> phase est estimé à 6 448 593. Elle devra s'étaler sur 3 ans.

La prise en charge du surcoût est envisagée par des économies de groupe 1.

Une réunion de l'équipe territoriale s'est tenue le 19 juillet 2001 pour analyser les éléments précédents (capacité et projet d'établissement).

Les axes prioritaires du projet d'établissement (ayant une incidence sur le plan directeur) sont dégagés :

- axe 1 : rationalisation des structures de soins sur les besoins de prise en charge sanitaire,
- axe 2 : création de structures médico-sociales répondant à des besoins internes et à des demandes externes.

Les autres axes ne sont pas développés.

Au niveau des incidences financières, deux phases sont arrêtées d'un montant respectif de 7 302 308 euros (phase 1) et de 18 537 800 euros (phase 2). Le financement est prévu par emprunt (89,2 %) et en fonds propres (10,8 %).

Des économies de groupe 1 sont prévues grâce à la rationalisation amenée par les nouvelles constructions.

Lors de cette réunion, il est demandé au centre hospitalier de Pyrénées de procéder à plusieurs simulations sur l'investissement.

A cette époque, il est confirmé que l'unité de surveillance et de soins intensifs (USSI) répond aux besoins des secteurs du centre hospitalier de Pyrénées et n'a pas de vocation départementale. Elle est intégrée dans la 1<sup>ère</sup> phase du plan directeur pour un montant de 3 018 490 euros.

Ces diverses évolutions correspondent aux délibérations n° 31 (26 juin 2001), 47, 48, 49, 50 et 59 (12 octobre 2001) relatives au plan de financement des études et aux 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> tranches de travaux de la 1<sup>ère</sup> phase du plan directeur.

Ces délibérations ont été approuvées par l'ARH par courrier du 18 décembre 2001.

Des modifications du plan directeur sont présentées par délibération n° 29 et 30 du CA en date du 1<sup>er</sup> juillet 2002. Pour la 1<sup>ère</sup> phase, la 1<sup>ère</sup> tranche augmente de 509 689 euros (base = 3 948 429 euros) et la 2<sup>ème</sup> tranche de 1 728 571 euros (base = 3 353 878 euros).

Globalement pour la 1<sup>ère</sup> phase, les études augmentent de 577 299 euros et les travaux de 1 151 020 euros.

Un nouveau plan de financement :est avancé : une subvention FIMHO de 509 941 euros et un emprunt de 2 408 684 euros.

Le surcoût est calculé sur l'ensemble des opérations du plan d'investissement et non pas seulement sur celles liées au plan directeur.

Ces 2 délibérations ont fait l'objet d'une approbation, car l'incidence prévue en exploitation des investissements de la 1<sup>ère</sup> tranche modifiée apparaissait inférieure à celle prévue initialement (délibération n° 47 et 48).

Le surcoût est par contre plus important pour la 2<sup>ème</sup> tranche de cette 1<sup>ère</sup> phase. Il est demandé à l'établissement d'en prévoir la compensation au niveau des 3 autres groupes de dépenses (courrier du 2 octobre 2002 – DDASS).

L'APS relatif à l'unité fermée et l'unité de soins intensifs est approuvé délibération n° 49 du 14 octobre 2002.

Une délibération n° 51 en date du 16 décembre 2002 relative à la réalisation du programme de psycho-gériatrie (20 lits HC et 10 places HDJ) et au financement des études et travaux (2,5 millions d'euros) est ensuite présentée pour approbation.

Cette opération, initialement scindée entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> tranche de la 1<sup>ère</sup> phase du plan directeur (délibération n° 47 et 49) a glissé intégralement sur la 2<sup>ème</sup> tranche.

Le coût est passé de 1 345 363 euros à 2 500 000 euros soit + 85,8%.

La 2<sup>ème</sup> tranche comprend :

- la nouvelle unité de psycho-gériatrie,
- la restructuration des Marronniers / Erables,
- la restructuration des Chênes / Pins.

L'ingénieur régional de l'équipement, sollicité, estime que si le dimensionnement de l'unité de psycho-gériatrie est cohérent avec le plan directeur, l'évaluation financière comporte des marges de manœuvre trop importantes.

Le montant de l'emprunt prévu n'est pas respecté.

Cette délibération a fait l'objet d'un refus d'approbation. Il a été demandé à l'établissement de faire délibérer le conseil d'administration sur le programme de la 2<sup>ème</sup> tranche modifiée dans le cadre des opérations de la 1<sup>ère</sup> phase.

Le centre hospitalier des Pyrénées est par contre autorisé à engager les études pour le montant du programme des travaux estimé à 1 400 000 euros.

A ce titre, la délibération n° 52 en date du 16 décembre 2002 relative à l'actualisation du plan directeur (réalisation d'une étude complémentaire – 30 000 euros) est approuvée. Aucun financement supplémentaire n'est sollicité.

Pour l'IRE, cette étude est indispensable compte tenu des écarts constatés entre le plan directeur initial (superficie et coût) et les réalisations (USSI, unités fermées et psycho-gériatrie).

Par délibération n° 50 du CA en date du 13 octobre 2003, le plan directeur est à nouveau actualisé :

- actualisation de la 1<sup>ère</sup> phase du plan directeur en 2 tranches : USSI et unité fermée (1<sup>ère</sup> tranche – études = 401 975,60 euros – travaux = 3 909 554,08 euros) + unités de psycho-gériatrie (2<sup>ème</sup> tranche – études et travaux = 3 048 980,34 euros) ; la 1<sup>ère</sup> phase comporte aussi l'étude de l'actualisation du plan directeur (30 000 euros) et les études relatives à la délocalisation du Mont Vert et des restructurations (116 940,86 euros).
- Les travaux de restructuration des unités Marronniers/Erables et Chênes/Pins sont différés en 2<sup>ème</sup> phase.

La délibération n° 51 du CA du 13 octobre 2003 valide l'APS pour les unités de psycho-gériatrie et du service médico-administratif.

Ces 2 délibérations ont été approuvées par l'ARH (courrier du 18 décembre 2003) même si le regroupement des unités de psycho-gériatrie entraîne un investissement supérieur à celui initialement envisagé (2,9 Millions d'euros).

Une note du centre hospitalier des Pyrénées de janvier 2005, précise qu'en l'absence de précision dans le projet médical, le plan directeur n'a pu être depuis actualisé et la 2<sup>ème</sup> tranche élaborée.

## Situation actuelle :

### 1<sup>ère</sup> phase

#### 1<sup>ère</sup> tranche :

réceptionnée en 2004 (démolition d'un bâtiment, construction USSI et unité fermée).  
coût = 3 909 554 euros

#### 2<sup>ème</sup> tranche :

construction d'une unité de psychogériatrie (HC) + construction d'un HDJ et d'un CATTP + intégration du centre de consultation.

Coût : 3 048 980 euros – délibération du CA n° 50 en date du 13 octobre 2003 approuvée par l'ARH.

Tranche réalisée à hauteur de 40%.

Certaines opérations prévues dans la 1<sup>ère</sup> tranche n'ont pu être réalisées et sont différées (unités d'HC).

### **2.4.2 La création d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ajournée**

Le projet d'établissement approuvé en 1996 prévoyait explicitement la création d'une MAS au sein même du CHP.

La prise en charge des personnes polyhandicapées, déficientes profondes sur le site du CHP a fait l'objet d'une réflexion des instances de l'établissement depuis une quinzaine d'années. En 1988, deux unités du CHP ont été créées (Pervenche, Oiseaux) pour les regrouper en maintenant le lien avec leur secteur d'origine.

Il s'agit d'un projet de nature à soulager les tensions au niveau des besoins de places en hospitalisation.

Cette idée, qui ne s'est pas concrétisée, est de nouveau évoquée dans le document du projet médical 2004-2008 non approuvé notamment dans un chapitre intitulé « Partenariat ». Le projet de création d'une MAS d'une quarantaine de places a donc été modifié puisqu'il s'agit désormais d'une création non pas d'une structure intégrée au sein du CHP mais d'une structure créée dans le cadre d'un partenariat avec l'ADAPEI (qui gère déjà un établissement de ce type).

Il faut noter que les documents de travail rédigés dans le cadre de l'élaboration du volet psychiatrie du SROS évoquent l'idée du développement de structures d'accueil dans le champ médico-social et associatif comme les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés en précisant que ces opérations ne doivent pas se faire au détriment des capacités d'hospitalisation mais au contraire dans la perspective de libérer des lits afin de pallier à leur saturation (document préparatoire du SROS, volet psychiatrie mis à jour le 16/07/04).

L'intérêt du projet de MAS, évoqué dans le projet d'établissement non approuvé du CHP, réside dans la possibilité d'utiliser un terrain dans l'enceinte de l'établissement permettant d'établir des partenariats entre les deux structures. La reprise en hospitalisation des personnes hébergées dans la MAS, en cas de décompensation ou de crise, serait facilitée par cette situation géographique. En outre, ces patients nécessitent une réactualisation périodique de leurs traitements qui justifie un partenariat fort avec les services d'hospitalisation.

Un examen sur dossiers réalisé par le médecin de la mission d'inspection générale portant sur les personnes actuellement hospitalisées au CHP dans les unités de la fédération des soins de réadaptation, de réinsertion et des soins aux polyhandicapés a permis d'établir un profil de pensionnaire de MAS pour 38 d'entre eux.

Les caractéristiques des patients ainsi sélectionnés correspondaient à celles figurant au décret N°7861211 du 26 décembre 1978 définissant les MAS :

- personnes adultes avec un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave,
- ou association de handicaps intellectuels moteurs ou sensoriels rendant incapable de se suffire dans les actes essentiels de la vie courante,
- nécessité d'une surveillance médicale et de soins constants.

L'essentiel des patients bénéficiant dont les dossiers ont été étudiés correspond à des personnes adultes, dont l'âge mental est situé entre 6 mois et 2 ans, n'ayant dans la quasi-totalité des cas pas acquis la parole, soumis à un traitement neuroleptique et un traitement anti comitial lourd.

Huit des 46 dossiers ont été récusés par le médecin de l'IGAS en raison d'un état non stabilisé qui justifiait un maintien en hospitalisation portant les besoins en place de MAS pour ce seul service à 38 places.

Il faut noter que la MAS de l'ADAPEI, qui a une capacité de 67 places, a déjà une liste d'attente pour des indications de placement en MAS portées par la COTOREP de 46 noms (domiciliés dans le département).

La capacité à prévoir pour une future MAS devrait donc largement excéder le chiffre de 38 correspondant aux seuls besoins reconnus au CHP.

**En conclusion**, il peut être admis d'évoluer dans des projets mais il semble que toute la programmation du CHP évolue au fil de l'eau en fonctions des événements.

Le plan directeur souffre d'un manque de lisibilité parce qu'il n'est pas lié à un projet d'établissement affiné. Une politique d'investissement ne se dégage pas.

