



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES

(Département des Bouches-du-Rhône)

Exercices 2019 et suivants

**Destiné à recevoir la réponse des personnes destinataires,
le présent document est confidentiel.**

AVANT-PROPOS

Le présent rapport d'observations définitives, une fois délibéré, est adressé aux représentants légaux des collectivités ou organismes contrôlés afin qu'ils apportent, s'ils le souhaitent, une réponse qui a vocation à l'accompagner lorsqu'il sera rendu public. C'est un document confidentiel réservé aux seuls destinataires, qui conserve un caractère confidentiel jusqu'à l'achèvement de la procédure contradictoire. Sa divulgation est donc interdite, conformément à l'article L. 241-4 du code des juridictions financières.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----------|
| TABLE DES MATIÈRES | 3 |
| SYNTHÈSE..... | 5 |
| RECOMMANDATIONS..... | 6 |
| INTRODUCTION..... | 7 |
| 1 PRÉSENTATION | 7 |
| 2 UN ENVIRONNEMENT FAIBLEMENT CONCURRENTIEL..... | 8 |
| 2.1 Le troisième établissement public de santé du département | 8 |
| 2.2 Un positionnement favorable dans sa zone d'attractivité..... | 10 |
| 3 UNE ORGANISATION INTERNE A METTRE EN CONFORMITÉ AVEC LA RÉGLEMENTATION | 11 |
| 3.1 La gouvernance interne | 12 |
| 3.1.1 Un fonctionnement du directoire non conforme à la réglementation..... | 13 |
| 3.1.2 Une absence de contrats de pôle depuis 2021 | 14 |
| 3.1.3 Un circuit des projets qui n'intègre pas l'évaluation de leur réalisation | 15 |
| 3.2 Des pratiques locales irrégulières en matière de gestion des ressources humaines..... | 16 |
| 3.2.1 Les irrégularités affectant la gestion du personnel médical | 16 |
| 3.2.2 Les irrégularités concernant la gestion du personnel non médical..... | 22 |
| 4 UNE ACTIVITÉ EN PROGRESSION, DES INDICATEURS DIFFICILEMENT EXPLOITABLES | 26 |
| 4.1 Une évolution du nombre de lits et places principalement en chirurgie | 26 |
| 4.2 Une progression globale de l'activité..... | 27 |
| 4.2.1 Une activité d'hospitalisation en progression | 27 |
| 4.2.2 L'activité de la filière « personnes âgées » en progression après la crise sanitaire..... | 28 |
| 4.2.3 Une activité d'urgence soutenue | 29 |
| 4.2.4 Des consultations externes en progression..... | 30 |
| 4.3 Des indicateurs de performance de l'activité inexploitable..... | 31 |
| 4.3.1 Les taux d'occupation | 31 |
| 4.3.2 Les durées moyennes de séjour..... | 34 |
| 5 UN DÉFICIT STRUCTUREL MALGRÉ UNE ACTIVITÉ DYNAMIQUE..... | 35 |
| 5.1 Des modalités de provisionnement irrégulières | 35 |
| 5.2 Des déficits importants et récurrents hors crise sanitaire | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3 Des indicateurs financiers dégradés | 38 |
| 5.3.1 Une marge brute faible voire négative | 38 |
| 5.3.2 Une capacité d'autofinancement qui ne permet pas de rembourser la dette ni de financer l'investissement | 39 |
| 5.4 Une forte augmentation des charges depuis 2019 | 40 |
| 5.4.1 Les charges de personnel (titre 1) ont augmenté d'un tiers en quatre ans | 41 |
| 5.4.2 Les charges à caractère médical (titre 2) ont fortement progressé | 43 |
| 5.4.3 Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) | 44 |
| 5.4.4 Les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles (titre 4) | 45 |
| 5.7 Une absence de mesures pour restaurer l'équilibre budgétaire | 60 |
| 5.7.1 Des EPRD et PGFP approuvés par l'ARS malgré des motifs de refus | 60 |
| 5.7.2 Un contrat de retour à l'équilibre non renouvelé en dépit d'objectifs non atteints | 60 |
| 5.7.3 Un contrat d'assainissement de la situation financière assorti d'objectifs peu contraignants pour l'établissement | 61 |
| 6 UNE STRATÉGIE INSUFFISAMMENT FORMALISÉE, UN PROJET IMMOBILIER NON SOUTENABLE FINANCIÈREMENT | 63 |
| 6.1 Un projet d'établissement incomplet | 63 |
| 6.2 Un schéma directeur immobilier décorrélé du projet d'établissement, non soutenable financièrement | 65 |
| 6.2.1 Un premier projet de schéma directeur immobilier (SDI) à 40 M€ en 2019 | 66 |
| 6.2.2 Un projet retenu dans le cadre du Ségur de la Santé à 50 M€ en 2021 | 66 |
| 6.2.3 Des versions successives en 2022 entre 215 et 315 M€ | 67 |
| 6.2.4 En 2024, 60 M€ pour la première étape du projet concernant le site principal | 68 |
| ANNEXES | 71 |
| Annexe n° 1. Comparaison des IP-DMS du CH de Martigues avec ceux des établissements de même typologie | 72 |
| Annexe n° 2. Montants des aides déduites dans le calcul du taux de marge brute | 73 |
| Annexe n° 3. Motifs de refus de l'EPRD et du PGFP | 74 |
| Annexe n° 4. Estimation financière du schéma directeur immobilier (octobre 2022) | 76 |

SYNTHÈSE

Situé à l'ouest du département des Bouches-du-Rhône, le centre hospitalier de Martigues est le troisième établissement public de santé du département. Il est membre du groupement hospitalier de territoire des hôpitaux de Provence.

L'établissement compte près de 600 lits et places qui lui permettent de proposer une offre de soins diversifiée (médecine, chirurgie, obstétrique, soins médicaux de réadaptation, psychiatrie, hébergement de personnes âgées dépendantes et soins de longue durée). Il assure, par ailleurs, la direction de quatre établissements dans le cadre d'une direction commune.

L'activité est en progression dans un environnement faiblement concurrentiel. Durant la crise sanitaire, elle n'a que peu faibli.

À l'instar des autres établissements de santé, le centre hospitalier de Martigues a bénéficié d'aides durant la période de crise sanitaire pour pallier la baisse d'activité et financer les différentes mesures salariales adoptées, notamment dans le cadre des accords dits « Ségur de la santé ».

L'amélioration de la situation financière n'a cependant été que ponctuelle et l'établissement a renoué avec des résultats déficitaires importants dès la fin de la crise en raison d'une forte dynamique de ses charges. Celles-ci intègrent des montants irrégulièrement versés, des avantages irrégulièrement octroyés au personnel médical et non médical. En 2023, le déficit du budget principal atteignait 6 millions d'euros (M€) pour 158 M€ de produits.

Le caractère structurel du déficit explique le faible montant des investissements réalisés ces dernières années. L'établissement ne disposant d'aucune épargne pour investir, il a limité les dépenses aux ressources externes disponibles, soit les subventions qui lui étaient accordées et le montant des emprunts qu'il pouvait souscrire. Ses sites principaux se caractérisent aujourd'hui par un niveau de vétusté élevé et une inadaptation aux attentes actuelles des usagers d'un établissement de santé en matière de confort hôtelier.

Dans l'objectif de sa restructuration, le centre hospitalier a élaboré plusieurs projets de schéma directeur immobilier dont les contours et les montants ont fortement varié dans le temps, sans lien avec le projet d'établissement qui doit pourtant structurer la stratégie de tout centre hospitalier.

Certains de ces projets ont été présentés à l'agence régionale de santé, deux ont été soumis au comité régional de l'investissement, en 2020 et fin 2024. Cette dernière version, encore non validée, est séquencée en plusieurs phases. La première correspond à des travaux d'un montant de 60 millions d'euros (M€) toutes taxes comprises. Même en retenant l'hypothèse d'une aide nationale à hauteur de 28 M€ et de subventions des collectivités territoriales de 10 M€ (non obtenues à la fin de l'année 2024), complétées par un emprunt de 22 M€, cette première étape n'apparaît pas soutenable sur le plan financier. Tous les indicateurs aujourd'hui dégradés se détérioreraient davantage. Le montant du plan d'efficience évoqué par l'établissement pour retrouver l'équilibre est à ce jour de 14 M€. Celui-ci demeure à construire et à mettre en œuvre.

RECOMMANDATIONS

La chambre formule quatre recommandations :

Recommandation n° 1. : Réunir le directoire conformément à la fréquence prévue par l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique.

Recommandation n° 2. : Mettre en œuvre la contractualisation avec les pôles en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

Recommandation n° 3. : Mettre fin aux pratiques irrégulières concernant la gestion du personnel médical et non médical.

Recommandation n° 4. : Respecter les dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique en matière de périodicité et de périmètre du projet d'établissement.

INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur a inscrit à son programme 2024 le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Martigues pour les exercices 2019 et suivants.

Le contrôle a été ouvert par lettres du 30 octobre 2024 de la présidente de la chambre adressées à Monsieur Loïc Mondoloni, directeur de l'établissement, ordonnateur en fonctions ainsi qu'à ses prédécesseurs, Messieurs Barthélémy Mayol et Pascal Rio.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé à Monsieur Mondoloni, directeur en fonctions, qui en a accusé réception le 31 mars 2025. Par courriers du même jour, Messieurs Mayol et Rio ont été destinataires des parties concernant leur gestion en leur qualité d'anciens ordonnateurs. Des extraits du rapport ont été transmis aux personnes explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses dont elle a été destinataire, la chambre a arrêté, le 6 juin 2025, les observations définitives ci-après qui portent principalement sur la gouvernance, les irrégularités concernant la gestion des ressources humaines, l'activité, la situation financière et le projet immobilier.

1 PRÉSENTATION

Avec plus de deux millions d'habitants, le département des Bouches-du-Rhône est le plus peuplé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (40 % de la population régionale), il occupe le troisième rang des départements de France¹ par ordre décroissant pour la population.

Avec 48 600 habitants², la commune de Martigues s'inscrit au quatrième rang par la population dans le département après Marseille, Aix-en-Provence et Arles. Il existe dans le département des Bouches-du-Rhône une offre de soins importante mais inégalement répartie.

Sur le territoire de vie-santé³ de Martigues, la densité de l'offre de soins libérale est inférieure à celle du département.

Dans le domaine hospitalier, dans la plupart des disciplines, le taux d'équipement du territoire est supérieur à celui du département.

¹ Données de l'Insee, évolution et structure de la population en 2021.

² Données de l'Insee, évolution et structure de la population en 2021.

³ Le « territoire de vie-santé » est un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants. Le territoire de vie-santé est l'unité géographique de référence utilisée dans les politiques incitatives à l'installation en zone sous-dense.

Tableau n° 1 : Offre de soins hospitalière (lits et places) – Taux d'équipement pour 10 000 habitants

| | Territoire de vie – santé de Martigues | Bouches-du-Rhône | Écart en valeur | Écart en % |
|---|--|------------------|-----------------|------------|
| <i>Médecine - Hospitalisation complète (HC)</i> | 33 | 18,6 | 14,4 | 77 % |
| <i>Médecine - Alternatives à l'HC*</i> | 4,7 | 2,5 | 2,2 | 88 % |
| <i>Chirurgie - HC</i> | 11,8 | 10,5 | 1,3 | 12 % |
| <i>Chirurgie - Alternatives à l'HC</i> | 6,4 | 4,1 | 2,3 | 56 % |
| <i>Gynécologie-Obstétrique - HC</i> | 32,2 | 11,8 | 20,4 | 173 % |
| <i>Gynécologie-Obstétrique - Alternatives à l'HC</i> | 1 | 0,8 | 0,2 | 25 % |
| <i>Soins de suite et réadaptation - HC</i> | 25,4 | 20,4 | 5 | 25 % |
| <i>Soins de suite et réadaptation - Alternatives à l'HC</i> | 2,1 | 3 | -0,9 | - 30 % |
| <i>Soins de longue durée</i> | 55,7 | 31,6 | 24,1 | 76 % |
| <i>Psychiatrie infanto-juvénile - HC</i> | 0 | 1,5 | -1,5 | - 100 % |
| <i>Psychiatrie infanto-juvénile - Alternatives à l'HC</i> | 9,9 | 6,5 | 3,4 | 52 % |
| <i>Psychiatrie générale - HC</i> | 19,5 | 11,7 | 7,8 | 67 % |
| <i>Psychiatrie générale - Alternatives à l'HC</i> | 11,7 | 4 | 7,7 | 193 % |

* prises en charge ambulatoires.

Source : DREES, SAE, 2022.

2 UN ENVIRONNEMENT FAIBLEMENT CONCURRENTIEL

2.1 Le troisième établissement public de santé du département

Le centre hospitalier de Martigues est le troisième établissement public de santé du département des Bouches-du-Rhône après l'assistance publique hôpitaux de Marseille (AP-HM) et le centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis. Il reste sensiblement inférieur en taille à ces deux établissements⁴. À l'ouest du département, deux autres centres hospitaliers proposent une offre de soins : les centres hospitaliers de Salon-de-Provence et d'Arles, à environ 45 minutes de route.

⁴ L'AP-HM compte 3 400 lits, le centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis, plus de 800 lits et places.

L'établissement est implanté sur deux sites principaux : l'hôpital des Rayettes, construit en 1974, pour les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de dialyse⁵, les plateaux techniques et logistiques et l'hôpital du Vallon, construit en 1979, distant de quelques centaines de mètres, pour les soins de suite, la gérontologie et la psychiatrie (le centre hospitalier de Martigues gère trois secteurs de psychiatrie adulte⁶ et un secteur de pédopsychiatrie).

Une vingtaine de structures extrahospitalières⁷ de psychiatrie complètent ce dispositif de soins : des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des hôpitaux de jour pour adultes et pour enfants.

L'établissement gère également un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Il assure, par ailleurs, la gestion d'un institut de formation des aides-soignants et infirmiers.

En 2024, le centre hospitalier de Martigues comptait près de 600 lits et places, six salles de bloc opératoire, un équipement d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et deux scanners.

L'établissement est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) des hôpitaux de Provence⁸ depuis la création de celui-ci en 2016. Le GHT réunit, autour de l'AP-HM, treize établissements publics de santé et l'hôpital d'instruction des armées Laveran en qualité d'établissement associé. Le centre hospitalier de Martigues, qui représente un peu plus de 6 % des lits et places du groupement, développe ses projets médicaux en cohérence avec le projet médico-soignant du GHT (demande d'autorisation d'activité soumise au comité stratégique du GHT avant dépôt auprès de l'agence régionale de santé (ARS), partage des projets de partenariat au sein du GHT, structuration de parcours de soins principalement avec l'AP-HM).

En 2019, une direction commune a été constituée entre le centre hospitalier de Martigues et l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Cardalines » d'Istres. En 2022, la direction commune s'est élargie à l'EHPAD des Magnolias situé à Port-Saint-Louis-du-Rhône et au centre médico psychopédagogique (CMPP) « Les heures claires » d'Istres. En 2023, elle a intégré l'EHPAD « Le Félibrige » de Marignane.

⁵ Centre de dialyse et unité de dialyse médicalisée.

⁶ Les secteurs n° 23, 24 et 25.

⁷ Structures situées à Martigues, Istres, Marignane, Fos-sur-Mer, Port-de-Bouc, Port-Saint-Louis-du-Rhône.

⁸ L'assistance publique - Hôpitaux de Marseille (établissement support), le centre gérontologique départemental, le centre hospitalier (CH) Louis Brunet d'Allauch, le CH Edmond Garcin d'Aubagne, le CH de la Ciotat, le CH de Martigues, le CH de Salon-de-Provence, le CH intercommunal Aix-Pertuis, le CH Edouard Toulouse, le CH Montperrin, le CH Valvert, le CH Joseph Imbert d'Arles, les hôpitaux des portes de Camargue. Le GHT représentait 9 490 lits et places en 2017.

2.2 Un positionnement favorable dans sa zone d'attractivité

Le territoire de santé couvert par le centre hospitalier de Martigues s'étend sur un bassin de population de 230 000 habitants qui comprend notamment, au-delà de Martigues, les communes de Port-de-Bouc, Fos-sur-Mer, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Istres, Saint-Mitre-les-Remparts, Châteauneuf-les-Martigues, Marignane et la Côte Bleue.

Trois cliniques sont implantées sur ce territoire de santé à Martigues⁹, Marignane¹⁰ et Istres¹¹. La concurrence du secteur privé n'est cependant pas prégnante comme l'illustre l'évolution des parts de marché de l'établissement.

La part de marché du centre hospitalier en médecine est ainsi passée de 44,6 % en 2019 à 48 % en 2022. En hospitalisation complète de chirurgie, la progression est encore plus soutenue puisque la part de marché a atteint 39,4 % en 2022 contre 31,8 % en 2019. En chirurgie ambulatoire, sur la même période, la part de marché de l'établissement est passée de 13,4 % à 14,1 %. Enfin, sa part de marché en obstétrique est élevée et stable (80,7 % en 2022, 81,1 % en 2019).

Tableau n° 2 : Parts de marché du CH de Martigues sur sa zone d'attractivité (en %)

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022* | 2022-2019 |
|---|------|------|------|-------|-----------|
| <i>Médecine</i> | 44,6 | 46,6 | 47,5 | 48 | 3,4 |
| <i>Chirurgie (hospitalisation complète)</i> | 31,8 | 35,3 | 37,9 | 39,4 | 7,6 |
| <i>Obstétrique</i> | 81,1 | 79,9 | 80,1 | 80,7 | - 0,4 |
| <i>Chirurgie ambulatoire</i> | 13,4 | 12,9 | 12,4 | 14,1 | 0,7 |
| <i>Hospitalisation en cancérologie (hors séances)</i> | 35,1 | 34,2 | 35 | 36,4 | 1,3 |
| <i>Séances de chimiothérapie</i> | 41 | 38,3 | 40,1 | 38,1 | - 2,9 |

* Dernière année disponible.

Source : Hospidiag.

Les établissements privés présents sur le territoire voient globalement leurs parts de marché diminuer. En 2022¹², la part de marché de la clinique de Martigues était de 9,6 % en médecine (en baisse), de 11,9 % en hospitalisation complète de chirurgie (en progression) et de 26 % en chirurgie ambulatoire (en baisse). La clinique d'Istres et celle de Marignane détenaient des parts de marché inférieures à celles de la clinique de Martigues.

⁹ 92 lits répartis en quatre services : ambulatoire, chirurgie, surveillance continue, médecine.

¹⁰ Un service d'urgences, un service de chirurgie générale, un service de médecine, un service de médecine de semaine, une unité de surveillance continue, une unité de soins intensifs en cardiologie et un service de chirurgie ambulatoire.

¹¹ Capacité de 78 lits et places répartis en cinq services : urgences, médecine, hôpital de jour, hospitalisation à domicile, soins médicaux et réadaptation.

¹² Données Hospidiag 2022, dernière année disponible.

En obstétrique, la deuxième part de marché sur la zone d'attractivité de l'établissement est détenue par la clinique de Vitrolles (4,1 % en 2022) qui ne propose toutefois pas les mêmes types de prise en charge. La maternité de la clinique de Vitrolles est de type 1 (sans service de néonatalogie), celle du centre hospitalier de Martigues de type 2 b (dotée d'un service de néonatalogie avec des lits de soins intensifs).

En psychiatrie, l'établissement se trouve en situation de monopole.