Par ailleurs la tutelle est contrainte pour chaque projet de solliciter leur traduction financière. Les restructurations se succèdent mais ne sont pas toujours menées à leur terme et les pistes de compensation ne sont pas tenues par l'établissement.

## Troisième partie - Perspectives.

### 3.1 Définir un projet d'établissement

Comme évoqué dans le constat, un projet d'établissement ambitieux et novateur est déjà en gestation.

Concernant l'organisation des soins, la mission ne méconnaît pas le débat sous-jacent. Ce projet devra donc, en premier lieu, être majoritairement partagé. C'est ainsi qu'il trouvera sa conclusion effective par un vote de l'assemblée délibérante qui donnera une assise réglementaire indiscutable à l'organisation de l'hospitalisation, des soins et des prises en charges ambulatoires des patients telle que souhaitée.

Pour ce qui a trait à l'offre de soins, ce projet intégrera la réalisation d'une MAS dont la justification tant sur sa nécessité que sur son dimensionnement a été établie par la mission (Point 2.4.2). S'agissant de la psychiatrie infanto-juvénile une offre adaptée et à l'adresse de l'adolescence, complémentaire à celle spécialisée du Mont Vert (troubles du comportement alimentaire) est également préconisée. Son contenu et cadre d'exercice devront être précisés et soumis à évaluation.

Enfin ce projet devra être complété par des prolongements qui font actuellement défaut notamment économiques et financiers et répondre aux interrogations de l'ARH.

In fine, c'est un immobilier conforme aux standards qualitatifs actuels, opérationnel, fonctionnel et optimisé dans ses coûts d'exploitation qui servira l'offre de soins et autorisera une organisation efficiente.

La démarche d'élaboration du projet d'établissement ne doit pas être reprise à partir de sa phase initiale puisque l'essentiel du travail a déjà été réalisé.

Le projet médical doit, en premier lieu, être précisé.

Il doit distinguer, comme il a été écrit au paragraphe 1.1, une première priorité : la régularisation de l'organisation mise en place en 2003 et les projets nouveaux.

S'agissant de la régularisation de l'organisation de 2003, dont il faut rappeler qu'elle s'inscrit bien dans les évolutions qui commencent à se concrétiser depuis quelques années dans plusieurs établissements psychiatriques, elle doit être menée en concertation avec l'ARH.

En effet, le nouveau découpage des secteurs des pôles Palois et Béarn nécessite d'être régularisé par l'ARH. Cette opération pourrait probablement être intégrée à la démarche d'élaboration des territoires de santé actuellement en cours.

S'agissant des relations entre les responsables des nouveaux secteurs et ceux des pôles transversaux (SAAU, psychogériatrie, réadaptation-réinsertion, médecine polyvalente...), elle

gagnerait à être précisées, soit sous forme de règlement intérieur, soit sous forme de conventions.

En tout état de cause, la mise en place d'un dispositif aussi nouveau nécessite un encadrement précis et écrit afin d'éviter les conflits et les malentendus.

Il serait même opportun de prévoir, dans la phase de consolidation du dispositif, une instance de régulation émanant de la CME mais incluant aussi des représentants de la direction des soins pour accompagner l'appropriation par l'ensemble des professionnels de l'établissement de ses nouvelles modalités de fonctionnement. Cette instance devrait fonctionner selon des règles souples. Son premier rôle serait de constituer un lieu d'évocation des difficultés ou incidents ponctuels, afin d'éviter que les dysfonctionnements mineurs qui accompagnent toujours les évolutions de structures donnent lieu à des inquiétudes, voire à des cristallisations conflictuelles.

La CME devrait, en outre, rester vigilante pendant les deux premières années de la restructuration et en suivre avec précision les éventuelles difficultés afin d'être en mesure de proposer les inflexions du dispositif qui peuvent s'imposer.

Enfin, la régularisation de la situation des praticiens concernés par un changement de limites géographiques de leur secteur d'affectation ou par un changement de leur activité doit être opérée.

Les dispositions de « l'amendement liberté » seront utilement mises à profit pour simplifier cette procédure.

S'agissant de la régularisation de l'organisation des activités des fédérations, elle est expressément prévue par l'article L. 6146-4 du code de la santé publique. L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération doivent être définis par un règlement intérieur arrêté par le conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

En ce qui concerne l'organisation de l'ensemble de l'établissement et de la régularisation des affectations de praticiens hospitaliers, la procédure est définie par l'article L. 6146-8 du code de la santé publique :

« ...le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement dans le respect du projet d'établissement approuvé.

Cette décision est prise à l'initiative du président du C.A., du président de la CME ou du directeur de l'établissement, après avis conforme de la CME siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires. Le CTE est consulté.

Dans ce cas, le C.A. nomme les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées après avis de la CME qui siège en formation restreinte aux praticiens titulaires.... ».

La procédure ainsi décrite comporte donc plusieurs étapes. La première consiste, en accord avec l'ARH, à procéder au redécoupage des secteurs psychiatriques. La deuxième

consiste à faire approuver un projet d'établissement par l'ARH, la troisième à faire procéder à la régularisation par le C.A. des responsables des nouvelles structures de l'établissement.

La prise en compte de l'observation figurant au chapitre « constat » du présent rapport concernant **la distinction nécessaire des deux démarches du projet médical**, celle consistant à consolider l'organisation mise en place en 2003 et celle consistant à tracer les grandes lignes de plusieurs nouveaux projets, faciliterait l'opération.

L'établissement gagnerait, en effet, à séparer ces démarches dont les calendriers d'exécution ne sont pas concomitants : la régularisation des secteurs et de l'organisation de 2003 constitue une priorité à court terme, alors que les projets nouveaux envisagés dans le projet médical de 2003 ne peuvent, pour l'essentiel, faire l'objet d'une concrétisation que dans une période située à moyen terme.

Aussi, l'établissement aurait intérêt à centrer ses propositions dans la nouvelle version de son projet médical sur la déclinaison de son organisation de 2003 et les seuls projets nouveaux dont la réflexion est arrivée à son terme et dont la réalisation apparaît envisageable à court terme : projet de MAS avec perspective d'utilisation d'une partie des lits d'hospitalisation complète ainsi dégagés ; projet d'une structure concernant la prise en charge d'adolescents ; projet concernant l'utilisation des potentiels en lits et locaux de l'établissement « Le Mont Vert »....

Cette observation n'implique pas, de façon drastique, une réduction du nouveau projet d'établissement à ces deux seuls thèmes. En revanche, l'énumération de nouveaux projets pour lesquels une évaluation précise des moyens nécessaires ou des redéploiements envisagés n'ont pas encore été chiffrés, telle qu'elle figure dans le projet de 2003, ne présente pas d'intérêt opérationnel.

### **3.2 Revoir le plan directeur**

Un nouveau plan directeur devra être impérativement élaboré. Les réalisations traduiront bien évidemment le projet d'établissement au regard d'un plan budgétaire crédible.

Le programme pluriannuel d'investissement (PPI) ne manquera pas d'être suivi et le cas échéant mis à jour en fonction des réalités constatées : investissements réalisés ou en cours et situation budgétaire. L'autorité de tutelle devra lors de chaque campagne budgétaire obtenir de l'établissement les explications spécifiques et nécessaires à une approbation fondée des délibérations concernées.

### **3.3 Mobiliser les marges budgétaires et financières**

Si l'établissement peut retrouver de lui-même un équilibre budgétaire annuel, la mission estime que le traitement du déficit cumulé doit faire l'objet d'une négociation particulière avec l'ARH, dans le cadre d'un apurement aidé dans le temps. La trésorerie autorise un étalement.

L'établissement doit mettre un terme dans les meilleurs délais, aux dysfonctionnements réglementaires constatés par la mission et la Chambre Régionale des

comptes notamment au niveau de la direction des ressources humaines : temps de travail, frais de missions...

La perspective relevée d'un flux de départ à la retraite dans des délais rapprochés de 20% de l'effectif, plaide pour une mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) actuellement inexistante. Un réajustement activités/moyens sera pris en compte.

Lors de l'établissement de son projet d'établissement et de son plan directeur le centre hospitalier des Pyrénées devra particulièrement revoir les potentialités de son patrimoine et optimiser une cession d'actifs qui s'impose et ainsi apporter une part d'auto financement significative.

Une évaluation des activités extra-hospitalières et des sites d'intervention devra être opérée dans une perspective d'optimisation de l'utilisation des ressources : restructuration (redéfinition des temps de travail et des lieux...), renégociation des charges locatives notamment avec les collectivités locales...

### **3.4 Repenser le management et repositionner les responsabilités pour promouvoir un fonctionnement institutionnel cohérent**

Le changement de direction préconisé par la mission a été opéré.

Au-delà des personnes, un mode de management devra être développé pour une prise de décision éclairée et partagée à la fois au niveau stratégique et opérationnel.

Le conseil d'administration, la commission d'établissement, les partenaires sociaux et la direction seront placés dans une dynamique de projet institutionnel et de projets professionnels partagés et en synergie.

Chaque instance exerçant pleinement ses responsabilités le centre hospitalier des Pyrénées retrouvera un mode et un dialogue de gestion autorisant son fonctionnement dans le respect de chacune d'entre-elle.

### **3.5 Mettre en place un dispositif sécuritaire crédible**

Compte tenu du nombre de bâtiments à sécuriser, dont beaucoup sont de plein pied et du nombre d'ouvertures qu'ils comportent, la mission considère qu'une sécurisation supplémentaire des fenêtres et des portes n'apporterait qu'un bénéfice illusoire. En outre, une telle mesure serait de nature à compliquer les opérations d'évacuation en cas de sinistre.

Aussi l'amélioration de la sécurisation doit-elle être recherchée au travers de la mise en place simultanée d'un système PTI étendu et d'une équipe d'intervention opérationnelle.

Ce système PTI devra mettre en œuvre des équipements de dernière génération.

Il s'appuiera sur la création d'une équipe d'intervention de préférence interne compte tenu de la spécificité de l'établissement. Celle-ci, bénéficiera d'une formation à la fois soignante et sécuritaire étendue (incendie, premiers secours...) La mise en place de ce dispositif pour couvrir les 12 heures de nuit doit être réalisée dans les plus brefs délais.

Par ailleurs, les travaux de sécurisation des voies de desserte devront être poursuivis.

Fernand LORRANG

Dr. Sylvain PICARD

## **ANNEXES**

## **ANNEXES.**

- Annexe 1** Liste des personnes rencontrées.
- Annexe 2** Plan masse du centre hospitalier des Pyrénées.
- Annexe 3** Carte de la sectorisation psychiatrie infanto-juvénile des Pyrénées Atlantiques.
- Annexe 4** Carte de la sectorisation psychiatrie générale des Pyrénées Atlantiques.
- Annexe 5** Taux d'équipement des secteurs du ressort du centre hospitalier des Pyrénées.
- Annexe 6** Structures et effectifs : fonctionnement des sites.
- Annexe 7** Patients présents les 1<sup>er</sup> et 15 du mois année 2004.
- Annexe 8** Temps de travail au centre hospitalier des Pyrénées.
- Annexe 9** Liste et surfaces des bâtiments.

**Annexe 1**  
**Liste des personnes rencontrées**

## Personnes rencontrées.

### Services de l'Etat :

M. Philippe Grégoire Préfet des Pyrénées Atlantiques.  
M. Alain Garcia. ARH Aquitaine.  
M Bernard Nuytten Secrétaire Général ARH.  
Mme Sabine Laflaquière Chargée de mission ressources humaines.  
M. Jean-Marc Tourancheau. Directeur DDASS.  
Mme Véronique Moreau. Inspectrice Principale. DDASS.  
Mme Véronique Ortet. Inspectrice. DDASS.  
Mme le Docteur Marie-José Abou Saleh Médecin Inspecteur de Santé Publique  
Mme Roselyne Acker Conseillère Technique Régionale en Soins Infirmiers.

### Centre hospitalier des Pyrénées : Conseil d'administration.

M. Pierre Menjuq Président du Conseil d'Administration. Conseiller général.  
M. Jean Arriau Administrateur. Conseiller général.  
M. Jean-Claude Etchepare Administrateur. Représentant des usagers.  
M. Robert Mounet Administrateur. Représentant des usagers.

Docteur Durand, Administrateur. Président de la CME.  
Docteur Godard Administrateur Vice-Président CME.  
Docteur Guillaumot Administrateur.

### Centre hospitalier des Pyrénées : Direction.

M. Jean-Paul Busch Directeur.  
M. Joachim Le Loir DA  
M. Claude Fonquerie DA  
M. Villeneuve DA  
Mme Lucie Mendes DA  
Mme Clara de Bort DA  
M. Serge Foursans Directeur des soins.  
Docteur Dominique Jouhet DIM  
Mme Anne Canton Chef de bureau affaires financières.

### Organisations syndicales.

CFDT :

Alain Noguez .  
Corinne Chevrier  
Jean-Claude Le Pauvre.

CGT :

Conception Gomez.  
Bruno Berette  
Bernard Laulhe.

FO :

Cathi Sanders  
Jean-Raymond Lalanne.  
Gérard Cazaban.

SNP(Psychologues) :

Ariane Comte  
Pierre Biela

Centre Hospitalier Général de PAU.

M. Gauthier Directeur.  
M. Jean DA.  
Docteur Choulot Président CME.  
Docteur Mangon. Services des Urgences.

Chambre régionale des comptes.

M Philippe Leruste Conseiller

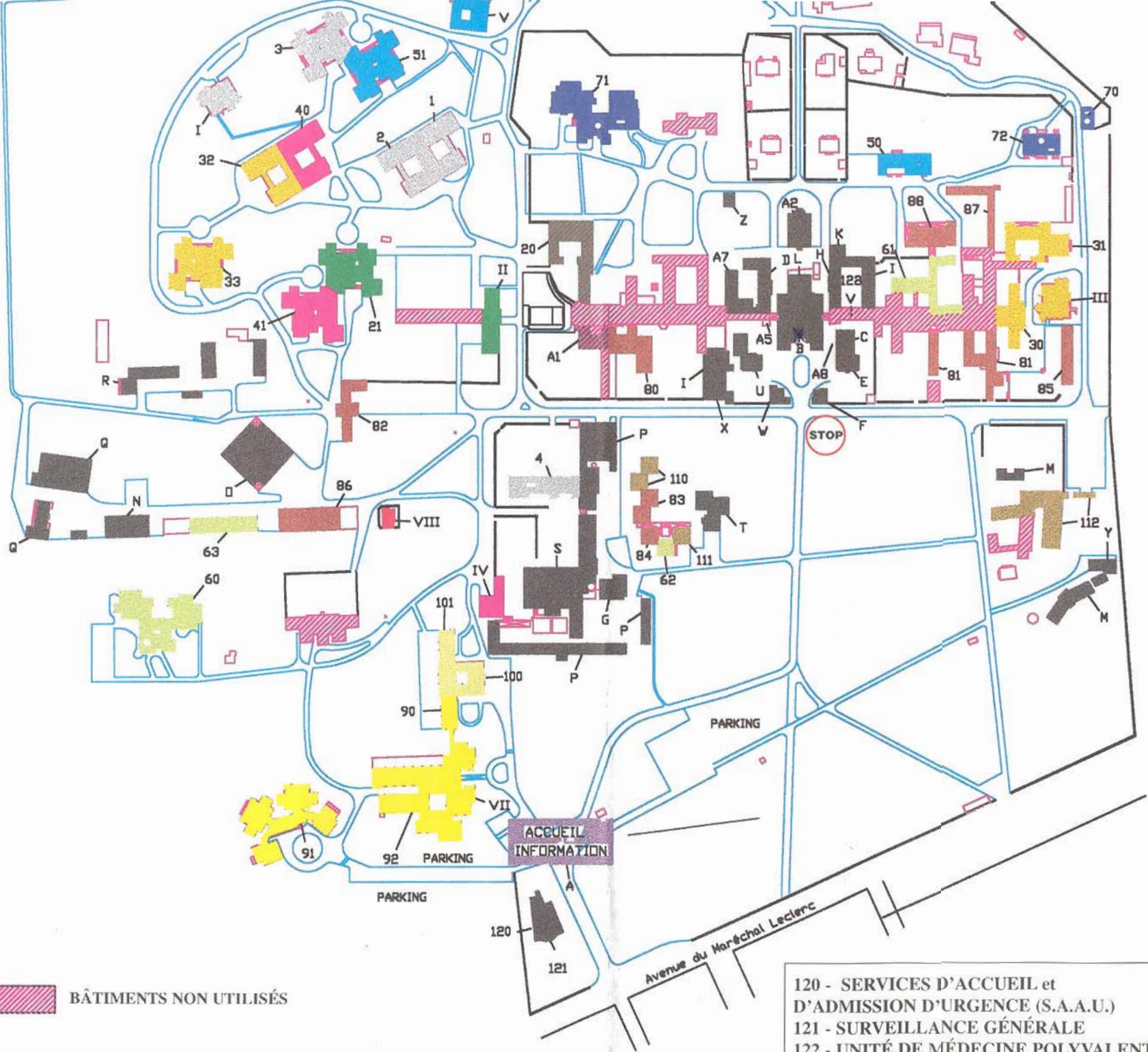
Trésorier.

M Bernard Maillard Trésorier Principal des Hôpitaux.

Personnels autres.

M Mecain Cadre soignant Président AEPS.  
M Illassot Cadre soignant.  
Mselle Sandra Blandie Secrétaire de direction.

**Annexe 2**  
**Plan masse du centre hospitalier des Pyrénées**



 BÂTIMENTS NON UTILISÉS

120 - SERVICES D'ACCUEIL et  
 D'ADMISSION D'URGENCE (S.A.A.U.)  
 121 - SURVEILLANCE GÉNÉRALE  
 122 - UNITÉ DE MÉDECINE POLYVALENTE (U.M.P.)

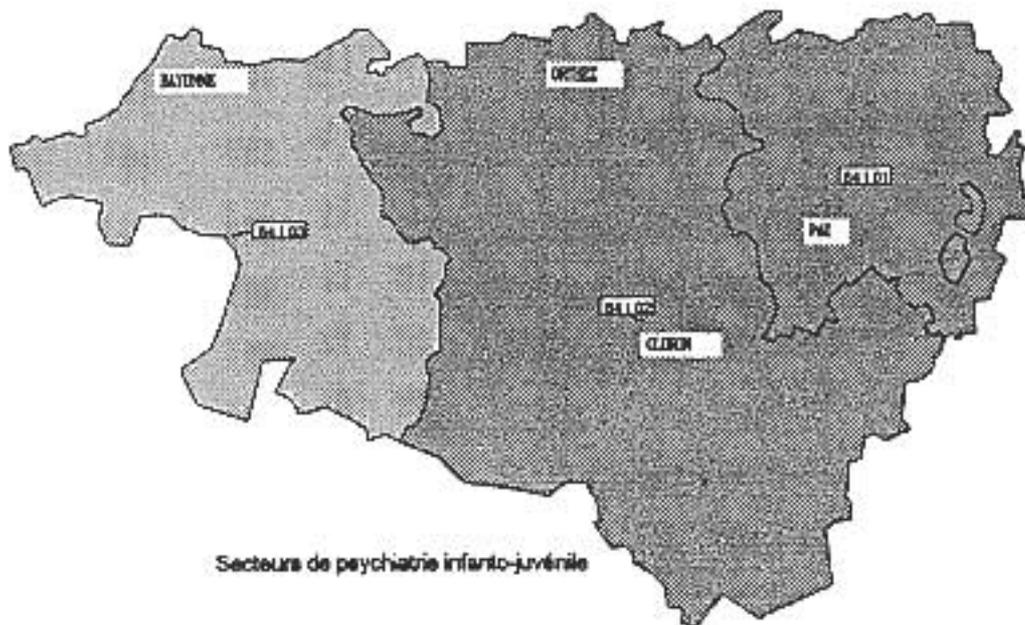
**Annexe 3**  
**Carte de la sectorisation psychiatrie infanto-juvénile des Pyrénées**  
**Atlantiques**

## PYRENEES-ATLANTIQUES

### Etablissements de rattachement

Psychiatrie infanto-juvénile  
CH des Pyrénées. Pau :  
64 1 01 - 64 1 02

CH de Bayonne :  
64 1 03



Découpage sectoriel de Pau :  
64 G 02 : Pau Centre  
64 G 03 : Pau Est-Pau Sud-Pau Nord  
64 G 04 : Pau Ouest  
64 G 05 : une partie Sud de Pau rattachée  
au canton de Jurançon