En gériatrie, avec un service de court séjour gériatrique, un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) relevant du centre hospitalier de Martigues, trois EHPAD en direction commune (à Istres, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Marignane) et une unité de soins de longue durée, le centre hospitalier propose une offre de soins et d'hébergement importante, complétée par différents dispositifs de coordination, dont une équipe mobile extrahospitalière, un service de soins infirmiers à domicile et, depuis 2023, un centre de ressources territorial¹³ labellisé.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Martigues est le troisième établissement public de santé après l'assistance publique hôpitaux de Marseille et le centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis.

En 2024, le centre hospitalier est en direction commune avec quatre autres structures dont trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'établissement propose une offre de soins étoffée dans un environnement peu concurrentiel comme l'illustrent ses importantes parts de marché sur sa zone d'attractivité.

3 UNE ORGANISATION INTERNE A METTRE EN CONFORMITÉ AVEC LA RÉGLEMENTATION

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi « Ma Santé 2022 »¹⁴, la mission conduite par le Professeur Claris a rendu en juin 2020 un rapport sur la gouvernance et la simplification hospitalières. Les recommandations formulées par la mission ainsi que les conséquences de la crise sanitaire sur les organisations des établissements de santé, se sont traduites par différentes évolutions législatives et réglementaires.

¹³ La mission des centres de ressources territoriaux comporte deux modalités d'intervention : une mission d'appui aux professionnels du territoire et une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD, arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

¹⁴ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Certaines mesures ont donné lieu à la conclusion « d'accords » visant à reconnaître l'engagement des professionnels des établissements de santé. Ces accords dits du « Ségur de la santé » ont été signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre des solidarités et de la santé et une majorité d'organisations syndicales. Le Ségur de la santé comprend quatre piliers¹⁵ auxquels s'est ajouté un cinquième dédié au numérique en santé en 2021.

Une circulaire du 6 août 2021¹⁶ est venue préciser les modalités de mise en œuvre du troisième pilier du Ségur de la santé en présentant notamment les bonnes pratiques à mettre en œuvre en matière de gouvernance institutionnelle.

3.1 La gouvernance interne

La gouvernance interne des établissements publics de santé repose sur différentes instances, dont le conseil de surveillance, en charge des sujets les plus stratégiques, et le directoire qui a deux grandes missions : d'une part, approuver le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et préparer sur cette base le projet d'établissement et d'autre part, conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Le directeur préside l'instance, le président de la commission médicale d'établissement (CME) en assure la vice-présidence.

Le directoire

Le directoire est une instance à dominante médicale. Il comprenait initialement¹⁷ sept membres dans les centres hospitaliers. Depuis 2021¹⁸, il en comprend neuf. Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner, au plus, trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent aux séances du directoire avec voix consultative (article L. 6143-7-5 du code de la santé publique).

L'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2010) dispose que le directoire doit se réunir au moins huit fois par an.

¹⁵ 1- transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ; 2- définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins ; 3- simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé ; 4- fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

¹⁶ Circulaire n° DGOS/Cabinet/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Professeur Olivier CLARIS.

¹⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁸ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

L'ordonnance du 17 mars 2021 a prévu la signature d'une charte de gouvernance entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement, à compter du 1^{er} janvier 2022¹⁹. Celle-ci a été conclue en octobre 2022 au centre hospitalier de Martigues.

3.1.1 Un fonctionnement du directoire non conforme à la réglementation

La circulaire du 6 août 2021 précitée engageait les établissements de santé à une large concertation interne. Il s'agissait notamment de lancer une réflexion pour simplifier les modalités de fonctionnement au sein de chaque établissement, s'interroger sur son organisation et ses instances, améliorer le management et la gouvernance, formaliser un certain nombre de ces éléments dans le projet de management participatif et de gouvernance et mettre en œuvre ces évolutions du fonctionnement interne.

L'établissement a élaboré un projet de gouvernance et de management participatif en mars 2022. Celui-ci a prévu quatre réunions par an pour le directoire, soit deux fois moins que prévu par la réglementation.

Le même projet créait, par ailleurs, un directoire élargi (dit « directoire projets ») non prévu par les textes qui devait se réunir mensuellement pour évaluer, faciliter la concertation et arbitrer sur les projets proposés par les équipes médico-soignantes de l'établissement. Il était composé :

- de l'ensemble des membres du directoire ;
- de l'ensemble des chefs de pôles de l'établissement ;
- de l'ensemble des membres de l'équipe de direction ;
- du responsable du projet médical du GHT ;
- du président du conseil de bloc.

Le directoire élargi a été supprimé en 2023, en raison de son caractère peu opérationnel et d'une certaine confusion entre les deux directoires.

¹⁹ L'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique dispose qu'une charte de gouvernance prévoit notamment :

« 1° Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;

2° Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles ;

3° Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions. ».

En octobre 2023, un comité stratégique interne était créé, en réponse à la crise institutionnelle qu'avait connu l'établissement au cours de l'été 2023. Il réunissait les chefs de pôles et l'équipe de direction, co-présidé par le directeur et le président de la CME. Ce comité avait vocation à être une instance de réflexion et de renforcement de la cohésion de la gouvernance. Il s'est réuni de novembre 2023 à novembre 2024 et a notamment eu à traiter du schéma directeur immobilier. Il a été fusionné avec le directoire en 2024 afin de ne pas multiplier les instances de décision et en prenant en compte un nombre de réunions du directoire conforme à la réglementation à compter du 1^{er} janvier 2025. Le comité stratégique comprenait 14 membres de droit²⁰.

Il convient que l'établissement se conforme à la réglementation en matière de fonctionnement du directoire (composition et nombre de réunions annuelles).

3.1.2 Une absence de contrats de pôle depuis 2021

L'article L. 6146-1 du code de la santé publique dispose que le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Cette obligation a été introduite dans le code de la santé publique en 2005²¹ (à l'article L. 6145-16 alors en vigueur). L'article R. 6146-8 du même code précise les domaines devant être traités dans le cadre du contrat de pôle.

Quatre pôles cliniques et un pôle management existaient en 2019 au sein de l'établissement. Les quatre pôles cliniques, dont les contrats s'étaient achevés en 2016, avaient signé en 2018 des « contrats intermédiaires » prolongés par voie d'avenant en janvier 2019 pour couvrir la période 2019-2023. Aucun contrat, et donc aucun avenant, n'avait été signé avec le pôle management.

En octobre 2021, six mois après l'arrivée du nouveau chef d'établissement, une nouvelle organisation en six pôles a été définie²². Aucun contrat n'a été signé avec ces pôles. Seule une feuille de route a été établie par le directeur et le président de la CME pour chaque chef de pôle traitant du management et du pilotage, de l'organisation et de la gestion des projets, dont le suivi a été assuré lors du dialogue de gestion et des réunions mensuelles du comité stratégique de l'établissement.

En 2022, le projet de gouvernance et de management participatif faisait état de la nécessité de revoir les contrats de pôles et de les adapter à la nouvelle gouvernance. Il prévoyait la mise à disposition de chaque pôle de tableaux de bord pour suivre son activité, ses effectifs, ses consommations pharmaceutiques, en actes de biologie et d'imagerie. Deux revues de gestion par an étaient prévues avec la direction des finances afin de présenter une analyse des comptes de résultat analytiques (CREA) et de préparer l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'établissement.

²⁰ Convocation et ordre du jour du comité stratégique du 4 avril 2024.

²¹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

²² Pôle cancérologie et maladies chroniques, pôle gériatrie, pôle chirurgie, pôle femme-enfants, pôle psychiatrie et pôles soins aigus et médico-techniques.

Début 2025, soit trois ans plus tard, la contractualisation avec les pôles n'était toujours pas mise en œuvre. La refonte du fichier structure devenu obsolète a été réalisée en 2024, les modalités d'analyse des données par l'équipe de direction et le DIM ont été revues la même année. La structuration des tableaux de bord de pilotage des effectifs et de la masse salariale a été achevée en fin d'année 2024. Début 2025, l'établissement s'apprêtait à contractualiser avec un pôle pilote avant d'étendre la démarche à l'ensemble des pôles.

La chambre engage l'établissement à se conformer à la réglementation en matière de contractualisation interne avec les pôles.

3.1.3 Un circuit des projets qui n'intègre pas l'évaluation de leur réalisation

Le projet de gouvernance et de management participatif de mars 2022 a prévu les modalités de gestion des projets médico-soignants avec la création d'un circuit court de gestion de projets²³, l'installation d'une cellule de veille et de gestion des projets et la mise en place d'un intéressement collectif dès 2022. Fin 2023, trois à cinq projets médico-soignants avec impact médico-économique significatif pour l'établissement devaient avoir été conduits et valorisés par l'octroi d'une prime d'intéressement²⁴.

La cellule projet prévue dans le projet de gouvernance de mars 2022 a, dans les faits, été mise en place dès octobre 2021.

En septembre 2024, le dispositif de gestion des projets a été remanié. Une commission projets a été créée pour accompagner les équipes médico-soignantes dans la réalisation de leurs projets. Après instruction par la cellule projets, les projets sont soumis à la commission des projets qui émet un avis. Le directoire est ensuite concerté sur le projet pour mesurer les impacts éventuels sur l'EPRD de l'établissement.

Les projets élaborés et validés n'ont pas fait l'objet d'une évaluation *a posteriori* de leur réalisation. La prime d'intéressement n'a pas été mise en œuvre. Les orientations-cadre relatives à l'intéressement prévues par la réglementation n'ont pas été définies.

Il convient que l'établissement mette en place un dispositif d'évaluation des projets médico-soignants réalisés et définisse préalablement à l'octroi d'une prime d'intéressement collectif, les orientations-cadre prévues par la réglementation.

²³ Le circuit court de gestion des projets a été mis en place afin de permettre à tout professionnel de présenter un projet analysé dans des délais restreints, avec la possibilité de le voir mis en œuvre si les recettes finançaient les moyens supplémentaires demandés.