**Annexe 4**  
**Carte de la sectorisation psychiatrie générale des Pyrénées Atlantiques**

## PYRENEES-ATLANTIQUES

### *Etablissements de rattachement*

*Psychiatrie générale :*

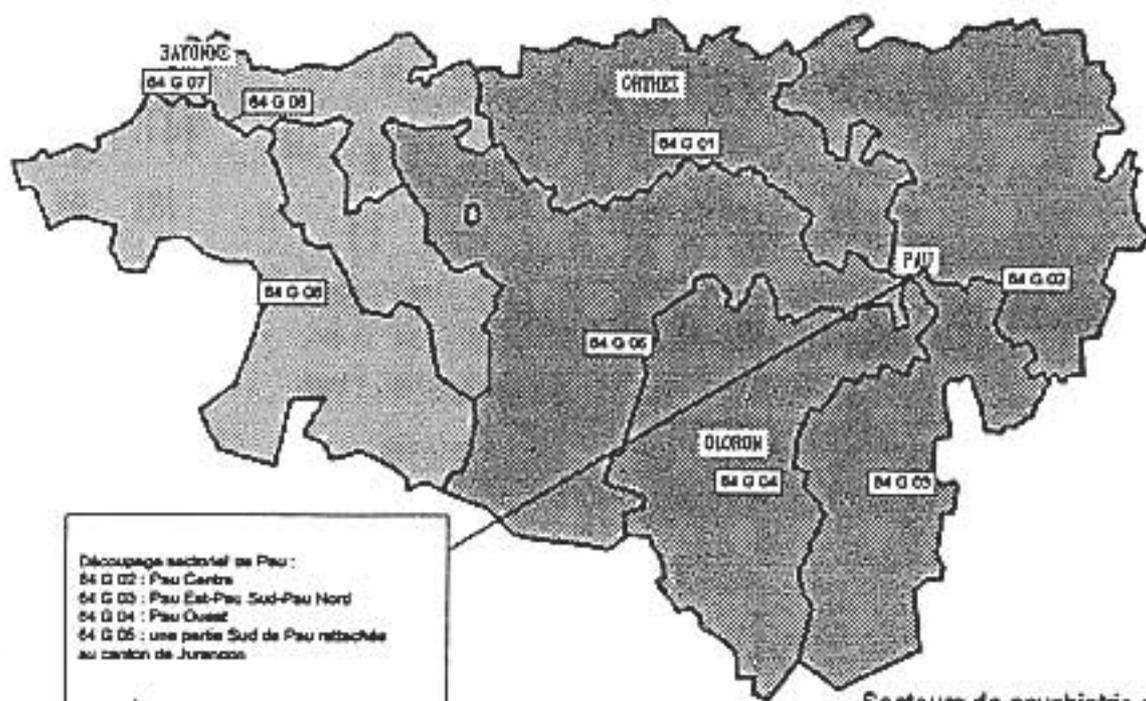
*CH des Pyrénées, Pau :*

64 G 01 - 64 G 02

64 G 03 - 64 G 04 - 64 G 05

*CH de Bayonne :*

64 G 06 - 64 G 07 - 64 G 08



Secteurs de psychiatrie générale

**Annexe 5**  
**Taux d'équipement des secteurs du ressort du centre hospitalier des**  
**Pyrénées**

## TAUX D'EQUIPEMENT

### Indicateurs de population (recensement 1999)

#### Psychiatrie générale

Rattachement au CHP : 360 672 habitants

Secteur G 01 : 85 728 habitants

Secteur G 02 : 83 441 habitants

Secteur G 03 : 68 424 habitants

Secteur G 04 : 61 057 habitants

Secteur G 05 : 62 022 habitants

Rattachement au CHCB : 240 142 habitants

Secteur G 06 : 92 555 habitants

Secteur G 07 : 77 305 habitants

Secteur G 08 : 70 282 habitants

#### Psychiatrie infanto-juvénile

(population de 0 à 16 ans)

Secteur I 01 : 39 051 habitants

Secteur I 02 : 31 851 habitants

Secteur I 03 : 37 207 habitants

### Hospitalisation complète

Structures	Objectif théorique	Autorisations		Lits et places installés	Observations
		Secteur 6	Secteur 7		
Psychiatrie générale					
CHP		339 lits		335 lits (info CHP déc.04)	Pau – EPS
CHCB			129 lits		Bayonne - EPS
Clinique Château de Prévilles		51 lits			Orthez – Ets privé
Clinique Beau Site		40 lits			Gan- Ets privé
CPC ARGIA			25 lits		Cambo - Post-cure mentale Ets privé
MSM Domaine Mirambeau			45 lits		Anglet – Ets privés
Clinique d'Amade			50 lits		Bayonne – Ets privé
Clinique Cantegrit			39 lits		Bayonne- Ets privé
TOTAL		430 lits	288 lits		
Psychiatrie infanto-juvénile					
CHP		8 lits 16 lits		Idem 21 lits	Mont-Vert (post-cure)
CHCB			0		
TOTAL		24 lits	0		

### Alternatives à l'hospitalisation :

Capacité non installée : 16 lits et 4 places de post-cure

Structures	Objectif théorique pour 70 000 habitants (SROS 3 en cours élaboration)	CHP		Observations	CHCB		
		Capacité autorisée	Capacité installée		Objectifs pour le CHP	Capacité autorisée	
Hôpital de jour	20 places	203 lits et places à temps partiel et d'alternatives à l'hospitalisation	141	Obj. théorique : 103 places Obj. théorique : 25 places Obj. théorique : 5 structures	46 places d'hospitalisation incomplète	1 HDJ	
Hôpital de nuit	5 places		19 places				
CATTP – CMP	1 structure		14 structures				
Atelier Thérapeutique	Quelques places						
Accueil familial thérapeutique	Quelques places						
Appartements thérapeutiques	1 place						
Appartements associatifs	1 à 3 places						
Hospitalisation à domicile	Quelques places		0				Projet en gérontopsychiatrie
Psychiatrie infanto-juvénile	Objectif théorique pour 200 000 habitants				Capacité autorisée		
Hôpital de jour	20 places enfants 10 places adolescents	90 lits et places d'hospitalisation à temps partiel et d'alternatives	63 places enfants	Obj. théorique : 36 places Obj. théorique : 18 places Obj. théorique : 2 structures	15 places d'hospitalisation incomplète	2 structures	
CATTP / CMP	1		1 CMP ado 7 CMP enfant				
Accueil familial thérapeutique	2 places						3 places autorisées ne sont pas installées
Hospitalisation à domicile	Quelques places		0				
Hospitalisation mère-enfant	Quelques places		0				

### Effectif des psychiatres libéraux – 1<sup>er</sup> janvier 2003

Source : ADELI

Psychiatrie générale : 62 médecins psychiatre

Béarn : 30 dont 19 à Pau

Pays basque : 32 dont 15 à Bayonne, 6 à Anglet et à Biarritz

Psychiatrie infanto-juvénile : 7 médecins psychiatre

Béarn : 6 dont 4 à Pau

Pays Basque : 1 (Anglet)

**Annexe 6**  
**Structures et effectifs : fonctionnement des sites**

**FONCTIONNEMENT DES SITES (source : données transmises CHP)**

**UNITÉ D'HOSPITALISATION COMPLÈTE**

NOM	RATTACHEMENT	NOMBRE D'ETP	QUALIFICATION
MONTBRETIAS 26 lits	Psychogériatrie	33,5 ETP	Cadre : 1 IDE : 20,5 AS/AMP : 8 ASH : 4
AUBISQUE 15 lits	Psychogériatrie	22,90 ETP	Cadre : 1 IDE : 10,3 AS/AMP : 7,60 ASH : 4
CHENES 22 lits	Pôle Palois	24,20 ETP	Cadre : 1  IDE : 16,20  AS/AMP : 3  ASH : 4
PINS 22 lits	Pôle Palois	22,30 TP	Cadre : 1 IDE : 16,30 AS/AMP : 2 ASH : 3
TILLEULS 20 lits	Pôle Palois	22,40 ETP	Cadre : 1 IDE : 11,80 AS/AMP : 5,80 ASH : 3,80
MARRONNIERS 24 lits	Pôle Béarn	23,30 ETP	Cadre : 1 IDE : 17,50 AS/AMP : 0,80 ASH : 4

SAULES 24 lits	Pôle Béarn	24,20 ETP	Cadre : 1 IDE : 18,20 AS/AMP : 1 ASH : 4
ERABLES 24 lits	Pôle Béarn	24,40 ETP	Cadre : 1 IDE : 17,60 AS/AMP : 1,80 ASHQ : 4
USSI 15 lits	Soins aigus sécurisés	26,80 ETP	Cadre : 1 IDE : 15,80 AS/AMP : 5 ASH : 5
ESA 1 20 lits	Soins aigus sécurisés	30 ETP	Cadre : 1 IDE : 20 AS/AMP : 4 ASH : 5
ESA 2 20 lits	Soins aigus sécurisés	28,40 ETP	Cadre : 1 IDE : 20,4 AS/AMP : 3 ASH : 4
JONQUILLES 30 lits (née du regroupement avec l'unité LAURIERS)	Fédération de Réadaptation / réinsertion	28 ETP	Cadre : 1 IDE : 16,2 AS/AMP : 4,80 ASH : 6
LILAS 18 lits	Fédération de Réadaptation / réinsertion	19,80 ETP	Cadre : 1 IDE : 9,80 AS/AMP : 5 ASH : 4
NAVARRÉ / OISEAUX 16 lits	Fédération de Réadaptation / réinsertion	21,40 ETP	Cadre : 1 IDE : 6,80 AS/AMP : 9,80 ASH : 3,80
PERVENCHES 31 lits	Fédération de Réadaptation / réinsertion	32 ETP	Cadre : 1 IDE : 10 AS/AMP : 15 ASH : 6

MONT-VERT 21 lits	Adolescents	18,08 ETP	Cadre : 1 IDE : 8,5 Psychomotricien : 0,28 Psychologue : 0,55 Assist.soc.éduc : 0,5 Répétiteur : 1,52 Secrét. Méd : 0,50 AS/AMP : 1,24 ASH : 3,99
CAPUCINE 8 lits	Adolescents	18,80 ETP	Cadre : 1 IDE : 14 AS/AMP : 0,80 ASH : 3

Toutes les unités d'hospitalisation complète sont ouvertes 365 jours par an. Pour certaines unités d'hospitalisation compète, il apparaît une activité d'HJ ou d'HN ; des précisions ont été demandées à l'établissement. Il s'agit d'une activité concernant des patients extérieurs. Le CHP a transmis de nouveaux documents concernant les capacités où apparaissent cette fois des places d'HJ ou d'HN mais il n'y a pas de personnel individualisé,...

**TOTAL HC = 17 unités dont 2 pour adolescents**

#### SERVICE D'ACCUEIL ET D'ADMISSION EN URGENCE

Hospitalisation complète 8 lits	28 ETP + 3 PH (pour les 3 unités)	Cadre : 1 IDE : 20 Secrét. Méd. : 3 ASH : 4	TO = 71,8 % + 1433 actes soit 7,83 par jour
CH de Pau	3 ETP	IDE : 2 Psychologue : 1	
UCSA	3 ETP + 0,5 PH	IDE : 2 Psychologue : 1	

**STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION (HDJ)**

NOM	RATTACHEMENT	NOMBRE D'ETP	QUALIFICATIONS	OBSERVATIONS
NIVE 12 places Intra-muros	Adultes Psychogériatrie	4,3 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 3,3 ASH : 0,50	TO = 64 %
EDELWEISS	Psychogériatrie CMP	7,90 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 6,6 ASH : 0,8	3593 actes soit 27,63 par jour
MERMOZ 15 places Pau	Adultes Pôle Palois	6 ETP	Cadre : 1 IDE : 6	TO = 83,8 %
DUPLAA	Pôle Palois CMP	17,90 ETP	Cadre 1 IDE : 14,40 ASH : 2,5	53 séances soit 0,40 par jour 10 383 actes soit 79,86 par jour
CHARMILLES	Pôle Palois CATTP	4,3 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 3,8	2800 séances soit 22,22 par jour 19 actes soit 0,15 par jour
TRAQUET	Pôle Palois CATTP	4,5 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 4 IDE	1421 séances soit 11,36 par jour 269 actes soit 2,15 par jour
BOURG VIEUX 11 places Orthez	Adultes Pôle Béarn Souel + CATTP	5,30 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 4 ASHQ : 0,80	TO = 76,6 % + 864 CATTP
ORTHEZ	CMP	3,5 ETP	0,5 cadre 3 IDE	2006 actes soit 15,43 par jour
GAMBETTA 13 places Oloron	Adultes Pôle Béarn Soule	4,3 ETP	Cadre : 0,3 IDE : 3 ASH : 1	TO = 53 %
OLORON	Pôle Béarn Soule CMP – CATTP	5,3 ETP	Cadre : 0,3 IDE : 5	1006 séances soit 7,73 par jour 3502 actes soit 26,93 par jour

MOURENX 15 places	Adultes Pôle Béarn Soule	4,50 ETP	Cadre : 0,50 IDE : 4	TO = 65 % + 882 CATTTP
MOURENX	Pôle Béarn Soule CMP	3,5 ETP	0,5 cadre 3 IDE	2168 actes soit 16,67 par jour
BILLERE 20 places	Adultes Pôle Béarn Soule + CATTTP	8,50 ETP	Cadre : 1 IDE : 6 Educ. Spé. : 0,5 ASH : 1	TO = 100% + 574 CATTTP
PONTACQ / NAY	Pôle Béarn Soule CMP – CATTTP	6,8 ETP	1 cadre 5,8 infirmiers	521 séances soit 3,64 par jour 2668 actes soit 18,65 par jour
GARLIN / MORLAAS	Pôle Béarn Soule CMP - CATTTP	6 ETP	1 cadre 5 IDE	168 séances soit 1,42 par jour 3644 actes soit 30,8 par jour Ouverture sur Garlin, Morlaas, Lembeye
JURANCON	Pôle Béarn soule CMP - CATTTP	8,2 ETP	1 cadre 6,8 IDE 0,4 ASH	86 séances soit 0,66 par jour 4016 actes soit 30,89 par jour
MAULEON-STPALAIS	Pôle Béarn Soule CMP - CATTTP	5 ETP	1 cadre 4 IDE	164 séances soit 0,90 par jour 2433 actes soit 13,36 par jour
ARUDY	Pôle Béarn Soule CMP - CATTTP	3,4 ETP	Cadre : 0,3 IDE : 3	1736 actes soit 22,25 par jour
CAMELIA 3 places	Fédération de réinsertion /réadaptation	4,5 ETP	IDE : 2 AS/AMP : 2,5	TO = 116 % ?????
TOSQUELLES 52 places	Fédération de réinsertion /réadaptation	16 ETP	Cadre : 1 IDE : 11 ASH : 4	TO = 40 %

BERNADOTTE 19 places	Fédération de Réinsertion / réadaptation Hôpital de nuit	12 ETP	Cadre : 1 IDE : 8 ASH : 3	TO = 71 % Ouvert 365 jours par an 913 séances soit 2,50 par jour 887 actes soit 2,43 par jour
JUSTIN BLANC	Adolescents CMP - CATTTP	3,1 ETP	IDE : 3 ASH : 0,10	64 séances soit 0,71 par jour 1888 actes soit 20,97 par jour
LAVANDES 5 places	Enfants – intra-muros IMPP PAU 33 places réparties en 6 unités et travaillant en complémentarité	5,10 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 3 AS/AMP : 0,5 ASH : 1,1	TO = 101 % Fonctionnement globalisé avec Valérianes
VALERIANES 5 places	IDEM	10,70 ETP	Cadre : 0,50 IDE : 3 Psychomot : 1 Orthophoniste : 1,3 Educ . spé. : 1,3 AS/AMP : 1 ASH : 1,1	TO = 101 % Calculé sur 10 places (Valérianes + Lavandes)
JACINTHES 6 places	IDEM	8,40 ETP	Cadre : 0,50 IDE : 2 Psychomot : 1 Orthophoniste : 1,4 Educ . spé. : 1 Monit. éduc. : 1,5 Educ. Scolaire : 1	TO = 67,8 %
PENSEES 6 places	IDEM	10,60 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 2,80 Psychomot. : 1,05 Orthophoniste : 1,65 Educ. Scolaire : 0,5 AS/AMP : 1 Monit-. Educ. : 0,80 ASH : 1	TO = 168 %

CAMPANULES 5 places	IDEM	9,80 ETP	Cadre : 0,8 IDE : 3 Psychomot. : 0,95 Orthophoniste : 1,0 Educ. Spé. : 0,30 AS/AMP : 1 Monit. Educ. : 1 ASH : 1,2	Activité globalisée avec Gentiane. TO = 114,5 % Calcul sur 11 places
GENTIANES 6 places	IDEM	5,5 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 4 ASH. : 1	Idem
GARLIN / MORLAAS	IMPP PAU CMP	Effectif non précisé		723 séances soit 7,45 par jour 1464 actes soit 15,09 par jour
MAISON VERTE 17 places	Enfants – ORTHEZ IMPP Béarn	7,60 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 4,30 Psychomot. : 0,80 Orthophoniste : 0,20 Educ. Scolaire : 1 ASH : 0,80	TO = 34,7 %
ORTHEZ	CMP IMPP Béarn	3,6 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 1 Psychomotricien : 1 Orthophoniste : 0,6	399 séances 2150 actes soit 19,54 par jours (non tenu compte des permanences pendant les jours de fermeture)
CHATIGNIERE 13 places	Enfants – OLORON IMPP Béarn	8,30 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 5,20 Orthophoniste : 0,20 Psychomot. : 0,70 Monit. Educ : 0,80 ASH : 0,90	TO = 48 %

BIDOS	CMP IMPP Béarn	4,2 ETP	Cadre : 0,5 IDE : 2 Psychomotricien : 1,6 ASH : 0,1	402 séances 2831 actes soit 25,73 par jour
NAY + ARUDY	CMP IMPP Béarn	3 ETP	IDE : 1,3 Psychomotricien : 2,1 Orthophoniste : 0,8	362 séances 2907 actes soit 26, 42 par jour
MAULEON + SAINT PALAIS	CMP IMPP Béarn	1 ETP	Psychomotricien : 1	86 séances 1190 actes soit 10, 81 actes

Le calcul du taux d'occupation ou de l'activité s'effectue sur les journées mobilisables (nombre de jours d'ouverture de la structure).

**Annexe 7**  
**Patients présents les 1<sup>er</sup> et 15 du mois année 2004**

				LV = Lits Vacants											
Pôle	code UF	UF	Lits	Janvier				Février				Mars			
				1	LV	15	LV	1	LV	15	LV	1	LV	15	LV
SAAU	9011	SAAU	8	5	3	7	1	5	3	8	0	8	0	5	3
DSAS	9411	Lauriers HC	20	15	5	19	1	17	3	18	2	18	2	18	1
	9431	Lauriers HN		0		0		0		0		0		1	
	9412	Platanes HC	20	19	1	21	-1	20	-1	20	0	20	-1	18	2
	9432	Platanes HN		0		0		1		0		1		0	
	9413	Iraty HC	20	15	5	14	6	14	6	13	7	14	6	13	7
	9433	Iraty HN		0		0		0		0		0		0	
PsyG	9111	Montbretias	26	25	1	24	2	26	0	25	1	25	1	19	7
	9112	Aubisque	15	15	0	14	1	15	0	15	0	14	1	11	4
Pôle Palois	9215	Chênes HC	20	14	6	20	0	19	1	17	2	15	2	17	2
	9235	Chênes HN		0		0		0		1		3		1	
	9216	Pins HC	24	23	1	23	0	24	0	22	1	21	1	24	0
	9236	Pins HN		0		1		0		1		2		0	
	9217	Tilleuls HC	19	16	2	16	2	18	0	19	-1	18	0	18	-1
	9237	Tilleuls HN		1		1		1		1		1		2	
Pôle Béarn Sc	9310	Marronniers HC	24	18	5	26	-2	22	2	21	3	24	0	22	2
	9330	Marronniers HN		1		0		0		0		0		0	
	9311	Saules HC	24	21	3	22	2	21	3	18	6	24	0	22	2
	9331	Saules HN		0		0		0		0		0		0	
	9312	Erables HC	24	18	6	24	0	23	1	23	1	24	0	21	3
	9332	Erables HN		0		0		0		0		0		0	
FRR	9816	Lilas HC	19	14	5	18	1	18	1	18	1	19	0	18	1
	9836	Lilas HN		0		0		0		0		0		0	
	9812	Jonquilles HC	19	14	4	15	3	17	1	16	2	17	1	18	1
	9832	Jonquilles HN		1		1		1		1		1		0	
	9815	Ossau HC	19	19	0	18	0	18	1	19	0	18	0	17	1
	9835	Ossau HN		0		1		0		0		1		1	
	9818	Oiseaux HC	16	16	0	15	1	16	0	16	0	16	0	16	0
	9819	Pervenches1 HC	15	16	-1	15	0	15	0	15	0	16	-1	16	-1
	9823	Pervenches2 HC	15	14	1	14	1	14	1	14	1	14	1	14	1
	9839	Pervenches HN		0		0		0		0		0		0	
Ados	9543	Capucines HC	8	1	7	5	2	7	1	6	2	6	2	5	1
	9545	Capucines HN		0		1		0		0		0		2	
	9551	Mont Vert HC	20	4	15	15	4	17	3	11	9	16	3	14	5
	9553	Mont Vert HN		1		1		0		0		1		1	
			<b>375</b>	<b>306</b>	<b>69</b>	<b>351</b>	<b>24</b>	<b>349</b>	<b>26</b>	<b>338</b>	<b>37</b>	<b>357</b>	<b>18</b>	<b>334</b>	<b>41</b>