²⁴ La prime d'intéressement collectif est un dispositif prévu par le décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'engagement collectif dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986²⁴. Son montant a été précisé par l'arrêté du 13 mars 2020 fixant les montants prévus par l'article 4 du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'engagement collectif dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986. En amont de l'octroi d'une prime d'intéressement, le décret prévoit la définition d'orientations-cadre en matière de politique d'intéressement collectif par le chef d'établissement après avis du comité social d'établissement et de la commission médicale de l'établissement. Ces orientations-cadre définissent les modalités selon lesquelles l'intéressement collectif est mis en œuvre au sein de l'établissement.

Recommandation n° 1. : Réunir le directoire conformément à la fréquence prévue par l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique.

Recommandation n° 2. : Mettre en œuvre la contractualisation avec les pôles en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

3.2 Des pratiques locales irrégulières en matière de gestion des ressources humaines

La période examinée est marquée par différentes pratiques locales irrégulières concernant la gestion du personnel médical et non médical.

Le 8 avril 2022, suite à la publication de l'ordonnance du 23 mars 2022²⁵ créant un nouveau régime de responsabilité financière des gestionnaires publics, le directeur en fonction depuis mars 2021, a adressé un courrier aux membres de l'équipe de direction par lequel il demandait la réalisation d'un examen précis de l'ensemble des processus de gestion « *afin de détecter, relever et recenser l'ensemble des anomalies* », la préparation d'un document de synthèse et d'un dispositif de régularisation incluant un calendrier prévisionnel.

Le même jour, le directeur a adressé un courrier à l'ensemble du corps médical de l'établissement afin de l'informer de l'état des lieux qui allait être réalisé par chaque direction fonctionnelle, dont la direction des affaires médicales, avec l'objectif d'une régularisation des situations nécessitant de l'être au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Le suivi des actions visant à faire cesser les irrégularités identifiées n'a pas été formalisé. Il a été réalisé lors de réunions bilatérales entre le directeur et les directeurs adjoints. L'ordonnateur a indiqué que le retour progressif à la réglementation se poursuivait en 2025 en précisant que les mesures nécessaires étaient mises en œuvre en fonction des difficultés citées par lui-même, inhérentes à la gestion de l'établissement.

La chambre rappelle l'obligation d'une mise en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires aujourd'hui non respectées.

Les irrégularités les plus significatives sont présentées ci-après. Fin 2024, elles n'avaient que partiellement cessé, sans respecter le calendrier défini pour ce qui concerne le personnel médical.

3.2.1 Les irrégularités affectant la gestion du personnel médical

Les constats se rapportent notamment à la majoration de la rémunération d'une quarantaine de praticiens par le versement d'indemnités de temps de travail additionnel induisant majorées ou ne correspondant à aucun travail effectif.

²⁵ Ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022 relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics.

3.2.1.1 La majoration irrégulière de la rémunération du temps de travail additionnel des praticiens de deux services

L'établissement a rémunéré pendant plusieurs années le temps de travail additionnel (TTA) des praticiens des services des urgences et de réanimation au-delà du tarif réglementaire, à savoir 803,41 € pour une période au lieu de 321,37 €²⁶.

Les montants correspondant à la valorisation du temps de travail additionnel étant fixés par arrêté, le directeur ne pouvait y déroger.

Le temps de travail additionnel

La durée de travail hebdomadaire des praticiens à temps complet est de dix demi-journées. Elle peut aussi être calculée en heures. Dans tous les cas de figure, elle ne peut excéder 48 heures par semaine sur une période de quatre mois. Le nombre de demi-journées ou d'heures à effectuer par semaine correspondent aux obligations de service.

Sur la base du volontariat (signature d'un contrat avec la direction de l'établissement), les praticiens peuvent travailler au-delà de leurs obligations de service en réalisant du temps de travail additionnel (TTA). Une plage de cinq heures correspond à une demi-période de temps de travail additionnel. Le temps de travail additionnel peut être récupéré, placé en compte épargne temps ou indemnisé selon des modalités spécifiques.

L'indemnisation du TTA des praticiens des urgences a été majorée de 108 % (803,41 € pour 12 heures en 2019) du 1^{er} juillet 2019 au 30 avril 2023. Le TTA majoré a été versé mensuellement, et non une fois le quadrimestre échu comme le prévoit la réglementation, permettant ainsi aux praticiens, une majoration de leur rémunération tous les mois. À compter du 1^{er} janvier 2023, le TTA majoré a été versé au quadrimestre échu.

Tableau n° 3 : Montants en € correspondant au TTA majoré versés aux praticiens des urgences*

| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 (jusqu'au 30 avril) | TOTAL |
|---------|---------|---------|---------|-----------------------------|------------------|
| 139 418 | 275 273 | 283 554 | 327 823 | 180 740 | 1 206 808 |

* Ces montants intègrent pour une part résiduelle du TTA rémunéré selon la réglementation de 2019 à fin 2022.
Source : centre hospitalier de Martigues.

Ces versements irréguliers ont été opérés sur la base de six décisions du directeur alors en fonction et d'une décision du directeur par intérim. Toutes ont présenté la mesure comme exceptionnelle. Le directeur alors en fonction a justifié sa décision par le caractère essentiel du service des urgences dans le fonctionnement de l'établissement et la nécessité de disposer d'une équipe médicale en nombre et compétences suffisants dans ce service.

²⁶ Montant réglementaire en vigueur en 2019.

Tableau n° 4 : Décisions de majoration du temps de travail additionnel pour les praticiens du service des urgences

| <i>Décision</i> | <i>Période mentionnée dans la décision</i> |
|--|---|
| <i>Décision du directeur n° 2019-87 du 12 août 2019</i> | À titre exceptionnel et jusqu'au 31 octobre 2019 |
| <i>Décision du directeur n° 2019-159 du 31 octobre 2019</i> | À titre exceptionnel et jusqu'au 31 décembre 2019 |
| <i>Décision du directeur n° 2020-28 du 6 janvier 2020</i> | À titre exceptionnel et jusqu'au 29 février 2021 |
| <i>Décision du directeur n° 2020-49 du 4 mai 2020</i> | À titre exceptionnel et jusqu'au 31 août 2020 |
| <i>Décision du directeur n° 2020-104 du 18 août 2020</i> | À titre exceptionnel et jusqu'au 31 octobre 2020 |
| <i>Décision du directeur n° 2020-115 du 21 septembre 2020</i> | À titre exceptionnel et jusqu'au 31 décembre 2020 |
| <i>Décision du directeur par intérim n° 2020-167 du 26 novembre 2020</i> | À titre exceptionnel et jusqu'au 30 avril 2021 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

Pour les praticiens du service de réanimation, une majoration de 150 % du TTA (803,41 € pour 10 heures) a été accordée et payée chaque quadrimestre du 7 septembre 2020 au 30 avril 2023.

Tableau n° 5 : Montant versé aux praticiens de réanimation au titre du temps de travail additionnel majoré, en euros (7 septembre 2020 – 30 avril 2023)

| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | TOTAL |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| 13 148 | 110 543 | 116 146 | 133 087 | 123 814 | 496 738 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

Les montants irrégulièrement versés aux praticiens du service de réanimation l'ont été sur la base d'une décision du directeur par intérim.

Tableau n° 6 : Décisions de majoration du TTA pour les praticiens du service de réanimation

| <i>Décision</i> | <i>Période mentionnée dans la décision</i> |
|--|--|
| <i>Décision du directeur par intérim n° 2021-171</i> | Du 7 septembre 2020 au 30 avril 2021 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

L'ensemble des décisions concernant les praticiens des services des urgences et de réanimation ont cessé de produire leurs effets le 30 avril 2021. À compter de cette date et jusqu'à fin avril 2023, les versements n'ont donc reposé sur aucune décision.

Le paiement de ces indemnités n'a fait l'objet d'aucune information particulière des instances, y compris lorsqu'un point de situation sur le service des urgences intégrant des éléments de rémunération, a été fait en conseil de surveillance²⁷.

²⁷ Conseil de surveillance du 18 octobre 2019.

Au plan national, durant la période de crise sanitaire Covid, des majorations de l'indemnisation du TTA ont été décidées pour des périodes précises par sept arrêtés. Le taux de majoration du montant réglementaire retenu nationalement a été de 50 %, à l'exception des périodes du 20 décembre 2021 au 31 janvier 2022 et du 1^{er} juin au 15 septembre 2022 où il a été de 100 %.

L'établissement n'a pas appliqué les majorations décidées nationalement. Il a mis en avant la complexité d'une mise en conformité avec la réglementation pour différentes raisons : les modalités de décompte du TTA alors en vigueur dans l'établissement, l'absence de perspectives de pérennité du dispositif national et le risque de voir le climat social se dégrader.

3.2.1.2 Des modalités de gestion du temps de travail des praticiens des services d'anesthésie et de réanimation non prévues par les textes

Fin 2014 et mi-2015 la description et l'organisation du temps de travail des praticiens exerçant dans les structures d'urgences-SAMU²⁸-SMUR²⁹ ont évolué. Un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans ces structures a été élaboré définissant l'organisation de leurs activités autour de deux composantes distinctes :

– le travail clinique posté, structurant pour l'activité du service, orienté autour de la prise en charge et de la coordination des soins autour du patient ainsi que des tâches qui y sont directement rattachées (contacts avec les familles, sollicitation d'avis spécialisés, renseignement du dossier médical, par exemple) ;

– les activités non postées, cliniques ou non, à vocation majoritairement collective et institutionnelle qui demandent par nature à être programmées dans les tableaux de service afin que les praticiens puissent les assumer (participation à des réunions institutionnelles d'instances ou de groupes de travail, formations délivrées ou reçues par exemple).