				LV = Lits Vacants				Avril				Mai				Juin			
Pôle	code UF	UF	Lits	1	LV	15	LV	1	LV	15	LV	1	LV	15	LV				
SAAU	9011	SAAU	8	7	1	6	2	6	2	6	2	5	3	6	2				
DSAS	9411	Lauriers HC	20	19	1	18	2	16	4	17	3	17	3	18	2				
	9431	Lauriers HN		0		0		0		0		0		0					
	9412	Platanes HC	20	16	3	16	4	19	0	18	2	21	-1	20	-1				
	9432	Platanes HN		1		0		1		0		0		1					
	9413	Iraty HC	20	12	8	12	8	12	8	12	8	13	7	13	7				
	9433	Iraty HN		0		0		0		0		0		0					
PsyG	9111	Montbretias	26	17	9	23	3	26	0	26	0	26	0	23	3				
	9112	Aubisque	15	7	8	12	3	14	1	15	0	14	1	12	3				
Pôle Palois	9215	Chênes HC	20	20	-1	19	0	19	1	18	1	19	0	18	0				
	9235	Chênes HN		1		1		0		1		1		2					
	9216	Pins HC	24	21	2	18	3	13	9	17	7	21	2	20	1				
	9236	Pins HN		1		3		2		0		1		3					
	9217	Tilleuls HC	19	19	-1	19	-1	15	3	17	1	20	-1	18	0				
	9237	Tilleuls HN		1		1		1		1		0		1					
Pôle Béarn Sc	9310	Marronniers HC	24	23	1	21	2	19	5	19	5	23	1	19	4				
	9330	Marronniers HN		0		1		0		0		0		1					
	9311	Saules HC	24	20	3	21	3	13	11	14	9	21	3	23	1				
	9331	Saules HN		1		0		0		1		0		0					
	9312	Erables HC	24	24	0	22	2	18	6	15	9	23	1	22	2				
	9332	Erables HN		0		0		0		0		0		0					
FRR	9816	Lilas HC	19	19	0	19	0	18	1	19	0	18	1	19	0				
	9836	Lilas HN		0		0		0		0		0		0					
	9812	Jonquilles HC	19	18	0	18	1	17	1	17	0	17	0	17	1				
	9832	Jonquilles HN		1		0		1		2		2		1					
	9815	Ossau HC	19	16	1	14	4	14	4	16	2	17	0	18	0				
	9835	Ossau HN		2		1		1		1		2		1					
	9818	Oiseaux HC	16	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0				
	9819	Pervenches1 HC	15	15	0	15	0	16	-1	15	0	15	0	16	-1				
	9823	Pervenches2 HC	15	14	1	14	1	13	2	15	0	14	1	14	1				
	9839	Pervenches HN		0		0		0		0		0		0					
Ados	9543	Capucines HC	8	8	0	7	1	4	4	7	1	7	0	7	1				
	9545	Capucines HN		0		0		0		0		1		0					
	9551	Mont Vert HC	20	16	3	3	17	9	10	8	11	13	6	13	7				
	9553	Mont Vert HN		1		0		1		1		1		0					
<b>375</b>				<b>336</b>	<b>39</b>	<b>320</b>	<b>55</b>	<b>304</b>	<b>71</b>	<b>314</b>	<b>61</b>	<b>348</b>	<b>27</b>	<b>342</b>	<b>33</b>				

Pôle	code UF	UF	Lits	Juillet				Août				Septembre			
				1	LV	15	LV	1	LV	15	LV	1	LV	15	LV
SAAU	9011	SAAU	8	6	2	7	1	5	3	4	4	5	8	7	1
DSAS	9411	Lauriers HC	20	19	1	19	1	18	2	19	1	18	2	19	1
	9431	Lauriers HN		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	9412	ESA 1 HC	20	18	2	17	2	17	3	19	1	17	3	19	1
	9432	ESA 1 HN		0		1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	9413	Iraty HC	20	13	7	13	7	13	7	13	7	13	7	0	20
	9433	Iraty HN		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	9414	USSI	15											9	6
PsyG	9111	Montbretias	26	23	3	22	4	25	1	23	3	25	1	22	4
	9112	Aubisque	15	13	2	11	4	14	1	13	2	14	1	12	3
Pôle Palois	9215	Chênes HC	22	19	2	21	1	22	0	20	2	21	0	21	0
	9235	Chênes HN		1		0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	9216	Pins HC	22	18	-1	20	0	20	0	19	1	20	2	22	0
	9236	Pins HN		5		2	2	2	2	2	0	0	0	0	
	9217	Tilleuls HC	19	19	0	19	0	18	1	19	0	16	2	17	0
	9237	Tilleuls HN		0		0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Pôle Béarn Sc	9310	Marronniers HC	24	24	-1	24	0	19	5	18	6	24	0	23	1
	9330	Marronniers HN		1		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	9311	Saules HC	24	24	0	23	1	20	4	20	4	20	4	22	2
	9331	Saules HN		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	9312	Erables HC	24	24	0	24	0	20	4	22	2	24	0	24	0
	9332	Erables HN		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FRR	9816	Lilas HC	19	19	0	18	1	18	1	18	1	19	0	19	0
	9836	Lilas HN		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	9812	Jonquilles HC	19	18	1	17	1	18	0	18	1	18	1	17	1
	9832	Jonquilles HN		0		1	1	1	0	0	0	0	0	1	
	9815	Ossau HC	19	18	0	16	1	17	1	14	4				
	9835	Ossau HN		1		2	1	1	1						
	9818	Oiseaux HC	16	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0
	9819	Pervenches1 HC	15	14	1	15	0	14	1	14	1	15	0	15	0
	9823	Pervenches2 HC	15	13	2	14	1	15	0	15	0	14	1	13	2
9839	Pervenches HN		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ados	9543	Capucines HC	8	6	1	3	4	6	2	8	0	4	3	6	0
	9545	Capucines HN		1		1	0	0	0	0	0	1	0	2	
	9551	Mont Vert HC	20	9	11	4	16	0	20	0	20	12	8	13	7
	9553	Mont Vert HN		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			390	342	33	330	45	319	56	315	60	318	43	322	49

Pôle	code UF	UF	Lits	Octobre				Novembre				Décembre			
				1	LV	15	LV	1	LV	15	LV	1	LV	15	LV
SAAU	9011	SAAU	8	3	5	7	1	5	3	4	4	6	2	7	1
DSAS	9411	ESA 2 HC	20	19	1	18	2	21	-2	19	0	20	-1	18	1
	9431	ESA 2 HN		0		0		1		1		1		1	
	9412	ESA 1 HC	20	17	3	18	2	20	0	19	1	19	0	20	0
	9432	ESA 1 HN		0		0		0		0		1		0	
	9413	Iraty HC	20	0	20										
	9433	Iraty HN		0											
PsyG	9414	USSI	15	11	4	14	1	13	2	12	3	11	4	9	6
	9111	Montbretias	26	23	3	25	1	20	6	24	2	25	1	24	2
	9112	Aubisque	15	13	2	15	0	13	2	15	0	14	1	15	0
Pôle Palois	9215	Chênes HC	22	19	3	19	2	19	2	18	2	21	-1	21	-1
	9235	Chênes HN		0		1		1		2		2		2	
	9216	Pins HC	22	21	1	21	1	20	2	19	2	20	1	21	0
	9236	Pins HN		0		0		0		1		1		1	
	9217	Tilleuls HC	19	18	-1	18	-1	18	0	17	0	16	1	18	-1
	9237	Tilleuls HN		2		2		1		2		2		2	
Pôle Béarn Sc	9310	Marronniers HC	24	17	7	20	4	22	2	22	0	23	0	22	0
	9330	Marronniers HN		0		0		0		2		1		2	
	9311	Saules HC	24	15	9	20	4	22	2	24	-1	24	0	24	0
	9331	Saules HN		0		0		0		1		0		0	
	9312	Erables HC	24	22	2	21	3	23	1	23	1	24	0	23	1
	9332	Erables HN		0		0		0		0		0		0	
FRR	9816	Lilas HC	19	18	1	18	1	19	0	19	0	18	1	17	2
	9836	Lilas HN		0		0		0		0		0		0	
	9812	Jonquilles HC	26	17	8	20	5	27	-1	27	-1	27	-2	29	-3
	9832	Jonquilles HN		1		1		0		0		1		0	
	9815	Ossau HC													
	9835	Ossau HN													
	9818	Oiseaux HC	16	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0
	9819	Pervenches1 HC	15	15	0	15	0	15	0	15	0	15	0	15	0
	9823	Pervenches2 HC	15	13	2	14	1	14	1	14	1	14	1	13	2
9839	Pervenches HN		0		0		0		0		0		0		
Ados	9543	Capucines HC	8	5	3	7	1	7	1	7	0	7	0	7	1
	9545	Capucines HN		0		0		0		1		1		0	
	9551	Mont Vert HC	20	16	4	16	4	16	4	18	2	18	2	18	2
	9553	Mont Vert HN		0		0		0		0		0		0	
			378	301	77	326	32	333	25	342	16	348	10	345	13

**Annexe 8**  
**Temps du travail au centre hospitalier des Pyrénées**

# **Temps de travail.**

## **1-Rappel des textes réglementaires**

### ➤ Textes

- Décret n° 2002-9 du 04 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2002-8 du 04 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents de la FPH.

### ➤ Décret n° 2002 - 9 du 4 janvier 2002

- Durée annuelle du temps de travail des agents à repos **variable** :
  - ⇒ ≥ 10 DJF = 1554 h/an/agent
  - ⇒ ≥ 20 DJF = 1540 h/an/agent
- Durée annuelle du temps de travail des agents à repos **fixe** : 1568 h/an/agent.
- Durée annuelle du temps de travail de nuit = 1440 h/an/agent.

➤ De ces données réglementaires pour des personnels travaillant alternativement en cycles Jour/ Après midi/Nuit, on peut déduire que le temps de travail annuel dû au CHP est égal à 1516 heures. (1554h + 1554h+1440h/3)

## **2- Caractéristiques de la mise en œuvre des 35 heures au CH des Pyrénées.**

### 2.1. Durée hebdomadaire de travail

- Variable de 35 h à 40h.

### 2.2. Durée quotidienne de travail

- Durée maximum de 9 h par jour.
- Pas d'agent exclusivement de nuit (durée du travail de 9h30 par nuit).  
Il n'y a donc pas de modification de la Durée Annuelle de Temps de Travail selon le travail de jour ou de nuit.  
En revanche, principe de récupération de 1h30 par nuit effectuée
- Roulement unique : 4 jours de travail - 2 repos (matin, après-midi, nuit).

### 2.3. Temps de repas

- Le temps de repas est considéré comme du temps de travail effectif pour l'ensemble des catégories de personnel (administratif, technique et soignant).
- Sachant que les agents administratifs, techniques, médico techniques, socio éducatifs et les soignants à repos fixe ne devraient pas bénéficier de ce temps, cela représente :  
½ heure X 611.55 agents en repos fixe X 192 jours de travail par an

Soit : 58 708 h / 1568h = 37.44 postes

## ⑤ Particularités

- 1 jour de congé est accordé aux récipiendaires de la médaille du travail
- 1 jour de congé est accordé pour 3 dons de sang/an (cela concerne environ 10% des agents).

### 2.4. Temps d'habillage

- Le temps consacré à l'habillage et au déshabillage est considéré comme du temps de travail effectif pour toutes les catégories de personnels.
- Forfaitisé à 32 h de récupération annuelle, soit 4 jours par an par agent. Ce temps est proportionnel à la quotité de temps de travail.

Sachant que les agents à repos fixe ne devraient pas bénéficier de ce temps, cela représente : 32h par an X 611.5 agents = 19 569 h/an, Soit 12.48 postes

AGENTS A REPOS VARIABLE	AGENTS A REPOS FIXE
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cycle de 6 jours</li> <li>. Alternance de 4 jours de travail + 2 repos/matin, après midi, nuit</li> <li>. 1 week-end toutes les 7 semaines</li> <li>.Durée annuelle du temps de travail à temps plein <u>1488 h/an</u></li> <li>. Nombre de jours de travail/an = 186 jours</li> <li>. Durée journalière de travail = 8 h</li> <li>. Repos variable dès 10 DJF travaillés - pas de distinction avec 20 DJF</li> <li>. Les agents à repos variable représentent 42.84% des effectifs soit <u>458.39 agents</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cycle de 7 jours (5 jours et 2 repos week-end)</li> <li>. Durée annuelle de temps de travail à temps plein</li> <li style="padding-left: 40px;">8 h/ jour      9 h/jour</li> <li style="padding-left: 40px;"><u>1536 h</u>      <u>1548 h</u></li> <li>. Nombre de jours de travail/an</li> <li style="padding-left: 40px;">8 h/ jour      9 h/jour</li> <li style="padding-left: 40px;">192 j      172 j</li> <li>. Les agents à repos fixe représentent 57.15 % des effectifs soit <u>611.5 agents</u></li> </ul>

Particularités :

- 1 jour de congé est accordé aux récipiendaires de la médaille du travail
- 1 jour de congé est accordé pour 3 dons de sang/an (cela concerne environ 10% des agents).

**Annexe 9**  
**Liste et surfaces des bâtiments**

**Superficie des Bâtiments du Centre Hospitalier des Pyrénées**

Page 1	<b>Superficie des Unités de soins du Centre Hospitalier des Pyrénées</b>	<b>28317,00 .m2</b>
Page 2	<b>Superficie des Bâtiments administratif et généraux du Centre Hospitalier des Pyrénées</b>	<b>19152,00 .m2</b>
Page 3	<b>Superficie des Locaux Désaffectés du Centre Hospitalier des Pyrénées</b>	<b>13012,00 .m2</b>

---

<b>Total Surface Plancher Centre Hospitalier Pyrénées</b>	<b>60481,00 .m2</b>
---	---------------------

## Superficie des Unités de soins du Centre Hospitalier des Pyrénées

Bâtiments	Sous-sols	Rez de chaus.	1er Etage	2ème Etage	Total/m2	Toitures
<b>Fédération réadaptation réinsertion et Polyhandicapés.</b>						
Les Lauriers	*	820	*	*	820,00	Terass.
Les Jonquilles	*	820	*	*	820,00	Tradi.
Les Iris	*	450	*	*	450,00	Tradi.
Les Pervenches	*	1366	*	*	1366,00	Tradi.Terass.
Les lilas	*	870	*	*	870,00	Tradi.
Acacias + cgm	*	972	*	*	972,00	Tradi.
Le Module	*	135	*	*	135,00	Tradi.
Navarre	*	473	*	*	473,00	Tradi.
Ergo Encadrement	*	125	*	*	125,00	Tradi.
Ergo Forge	*	604	*	*	604,00	Tradi.
Ergo Menuiserie	*	250	*	*	250,00	Tradi.
Salon Coiffure	*	125	*	*	125,00	Tradi.
Cafétéria	*	125	*	*	125,00	Tradi.
Boutique	*	125	*	*	125,00	Tradi.
Vannerie	*	225	*	*	225,00	Tradi.
<b>Pôle Soins Aigus Sécurisés</b>						
CGM 2	*	469	469	*	938,00	Terass.
Iraty – ESA2	*	650	388	*	1038,00	Terass.
Ussi	*	1000	*	*	1000,00	Terass.
Esa 1	*	1125	*	*	1125,00	Terass.
CGM -SAS	*	300	*	*	300,00	Terass.
<b>Pôle Béarn Soule</b>						
Les Marronniers	*	1000	*	*	1000,00	Tradi.
Les Saules	*	1000	*	*	1000,00	Tradi.
Les Erables	*	1000	*	*	1000,00	Tradi.
CGM 1	*	450	*	*	450,00	Tradi.
CGM 5	*	440	*	*	440,00	Tradi.
<b>Fédération Pôle Pálois</b>						
Les Pins	*	1000	*	*	1000,00	Tradi.
Les Tilleuls	*	400	325	*	725,00	Tradi.
Les Charmilles	*	623	*	*	623,00	Tradi.
cgm Pôle Pálois(Lourdios-rdc)	*	402	*	*	402,00	Tradi.
Les Chênes	*	1000	*	*	1000,00	Tradi.
Psychologues(cgm-4)	*	300	*	*	300,00	Tradi.
<b>Fédération-Enfants-Adolescents</b>						
Le Village	*	1485	*	*	1485,00	Tradi.
les Bleuets	*	250	*	*	250,00	Tradi.
Les Clématites	*	2350	*	*	2350,00	Tradi.
Les Capucines	*	580	*	*	580,00	Tradi.
Bearn Soule	*	95	*	*	95,00	Tradi.
<b>Département de Psychogériatrie</b>						
Nive	*	300	*	*	300,00	Tradi.
Montbretias	*	1386	*	*	1386,00	Tradi.
Aubisque	*	955	*	*	955,00	Tradi.
Edelweis	*	114	*	*	114,00	Tradi.
Beaumont	*	451	*	*	451,00	Tradi.
<b>Urgence</b>						
Saau	*	445	*	*	445,00	Tradi.
Surveillance Générale	*	*	80	*	80,00	Tradi.

Total bâtiment des soins

28317,00

**Superficie des Bâtiments administratif et généraux du Centre Hospitalier des Pyrénées**

**Bâtiments      Sous-sols      Rez de chaus.      1er Etage      2ème Etage      Total/m2**

**Divers Bâtiments**

Accueil		45			<b>45,00</b>
Centre-Aéré	*	289	*	*	<b>289</b>
Garage	*	1082	*	*	<b>1082</b>
Appart. Trésorerie	*	280	*	*	<b>280</b>
Syndicats	*	*	260	*	<b>260</b>
Cuisines	*	1100	*	*	<b>1100</b>
Chaufferie	*	426	*	*	<b>426</b>
Local Désinfection	*	145	*	*	<b>145</b>
Garages Individuels	*	205	*	*	<b>205</b>
Lingerie	*	1375	*	*	<b>1375</b>
Incinérateur	*	200	*	*	<b>200</b>
Ateliers	*	785	*	*	<b>785</b>
Magasins Techniques	*	175	*	*	<b>175</b>
Boulangerie	*	136	*	*	<b>136</b>
Services Techniques	*	144	186	*	<b>330</b>
Parc et Jardins(Bur.)	*	367	*	*	<b>367</b>
Parc et Jardins(garage)	*	480	*	*	<b>480</b>
Ancein Local Maçons	*	126	126	*	<b>252</b>
Self Restaurant	*	465	*	*	<b>465</b>
Local Kiné	*	180	*	*	<b>180</b>
A-E-P-S	*	200	*	*	<b>200</b>
Salle Théâtre	*	260	*	*	<b>260</b>
Morgue		63			<b>63</b>
Chapelle		345	40		<b>385</b>
A-D-B	*	188	*	*	<b>188</b>
Bloc-Médical	*	588	588	*	<b>1176</b>
Cifis	*	302	*	*	<b>302</b>
Sport / Piscine	*	820	*	*	<b>820</b>
Direction	*	1190	841	*	<b>2031</b>
Magasin Eco	*	180	600	*	<b>780</b>
Service Economique		122	158	158	<b>438</b>
Direction Clientèle	40	113	*	*	<b>153</b>
Direction des Soins	*	*	173	*	<b>173</b>
Direction Qualité	40	92	*		<b>132</b>
Pharmacie	*	260	*	*	<b>260</b>
DRH	*	515	515	*	<b>1030</b>
Salle de Formation	*	125	*	*	<b>125</b>
Trésorerie	*	440	*	*	<b>440</b>
Local Vente CE	*	375	*	*	<b>375</b>
Comité social	*	38	*	*	<b>38</b>
Cifis	*	303	*	*	<b>303</b>
Archives	*	273	*	*	<b>273</b>
Internat	*	235	395	*	<b>630</b>

**Total divers bâtiment Administratifs**

**19152,00**

**Superficie des Locaux Désaffectés du Centre Hospitalier des Pyrénées**

**Bâtiments      Sous-sols      Rez de chaus.      1er Etage      2ème Etage      Total/m2**

**Bâtiments Désaffectés**

Oiseaux	*	521	521	*	<b>1042</b>
Ergotérapie lavage	*	429	*	*	<b>429</b>
Tamaris	*	402	329	140	<b>871</b>
Dahlias	*	854	368	169	<b>1391</b>
Glycines	*	500	360	255	<b>1115</b>
Acacias Etage	*	*	329	140	<b>469</b>
Glaieuls	*	560	372	*	<b>932</b>
Ayous	*	500	360	255	<b>1115</b>
Muguets	*	430	329	140	<b>899</b>
Les Hortentias	*	365	325	*	<b>690</b>
Lourdios	*	*	329	140	<b>469,00</b>
Ossau	*	486	296	*	<b>782,00</b>
Beaumont	*	*	451		<b>451,00</b>
Navarre	*	*	550	*	<b>550,00</b>
Les Platanes	*	715	343	*	<b>1058,00</b>
Ergo Reliure	*	265	*	*	<b>265</b>
Les Charmilles	*	*	484	*	<b>484,00</b>
<b>Total Anciens bâtiments</b>					<b>13012,00</b>

**Réponse complémentaire du centre hospitalier des Pyrénées à Pau  
dans le cadre de la procédure contradictoire**

CENTRE HOSPITALIER DES PYRENEES  
29 Avenue du Gal Leclerc  
64039 PAU  
Tél. 05.59.80.93.93

PAU, Le 14/04/05

-----  
Docteur J. DURAND  
Président de la CME

*Commentaires et observations concernant le rapport de la  
Mission IGAS sur la situation et centre hospitalier des Pyrénées.*

*Ce rapport nous semble dessiner de manière objective la situation de l'hôpital au moment de l'enquête. L'évolution actuelle si elle n'a pas permis de dessiner à ce jour des tendances fortes en terme de projet et d'évolution, a porté sur la mise à plat de l'ensemble des données, notamment sur une mise à jour du tableau des effectifs qui en constitue un préalable essentiel. La volonté des acteurs de parvenir à une résolution de la crise semble maintenant plus affirmée.*

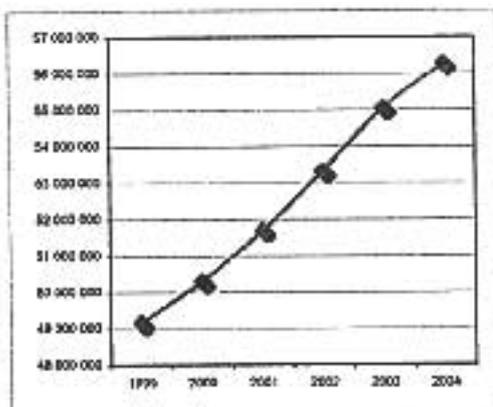
*« Nul ne connaît de vent favorable s'il ne sait vers quel port il se dirige. » Les traductions de Sénèque sont diverses mais nous rappellent que notre premier devoir est de définir très clairement un consensus autour d'un projet médical qui permette d'articuler de façon efficace l'ensemble de ses composantes. Nous avons clairement conscience de cette responsabilité de laquelle découle l'architecture du projet d'établissement et avons à cœur de la faire aboutir conscient de l'aide qui nous a été apportée*