Un contrat, de principe annuel, détermine en fonction des priorités établies par le chef de service, en lien avec le chef de pôle, les activités non postées définies par missions propres à chaque praticien après concertation avec celui-ci. Ces missions sont définies de manière à permettre la satisfaction par le praticien de son obligation d'actualisation des connaissances et à ce que son temps de travail ne dépasse pas 48 heures hebdomadaires maximum en moyenne par quadrimestre. Le contrat est signé entre le praticien et le chef de service, visé par le chef de pôle et par le directeur de l'établissement.

Les obligations de service du praticien sont réputées accomplies dès lors qu'il est attesté par le chef de service, à la fin de chaque quadrimestre, que les 39 heures hebdomadaires en moyenne de travail clinique posté et les missions définies contractuellement ont été réalisées par le praticien³⁰.

²⁸ Service d'aide médicale urgente.

²⁹ Structure mobile d'urgence et de réanimation.

³⁰ Instruction DGOS/RH4 n° 2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

Cette organisation particulière du temps de travail prévoit que les heures de travail clinique posté réalisées au-delà de 39 heures en moyenne par quadrimestre sont cumulées par plages de cinq heures et converties en demi-périodes de temps de travail additionnel. Elles sont, au libre choix du praticien, soit rémunérées, soit récupérées.

Ces dispositions, qui concernent les seules structures d'urgences – SAMU et SMUR, sont appliquées par l'établissement aux services d'anesthésie et de réanimation par une décision du directeur prise après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins³¹. Le temps de travail posté des équipes médicales de réanimation et d'anesthésie, préalablement fixé à 42 heures³², a été ramené à 39 heures. Pour les praticiens de ces équipes, le TTA se déclenche donc à compter de la quarantième heure. La décision de mettre en place cette modalité de décompte du temps de travail pour ces deux services résulte, selon le directeur, de la nécessité de conforter l'attractivité de l'établissement, notamment à compter de l'arrêt de l'activité de chirurgie de la clinique d'Istres en janvier 2023.

La décision datée du 18 septembre 2023 a prévu son application rétroactive à partir du 1^{er} janvier 2023. Elle fait référence à la signature d'un contrat de temps de travail pour l'ensemble de l'équipe entre la direction et le chef de service définissant les périodes d'activité postée et non postée pour les membres de l'équipe médicale. Aucun contrat n'a été signé. Le directeur a précisé que la signature des contrats avait été reportée en raison de la nécessaire réactualisation de la charte de gestion du temps de travail médical. Le projet de charte a été finalisé en avril 2025. Il intègre les modalités irrégulières de décompte du temps de travail retenues par la décision du 18 septembre 2023.

Sur un quadrimestre, cette décision représente 0,6 équivalent temps plein (ETP) de praticien en réanimation et 0,8 ETP en anesthésie.

3.2.1.3 Des « indemnités TTA » pour majorer irrégulièrement la rémunération de trois praticiens

Les praticiens nommés dans l'emploi de praticien hospitalier sont classés selon la grille indiciaire définie aux articles R. 6152-15 et R. 6152-21 du code de la santé publique. Ce classement se matérialise par un échelon. Ces articles précisent les durées de service requises pour passer d'un échelon à l'autre. Le montant de la rémunération correspondant à chaque échelon est fixé par arrêté.

Les montants des émoluments des personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé étant déterminés réglementairement, un chef d'établissement ne peut y déroger.

Le centre hospitalier de Martigues a versé une rémunération à deux praticiens du service de réanimation, à laquelle ils ne pouvaient prétendre.

³¹ Réunion du 12 décembre 2022.

³² En commission de l'organisation de la permanence des soins, le déclenchement du TTA à compter de la 42^{ème} heure avait été décidé le 19 septembre 2017.

Le premier praticien a bénéficié d'une « *indemnité mensuelle de TTA* » de 498,12 € à compter du 1^{er} juillet 2019 par une décision du directeur signée plus de huit mois après, le 9 mars 2020. Par un courrier du 21 avril 2020, le directeur lui a accordé une seconde « *indemnité mensuelle de TTA* » de 536,68 € bruts qui s'est ajoutée à la première à compter d'avril 2020. Le montant total des « *indemnités mensuelles de TTA* » de 1034,80 € brut a permis au praticien, alors au 3^{ème} échelon de la grille indiciaire, de percevoir une rémunération correspondant à celle du 8^{ème} échelon.

Par un courrier du directeur du 21 avril 2020, le second praticien a bénéficié d'une « *indemnité mensuelle de TTA* » d'un montant brut de 596,50 € pour atteindre la rémunération correspondant à celle du 8^{ème} échelon de la grille indiciaire de praticien hospitalier à partir d'avril 2020.

Ces deux indemnités mensuelles de TTA ne correspondant à aucun temps de travail mais visant seulement à augmenter la rémunération des praticiens concernés, se sont ajoutées à la majoration irrégulière du temps de travail additionnel accordée aux praticiens de réanimation. L'octroi de ces indemnités a été soumis à deux conditions précisées dans les courriers adressés par le directeur aux intéressés :

- « *la stricte confidentialité de cette revalorisation,*
- *une validité d'un an, en attendant l'évolution du statut de PH³³ qui interviendra dans les mois à venir.* ».

Alors que les courriers précisaient que ces versements ne devaient durer qu'une année, soit jusqu'au 21 avril 2021, ils ont cessé le 30 mai 2023 pour le premier praticien et le 30 septembre 2022 pour le second. Une partie des versements a donc été effectuée sur la base de décision irrégulière et une autre partie (la plus importante) sans aucune décision.

Le premier praticien a ainsi indûment perçu un montant brut de 40 314,25 € et le second un montant brut de 10 225,29 €.

D'autre part, à compter du mois d'août 2019, un praticien en chirurgie a bénéficié d'une indemnité de TTA d'un montant de 546,33 € brut, montant non intégré dans le calcul du TTA à l'issue du quadrimestre.

Par une décision n° 2021-28 du 31 décembre 2020 prise par le directeur par intérim, prenant effet le 17 octobre 2020, l'indemnité a été ramenée à 449,92 € brut pour tenir compte de la progression de carrière régulière du praticien.

Entre le 1^{er} et le 30 avril 2022, l'indemnité de TTA a été de 344,93 € brut sans décision formelle. Le praticien a indûment perçu 15 610,06 € brut.

³³ Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier.

3.2.2 Les irrégularités concernant la gestion du personnel non médical

3.2.2.1 L'absence de respect des critères ouvrant droit à l'octroi de jours de repos compensateurs

L'article 3 du décret du 4 janvier 2002³⁴ modifié par le décret du 11 mai 2007³⁵ dispose que les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires.

Au centre hospitalier de Martigues, le guide relatif à la gestion du temps de travail adopté en février 2020 mentionnait l'octroi de deux repos compensateurs à compter de 140 heures de dimanches ou jours fériés travaillés. Le décompte s'effectuait ainsi en heures et non en jours. Ce faisant, un agent qui travaillait en 12 heures bénéficiait de ces deux jours supplémentaires à partir de 12 dimanches ou jours fériés travaillés et un agent en 10 heures en bénéficiait, à partir de 14 dimanches ou jours fériés travaillés.

En 2022, 58 agents ont été concernés et ont donc indument bénéficié des deux jours de repos compensateurs supplémentaires.

L'établissement s'est conformé à la réglementation dans ce domaine en janvier 2023.

3.2.2.2 Une gestion des horaires et des récupérations irrégulières pour les personnels du service de soins infirmiers à domicile

Les articles 7 et 19 du décret du 4 janvier 2002³⁶ modifié prévoient que lorsqu'un agent participe à la prise en charge d'usagers à domicile, il peut se voir appliquer des horaires de travail discontinus. Dans ce cas, le chef d'établissement peut, après avis du comité social d'établissement, déroger à l'amplitude journalière de 10 h 30, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

L'accord relatif à la gestion du temps de travail signé en 2002 dans l'établissement prévoyait qu'après avis de l'instance représentative du personnel non médical, une dérogation était accordée aux agents du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont l'amplitude horaire atteignait 12 h 15. Pour huit journées travaillées par ces personnels en horaire coupé dépassant l'amplitude légale, une journée de repos supplémentaire était octroyée³⁷.

³⁴ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁵ Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁶ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁷ Fiche n° C7 validée le 1^{er} juillet 2002 par l'instance représentative du personnel non médical.

En 2022, 16 agents ont ainsi bénéficié de 147 jours sur la base d'une dérogation irrégulière. Cette pratique a cessé en mai 2023.

3.2.2.3 Une indemnité de travail de nuit intensif versée sans respecter les critères réglementaires

Le décret du 30 novembre 1988³⁸ disposait que lorsque le travail de nuit des agents titulaires et stagiaires nécessitait un travail intensif, les indemnités horaires pour travail normal faisaient l'objet d'une majoration attribuée à cinq catégories de personnel. Les taux de majoration ont été fixés par un arrêté du même jour³⁹ qui a fait l'objet de plusieurs évolutions.

Au cours de la période examinée⁴⁰, pour les quatre premières catégories de personnel, le taux de la majoration pour travail de nuit intensif était de 0,90 €, pour la cinquième catégorie (personnel des unités d'urgence, de soins intensifs, des unités de surveillance continue ou des services de réanimation), le taux de la majoration était de 1,26 €. Ces taux ont été multipliés par deux par différents arrêtés entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2023 (1,80 € pour les quatre premières catégories de personnel et 2,52 € pour la cinquième catégorie).

Un décret du 22 décembre 2023⁴¹ a élargi le périmètre des agents éligibles en intégrant les agents contractuels. Il a également modifié les règles applicables.

Au centre hospitalier de Martigues, tous les agents travaillant de nuit (les fonctionnaires titulaires, les stagiaires mais également les agents contractuels) bénéficiaient de l'indemnité majorée sans notion d'intensité du travail réalisé. Au surplus, le taux de majoration appliqué à l'ensemble des agents travaillant de nuit était celui normalement réservé aux personnels des unités d'urgence, de soins intensifs, des unités de surveillance continue ou des services de réanimation.