*Dr Jacques DURAND*

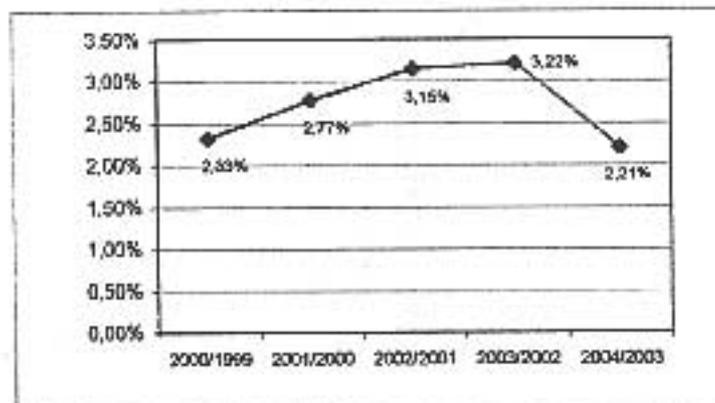
**Annexes à la réponse complémentaire du centre hospitalier des  
Pyrénées à Pau dans le cadre de la procédure contradictoire**

## ANNEXE 1

## EVOLUTION DES DEPENSES TOTALES D'EXPLOITATION DE 1999 A 2004



Graph 1 : Evolution en valeurs

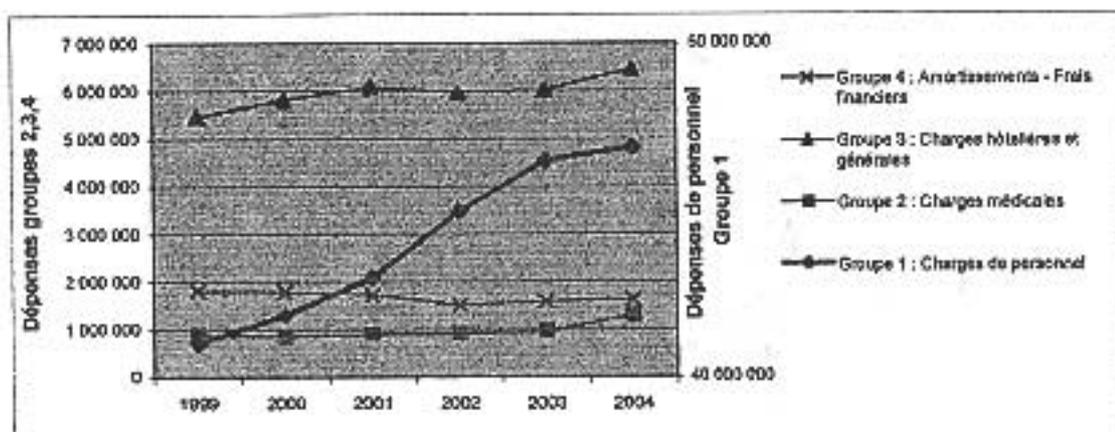


Graph 2 : Evolution en pourcentages

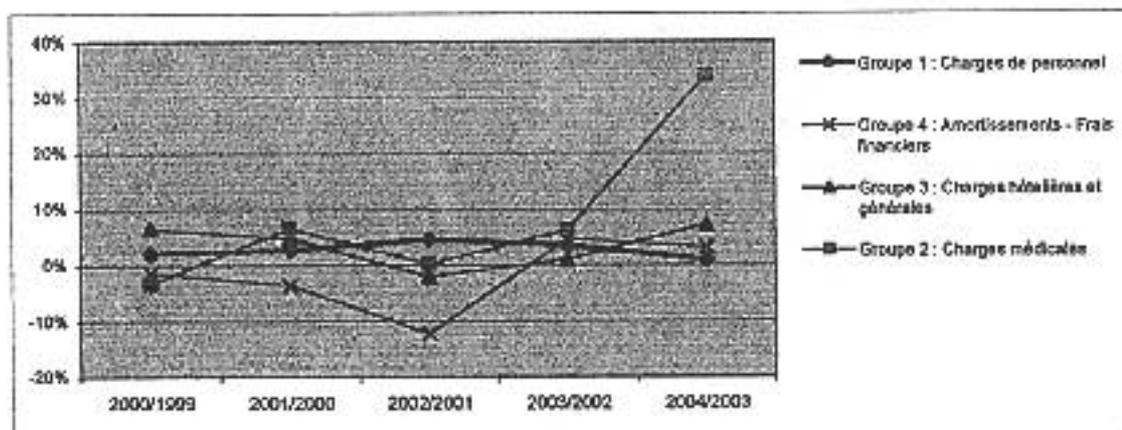
Sources : Comptes financiers de 1999 à 2003 et estimations du compte financier 2004 arrêtées en avril 2005.

La poursuite de l'analyse des dépenses d'exploitation par l'étude de l'évolution comparée (en valeurs et en pourcentages) des groupes de dépenses (1 à 4) de 1999 à 2004 permet de dégager les points que les efforts futurs de l'établissement devront cibler.

## EVOLUTION COMPAREE DES GROUPES DE DEPENSES D'EXPLOITATION DE 1999 A 2004



Graph 3 : Evolution en valeurs

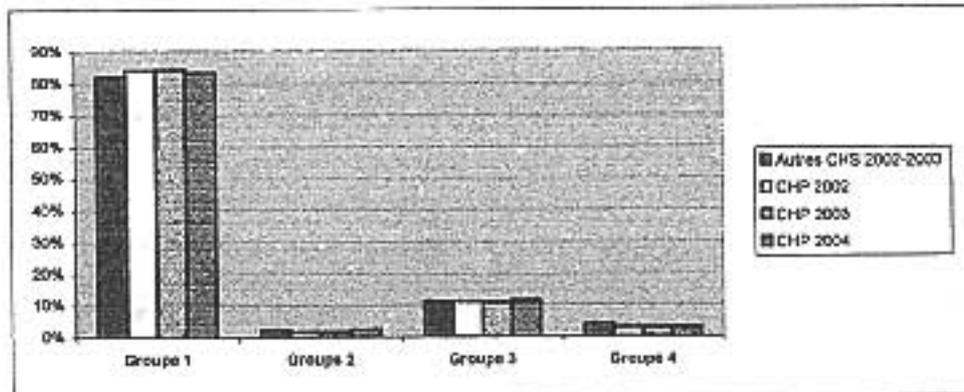


Graph 4 : Evolution en pourcentages

Sources : Comptes financiers de 1999 à 2003 et estimations du compte financier 2004 arrêtées en avril 2005.

## Annexe 2

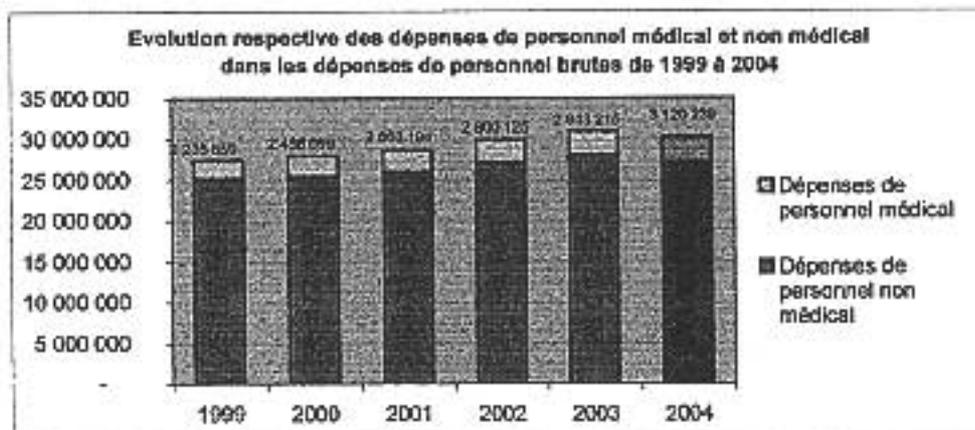
## STRUCTURE BUDGETAIRE : POIDS DES GROUPES DE DEPENSES DANS LE BUDGET TOTAL



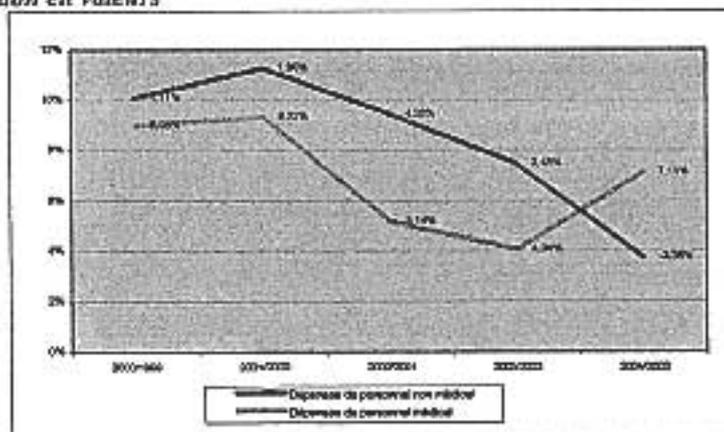
Graph 5

## Annexe 3

## EVOLUTION DES DEPENSES BRUTES DE PERSONNEL DE 1999 A 2004



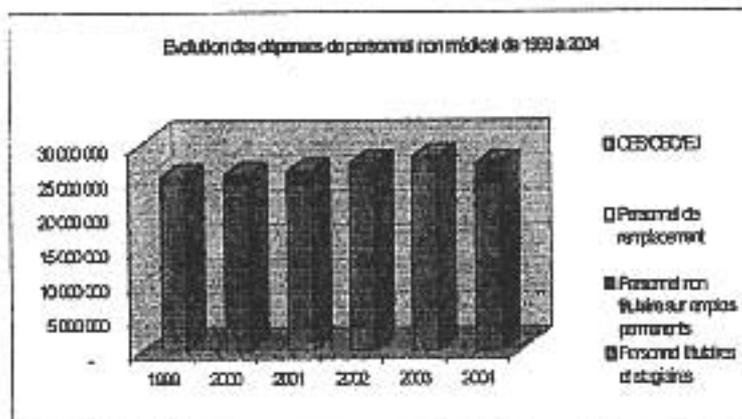
Graph 6 : Evolution en valeurs



Graph 7 : Evolution en pourcentages

Sources : Comptes financiers de 1999 à 2003 et estimations du compte financier 2004 arrêtées en avril 2005.

## Annexe 4



Graph 8