En 2022, près de 250 000 € ont été versés sur la base d'un taux non réglementaire et sans preuve de l'existence effective d'un travail de nuit intensif⁴².

³⁸ Décret n° 88-1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif.

³⁹ Arrêté du 30 novembre 1988 fixant les taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif.

⁴⁰ Arrêté du 10 mai 2017 modifiant l'arrêté du 30 novembre 1988 fixant les taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif.

⁴¹ Décret n° 2023-1238 du 22 décembre 2023 relatif à l'indemnisation du travail de nuit dans la fonction publique hospitalière.

⁴² Modalités de calcul : montant de l'indemnité de travail de nuit intense versé à tous les agents hors les agents titulaires et stagiaires des services des urgences, de soins intensifs de cardiologie, des urgences psychiatriques, de l'unité d'hospitalisation de courte durée et de réanimation.

L'établissement a justifié le versement de l'indemnité aux agents contractuels par une lettre circulaire du ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville du 1^{er} juillet 1994⁴³. Depuis 1994, plusieurs textes ont imposé des conditions de publication des instructions et circulaires pour que celles-ci soient applicables, tels que le décret n° 2008-1281 du 8 décembre 2008 et le décret n° 2018-1047 du 28 novembre 2018 relatif aux conditions de publication des instructions et circulaires. Ce dernier prévoit dans son article 4 différents sites sur lesquels peuvent être publiées des instructions et circulaires, dont le site du ministère des solidarités et de la santé. L'article D. 312-11 du code des relations entre le public et l'administration prévoit que « *lorsque la page à laquelle renvoient les adresses mentionnées cidessus ne donne pas directement accès à la liste des documents mentionnés à l'article L. 312-3, elle comporte un lien direct vers cette liste, identifié par la mention " Documents opposables "* ». L'accès direct à la circulaire citée par l'établissement n'est pas directement accessible et n'apparaît pas dans la liste accessible par le lien « documents opposables ». La référence à cette lettre circulaire de 1994 n'est donc plus possible en 2024.

3.2.2.4 L'octroi irrégulier de jours de congés au titre des médailles du travail et du départ en retraite

L'établissement octroie toujours, en dehors de tout cadre réglementaire, trois jours de congés exceptionnels au titre de la médaille du travail et cinq jours à l'occasion du départ en retraite. Ce sujet a fait l'objet d'une déclaration d'opposition d'une organisation syndicale lors d'une réunion du comité social d'établissement (CSE) en juin 2023 et n'a plus été abordé. Ces jours représentent au total entre 160 et 261 jours de congés irrégulièrement accordés chaque année.

Tableau n° 7 : Nombre de jours de congés accordés au titre des médailles du travail et du départ en retraite

| <i>Année</i> | Nombre de jours de congés accordés au titre de la médaille du travail | Nombre de jours de congés accordés au titre du départ en retraite | Total |
|--------------|---|---|------------|
| 2019 | 99* | 130* | 229 |
| 2020 | 42 | 141 | 183 |
| 2021 | 75 | 85 | 160 |
| 2022 | 91 | 170 | 261 |
| 2023 | 84 | 132 | 216 |

* les chiffres de l'année 2019 correspondent à une estimation.
Source : centre hospitalier de Martigues.

⁴³ Lettre-circulaire DH/FH3 n° 94-789 du 1^{er} juillet 1994.

3.2.2.5 L'assimilation irrégulière du temps de pause méridienne à du temps de travail effectif

L'établissement considère le temps de pause méridienne comme du temps de travail. Le temps de travail correspond à un temps durant lequel l'agent est à la disposition de son employeur et ne peut donc se consacrer à des occupations de nature personnelle. Le temps de pause méridienne étant un temps de pause, durant lequel l'agent n'est pas à la disposition de son employeur, il ne peut être considéré comme du temps de travail effectif.

Cette pratique conduit l'établissement à rémunérer indument chaque année près de 73 800 heures⁴⁴, soit sur la base d'une durée de travail annuelle de 1 607 heures, près de 46 équivalents temps plein.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement a fait évoluer sa gouvernance interne dans une volonté d'association plus étroite de la communauté médicale et soignante. Il a élaboré un circuit de traitement des projets sans les évaluer après leur réalisation.

Il n'a pas respecté les règles qui s'appliquent au fonctionnement du directoire.

À la suite du redécoupage interne opéré en octobre 2021, le centre hospitalier a suspendu la contractualisation avec les pôles. L'absence de contrats signés avec les pôles contrevient à la réglementation dans ce domaine.

L'organisation et la gestion des personnels non médicaux et médicaux repose sur certaines pratiques irrégulières en matière de temps de travail et de rémunération auxquelles l'établissement n'a que partiellement mis fin.

| |
|--|
| Recommandation n° 3. : Mettre fin aux pratiques irrégulières concernant la gestion du personnel médical et non médical. |
|--|

⁴⁴ Chiffrage réalisé par l'établissement correspondant à l'ensemble du personnel non médical à l'exception des agents au forfait jour et des agents à temps partiel thérapeutique.

4 UNE ACTIVITÉ EN PROGRESSION, DES INDICATEURS DIFFICILEMENT EXPLOITABLES

4.1 Une évolution du nombre de lits et places principalement en chirurgie

La période examinée par la chambre inclut la crise sanitaire qui a eu des conséquences temporaires sur la structure capacitaire de l'établissement. Le nombre de lits et places a été adapté à de nombreuses reprises entre avril 2020 et mars 2023, date de la fermeture des derniers lits dédiés aux prises en charge des patients atteints de la Covid. À titre d'exemple, en novembre 2020, 72 lits étaient dédiés à ces prises en charge. Du 8 avril au 16 juin 2021, 27 lits de SSR ont été fermés et remplacés par une unité Covid, dont la capacité a varié entre 13 et 20 lits.

Hors crise sanitaire, entre 2019 et 2024, le nombre de lits et places de l'établissement a peu évolué. Il n'a pas changé sur les budgets annexes (prise en charge des personnes âgées) et a progressé de 4 %, soit 18 lits et places, sur le budget principal (médecine, chirurgie, obstétrique, court séjour gériatrique, soins médicaux et de réadaptation et psychiatrie). En 2024, le centre hospitalier de Martigues comptait 591 lits et places.

Treize places (permettant les prises en charge de patients en ambulatoire) ont été créées en hôpital de jour de médecine (cinq places) et en chirurgie ambulatoire (huit places). Sept lits ont été créés en hospitalisation complète de chirurgie et cinq en psychiatrie (ouverture d'un centre d'accueil permanent en 2024 principalement pour pallier la fermeture temporaire du tiers des lits d'hospitalisation complète de psychiatrie durant les travaux de réhabilitation du site du Vallon). Les évolutions capacitaires en chirurgie en 2022 et 2023 comme l'ouverture d'une cinquième salle de bloc opératoire en mars 2023 sont liées à la fermeture des lits de chirurgie de la clinique privée d'Istres.

Sept lits ont par ailleurs été fermés, deux en cardiologie et cinq en obstétrique du fait de la diminution d'activité sur ces secteurs.

Tableau n° 8 : Évolution du nombre de lits et places

| | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | Lits | Places | Lits | Places | Lits | Places | Lits | Places | Lits | Places | Lits | Places |
| <i>Médecine-chirurgie-obstétrique</i> | 226 | 57 | 221 | 57 | 221 | 62 | 221 | 70 | 226 | 70 | 226 | 70 |
| <i>Soins médicaux et de réadaptation</i> | 27 | | 27 | | 27 | | 27 | | 27 | | 27 | |
| <i>Gérontologie</i> | 27 | 0 | 27 | 0 | 27 | 0 | 27 | 0 | 27 | 0 | 27 | 0 |
| <i>Psychiatrie</i> | 75 | 56 | 75 | 56 | 75 | 56 | 75 | 56 | 75 | 56 | 80 | 56 |
| <i>Sous-total lits et places budget principal</i> | 328 | 113 | 323 | 113 | 323 | 118 | 323 | 126 | 328 | 126 | 333 | 126 |
| Total budget principal | 441 | | 436 | | 441 | | 449 | | 454 | | 459 | |
| <i>Unité de long séjour</i> | 30 | | 30 | | 30 | | 30 | | 30 | | 30 | |
| <i>EHPAD</i> | 24 | | 24 | | 24 | | 24 | | 24 | | 24 | |
| <i>Accueil de jour EHPAD</i> | | 8 | | 8 | | 8 | | 8 | | 8 | | 8 |
| <i>SSIAD personnes âgées</i> | | 50 | | 50 | | 50 | | 50 | | 50 | | 50 |
| <i>SSIAD Alzheimer</i> | | 20 | | 20 | | 20 | | 20 | | 20 | | 20 |
| <i>Sous-total lits et places budgets annexes</i> | 54 | 78 | 54 | 78 | 54 | 78 | 54 | 78 | 54 | 78 | 54 | 78 |
| Total budgets annexes | 132 | | 132 | | 132 | | 132 | | 132 | | 132 | |
| TOTAL | 573 | | 568 | | 573 | | 581 | | 586 | | 591 | |

Source : centre hospitalier de Martigues.

4.2 Une progression globale de l'activité

4.2.1 Une activité d'hospitalisation en progression

L'activité d'hospitalisation à temps complet (séjour avec nuitée) n'a pas été impactée par la crise sanitaire à l'exception de l'année 2020. Entre 2019 et 2024, elle a légèrement progressé, principalement en chirurgie, dont la capacité a augmenté en fin de période, et sur quelques secteurs de médecine tels que le court séjour gériatrique.

La progression la plus significative (43,1 %) concerne les séjours sans nuitée qui regroupent l'activité de l'unité d'hospitalisation de courte durée⁴⁵ et l'activité ambulatoire. À l'exception de l'année 2020, fortement marquée par la crise sanitaire, le nombre de ces séjours a augmenté grâce à l'activité d'urgence, la chirurgie ambulatoire, l'électro-convulsivo-thérapie⁴⁶ développée depuis 2021, aux endoscopies pratiquées au bloc opératoire et aux bilans réalisés en hôpital de jour. En 2023, l'arrêt de l'activité de chirurgie à la clinique d'Istres a également concouru à la hausse d'activité.

Les séances ont connu une progression importante (28,2 %) sous l'effet du développement de l'activité de dialyse et de la réalisation de chimiothérapie en hôpital de jour.

Tableau n° 9 : Nombre de séjours⁴⁷

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| RSA* avec nuitée | 15 430 | 14 163 | 15 589 | 16 116 | 15 763 | 2,2 % |
| RSA sans nuitée | 6 544 | 6 197 | 7 596 | 7 994 | 9 362 | 43,1 % |
| RSA séances | 17 025 | 19 858 | 20 978 | 21 397 | 21 829 | 28,2 % |
| TOTAL | 38 999 | 40 223 | 44 163 | 45 507 | 46 954 | 20,4 % |

* résumé de sortie anonymisé.

Source : centre hospitalier de Martigues.

4.2.2 L'activité de la filière « personnes âgées » en progression après la crise sanitaire

L'établissement dispose de 24 lits d'EHPAD et de 30 lits d'USLD. Durant la période de crise sanitaire (en 2020 et 2021), un nombre important de sorties a été constaté comme dans de nombreux établissements (38 en USLD et 26 en EHPAD). Elles ont été compensées par des admissions dans les mêmes proportions (40 en USLD et 25 en EHPAD).

⁴⁵ L'UHCD a pour objectif la surveillance et la prise en charge des patients pour un séjour de 24 heures au plus. Après surveillance et prise en charge, soit le patient peut rentrer à son domicile, soit des investigations supplémentaires sont nécessaires et le patient est orienté vers un service de soins en fonction de sa pathologie.

⁴⁶ L'électro-convulsivothérapie correspond à une stimulation électrique du cerveau, réalisée sous anesthésie générale. Elle est notamment prescrite en cas de dépression sévère.

⁴⁷ Tout séjour hospitalier dans la partie MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS). La transmission d'informations médicales individuelles à tout acteur non autorisé à disposer d'informations nominatives s'opère au moyen du résumé de sortie anonymisé (RSA).

Tableau n° 10 : Nombre d'entrées et sorties dans l'EHPAD et l'USLD

| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--------------|---------|------|------|------|------|------|
| <i>USLD</i> | Entrées | 8 | 16 | 24 | 10 | 15 |
| | Sorties | 9 | 22 | 16 | 12 | 18 |
| <i>EHPAD</i> | Entrées | 10 | 8 | 17 | 7 | 12 |
| | Sorties | 10 | 11 | 15 | 5 | 13 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

4.2.3 Une activité d'urgence soutenue

À l'exception de la période de crise sanitaire, l'activité des urgences est en progression de 3,7 %. Les passages aux urgences sont majoritairement des passages dits « externes », c'est-à-dire non suivis d'hospitalisation. Leur nombre progresse de 1,8 %.

Les passages suivis d'hospitalisation ont augmenté de façon plus soutenue (11,6 %) reflétant une progression du nombre de cas lourds arrivant aux urgences.

Tableau n° 11 : Nombre de passages aux urgences

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
| <i>Nombre total de passages</i> | 48 623 | 41 238 | 45 972 | 51 042 | 50 438 | 3,7 % |
| <i>dont passages non suivis d'hospitalisation</i> | 39 075 | 32 015 | 35 206 | 40 073 | 39 784 | 1,8 % |
| <i>dont passages suivis d'hospitalisation</i> | 9 548 | 9 223 | 10 766 | 10 969 | 10 654 | 11,58 % |

Source : centre hospitalier de Martigues.

L'activité de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) aux urgences est également en nette progression durant la période.

Tableau n° 12 : Nombre de résumés d'unité médicale en UHCD

| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 7 769 | 7 640 | 9 095 | 9 513 | 9 389 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

4.2.4 Des consultations externes en progression

Les consultations externes, qui représentent une activité importante en tant que telle, constituent également une porte d'entrée pour l'activité d'hospitalisation programmée (complète ou ambulatoire). Elles ont logiquement baissé durant la période de crise sanitaire puisque les consultations ont cessé durant le confinement et ont été ralenties à la levée de celui-ci. Elles ont dépassé leur niveau d'avant crise dès 2022 et poursuivi leur progression en 2023. Entre 2019 et 2023, l'établissement a ainsi enregistré une progression de 8 % de l'activité.

Les consultations de chirurgie, regroupées sous le libellé « consultations externes » dans le tableau ci-après, expliquent la plus grande partie de l'augmentation avec la pédiatrie (réorientation des urgences pédiatriques vers la pédiatrie) et le centre de consultations médicales de Port-de-Bouc.

Les consultations d'urgences ont connu une diminution (3 255 consultations en moins) pour trois raisons principales au-delà de la crise sanitaire en 2020-2021 : la fermeture, fin 2021, de la maison médicale qui enregistrerait les passages relevant de son périmètre et générait le passage pour l'établissement, le positionnement d'agents d'accueil aux urgences en 2023 pour réorienter les patients ne nécessitant pas une prise en charge dans le service sur des centres médicaux ou médecins de ville et la réorientation des urgences pédiatriques vers le service de pédiatrie.

Tableau n° 13 : Consultations externes hors imagerie et laboratoire

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 | 2023-2019 en % |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|
| <i>ANESTHÉSIE</i> | 6 098 | 5 084 | 5 782 | 5 899 | 6 886 | 788 | 13 % |
| <i>CARDIOLOGIE</i> | 7 037 | 5 915 | 5 921 | 7 046 | 8 209 | 1 172 | 17 % |
| <i>CENTRE CONSULTATION PORT- DE-BOUC</i> | 7 376 | 7 063 | 8 892 | 10 500 | 10 275 | 2 899 | 39 % |
| <i>CENTRE CONSULTATIONS ESCAILLON</i> | | | 93 | 852 | 615 | 615 | |
| <i>CENTRE CONSULTATIONS ISTRES</i> | | | | 75 | 1 740 | 1 740 | |
| <i>CONSULTATIONS EXTERNES*</i> | 20 439 | 18 066 | 21 920 | 23 570 | 25 458 | 5 019 | 25 % |
| <i>DIABÉTO - ENDOCRINO - NUTRITION</i> | 3 234 | 2 992 | 3 650 | 3 123 | 2 746 | - 488 | - 15 % |
| <i>GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE</i> | 25 640 | 20 876 | 24 108 | 22 302 | 23 019 | - 2 621 | - 10 % |
| <i>MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF</i> | 3 986 | 3 151 | 3 767 | 4 195 | 4 649 | 663 | 17 % |
| <i>MÉDECINE INTERNE</i> | 3 353 | 2 921 | 3 161 | 2 488 | 2 926 | - 427 | - 13 % |
| <i>NÉPHROLOGIE</i> | 1 697 | 1 418 | 1 266 | 1 295 | 1 553 | - 144 | - 8 % |
| <i>PÉDIATRIE</i> | 9 106 | 6 835 | 11 303 | 14 911 | 13 908 | 4 802 | 53 % |
| <i>PNEUMOLOGIE</i> | 5 586 | 4 128 | 3 555 | 3 780 | 4 657 | - 929 | - 17 % |
| <i>URGENCES GÉNÉRALES</i> | 32 876 | 27 194 | 26 694 | 29 145 | 29 621 | - 3 255 | - 10 % |
| Total général | 126 428 | 105 643 | 120 112 | 129 181 | 136 262 | 9 834 | 8 % |

* chirurgie digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie urologique, chirurgie vasculaires, ORL, stomatologie – chirurgie maxillo-faciale, consultations externes – soins IDE (infirmiers diplômés d'Etat).
Source : centre hospitalier de Martigues.

4.3 Des indicateurs de performance de l'activité inexploitable

4.3.1 Les taux d'occupation

Le taux d'occupation d'un service se calcule en rapportant le nombre de journées réalisées au nombre de « journées lits » exploitables (un lit exploitable pendant une année entière équivaut ainsi à 365 « journées lits » exploitables). Les journées indisponibles pour raison de travaux, désinfection, fermetures pour congés sont neutralisées.

Au centre hospitalier de Martigues, l'augmentation de l'activité et la stabilité de la structure capacitaire se traduisent par une progression des taux d'occupation. Ceux-ci demeurent néanmoins inférieurs aux taux d'occupation cibles définis nationalement⁴⁸ en hospitalisation complète et au taux de rotation cible de 120 % en chirurgie ambulatoire⁴⁹.

Le calcul des taux d'occupation de l'établissement comporte cependant un biais lié à l'absence de neutralisation des fermetures de lits liées à des situations de fin de vie ou de contagiosité alors que l'établissement compte de nombreuses chambres à deux lits⁵⁰. Lorsqu'un lit est fermé pour ces raisons, il est considéré comme inoccupé et non fermé ce qui a pour effet de minorer le taux d'occupation. Les taux moyens d'occupation ne sont donc pas représentatifs de l'activité d'hospitalisation réelle de l'établissement.

⁴⁸ Entre 85 % et 95 % en hospitalisation complète de médecine et chirurgie, entre 80 et 85 % en hospitalisation complète d'obstétrique, entre 85 et 90 % en réanimation, Analyse capacitaire MCO des projets d'investissement des établissements de santé, Conseil national de l'investissement en santé, 2024.

⁴⁹ Source : Analyse capacitaire MCO des projets d'investissement des établissements de santé, Conseil national de l'investissement en santé, 2024.

⁵⁰ À titre d'exemple, le site des Rayettes compte 52 chambres à un lit, 178 chambres à deux lits et 15 chambres à trois lits.

Tableau n° 14 : Taux moyen d'occupation en hospitalisation complète

| SERVICE | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| PÉDIATRIE | 81,26 | 68,25 | 73,23 | 72,79 | 61,81 | - 19,45 |
| NÉONATOLOGIE | 55,38 | 38,56 | 50,06 | 52,41 | 30,14 | - 25,24 |
| NÉONATOLOGIE SOINS INTENSIFS | 96,62 | 96,17 | 135,80 | 160,82 | 146,12 | 49,50 |
| MÉDECINE INTERNE | 78,99 | | 86,96 | 81,08 | 85,10 | 6,11 |
| DIABÉTOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION | 69,96 | | 66,49 | 80,55 | 77,93 | 7,97 |
| UNITÉ DE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE | 94,26 | | 91,97 | 96,64 | 100,46 | 6,20 |
| MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF | 66,71 | | 69,22 | 72,82 | 65,64 | - 1,07 |
| CARDIOLOGIE | 73,35 | | 62,71 | 63,03 | 65,69 | - 7,66 |
| CARDIOLOGIE SOINS INTENSIFS | 69,63 | | 72,33 | 69,32 | 73,47 | 3,84 |
| PNEUMOLOGIE | 78,04 | | 67,60 | 71,10 | 74,13 | - 3,91 |
| UNITÉS COVID SSR | | | 62,61 | | | 0,00 |
| NÉPHROLOGIE | 94,77 | | 87,37 | 91,64 | 86,52 | - 8,25 |
| CHIRURGIE | 81,67 | 79,65 | 76,53 | 88,58 | 84,92 | 3,25 |
| OBSTÉTRIQUE | 70,77 | 72,46 | 75,43 | 76,93 | 72,06 | 1,29 |
| RÉANIMATION | 83,85 | 82,17 | 91,19 | 76,32 | 78,40 | - 5,45 |
| URGENCES | 153,04 | 156,56 | 244,45 | 258,49 | 253,49 | 100,45 |
| MOYEN SÉJOUR / SMR | 87,31 | 79,85 | 81,02 | 79,72 | 91,80 | 4,49 |
| PSYCHIATRIE SECTEUR 25 | 99,58 | 102,80 | 95,13 | 94,49 | 90,90 | - 8,68 |
| PSYCHIATRIE SECTEUR 23 | 96,92 | 94,66 | 81,87 | 87,02 | 81,08 | - 15,84 |
| PSYCHIATRIE SECTEUR 24 | 100,56 | 102,32 | 97,79 | 99,34 | 96,55 | - 4,01 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

En ambulatoire (hôpital de jour de médecine, de psychiatrie et unité de chirurgie ambulatoire), les taux d'occupation progressent à l'exception de la chirurgie ambulatoire et l'hôpital de jour de Marignane. La progression du nombre de places de chirurgie ambulatoire a eu un effet sur le taux d'occupation dès lors qu'elle ne se conjugue pas avec une évolution marquée de l'activité. Or, l'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'établissement est pénalisée par plusieurs facteurs : sa localisation au troisième étage alors que le bloc est au rez-de-chaussée nuit à la fluidité du parcours patient indispensable dans ce type de prise en charge, la répartition des vacations opératoires par spécialité et par journée. Les programmations étant réalisées sur une seule journée, lorsque la spécialité permet une activité opératoire conventionnelle et ambulatoire, les deux ne peuvent être réalisées.

La baisse du taux d'occupation de l'hôpital de jour de Marignane est la conséquence des vacances de postes médicaux sur le secteur psychiatrique correspondant qui se traduisent par une baisse des indications de prise en charge en hospitalisation de jour.

Tableau n° 15 : Taux moyen d'occupation hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, dialyse et accueil de jour EHPAD)

| SERVICES | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| PÉDIATRIE HÔPITAL DE JOUR | 27,78 | 42,46 | 73,02 | 74,70 | 97,21 | 69,43 |
| OBSTÉTRIQUE HÔPITAL DE JOUR | | | | 25,69 | 39,04 | 39,04 |
| HÔPITAL DE JOUR* | 142,90 | 149,53 | 134,42 | 129,91 | 152,75 | 9,85 |
| CHIRURGIE AMBULATOIRE | 91,38 | 67,18 | 85,56 | 89,33 | 77,71 | - 13,67 |
| HÉMODIALYSE | 99,52 | 105,89 | 107,66 | 108,94 | 107,11 | 7,59 |
| DIALYSE MÉDICALISÉE | 86,87 | 125,09 | 136,20 | 95,57 | 86,90 | 0,03 |
| PSYCHIATRIE SECTEUR 25 JOUR PORT DE BOUC | 153,57 | 123,25 | 143,69 | 159,57 | 170,40 | 16,83 |
| PSYCHIATRIE SECTEUR 23 JOUR MARIGNANE | 106,88 | 64,63 | 81,56 | 75,81 | 74,79 | - 32,09 |
| PSYCHIATRIE SECTEUR 24 JOUR MARTIGUES | 85,67 | 61,87 | 85,77 | 72,75 | 107,21 | 21,54 |
| PSYCHIATRIE SECTEUR 10 JOUR | 71,18 | 59,92 | 88,84 | 89,62 | 93,43 | 22,25 |
| CENTRE DE JOUR EHPAD | 73,47 | 60,36 | 66,11 | 75,39 | 79,33 | 5,86 |

* l'hôpital de jour regroupe les disciplines suivantes : médecine interne, gynécologie, endocrinologie, néphrologie, urologie, douleur et maladies de l'appareil digestif.

Source : centre hospitalier de Martigues.

Jusqu'au début de l'année 2025⁵¹, sur le secteur des personnes âgées, les taux d'occupation de l'EHPAD et de l'USLD pris séparément n'étaient pas fiables dans la mesure où l'organisation des deux unités était commune. Lorsque l'état de santé d'un résident en EHPAD se dégradait et conduisait à une admission en USLD, le résident restait dans la même chambre.

Au-delà du calcul du taux d'occupation, cette organisation posait un problème de nature budgétaire, les deux unités n'assurant pas les mêmes types de prise en charge et n'étant pas financées de la même façon : l'USLD, qui relève du secteur sanitaire, bénéficie d'un financement intégrant un besoin en soins plus important qu'en EHPAD qui relève du secteur médico-social. Les effectifs diffèrent dans les deux types d'unités et ne peuvent donc relever d'une organisation commune.

Tableau n° 16 : Taux d'occupation de l'USLD et de l'EHPAD

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| USLD | 99,34 | 78,95 | 87,84 | 100,18 | 90,79 |
| EHPAD | 92,31 | 91,37 | 83,34 | 89,12 | 98 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

Les taux d'occupation des secteurs d'hospitalisation complète, d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées ne peuvent donc être utilisés pour apprécier le niveau d'activité de l'établissement.

⁵¹ L'organisation a été revue suite au contrôle de l'EHPAD par l'ARS et la préparation de l'évaluation qualité de l'EHPAD en 2024 par un organisme extérieur.

4.3.2 Les durées moyennes de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) correspond au nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie). Les hospitalisations de moins de 24 heures sont exclues de ce calcul.

À chaque séjour l'hôpital perçoit de l'assurance maladie un montant (tarif) défini au niveau national qui est destiné à couvrir les charges mobilisées pour une durée « moyenne » de séjour elle-même définie au niveau national. Ainsi, toute durée de séjour plus longue au sein de l'établissement le conduit à supporter des charges non couvertes par la recette reçue de l'assurance maladie. Un établissement a donc, sur le plan financier, tout intérêt à optimiser ses durées de séjour.

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) est un indicateur qui permet de synthétiser la « sur » ou « sous » performance de l'organisation médicale de l'établissement.

L'IP-DMS compare le nombre de journées réalisées en hospitalisation complète par l'établissement au nombre de journées théoriques, à activité identique. Le nombre de journées théoriques correspond à la durée moyenne de séjour de référence (celle observée au niveau national) appliquée au *casemix* (éventail des cas traités) de l'établissement. Ce calcul peut être réalisé pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Le résultat doit se situer en deçà de 1 tout en s'en rapprochant le plus possible.

L'IP-DMS dans les différents secteurs d'activité de court séjour du CH de Martigues est inférieur à 1 sur toute la période et parmi les plus éloignés de 1. Il pourrait davantage s'en rapprocher en médecine (cf. Annexe n° 1).

Tableau n° 17 : Indice de performance de la durée de séjour

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Médecine (hors ambulatoire)</i> | 0,86 | 0,84 | 0,859 | 0,873 |
| <i>Chirurgie (hors ambulatoire)</i> | 0,912 | 0,847 | 0,89 | 0,919 |
| <i>Obstétrique (hors ambulatoire)</i> | 0,917 | 0,875 | 0,885 | 0,91 |

Source : Hospidiag.

L'établissement explique les valeurs observées en médecine par son organisation. Les actes d'imagerie, de biologie et le rendu des premiers avis des spécialistes s'effectuent aux urgences pour les patients arrivant par cette unité. La réalisation complète des examens aux urgences réduit d'autant le séjour dans le service d'hospitalisation, tandis qu'elle l'augmente dans le service des urgences qui n'a pas vocation à accueillir durablement des patients. L'IP-DMS de médecine ne reflète donc pas l'activité standard de ce secteur d'activité.

L'IP-DMS, comme le taux d'occupation, ne pouvant être valablement exploité, l'établissement se trouve dépourvu d'indicateur pour apprécier la pertinence de son organisation et le dimensionnement des équipes soignantes.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'activité du centre hospitalier de Martigues connaît une progression depuis 2019 en hospitalisation et en consultations externes. Elle n'a été que peu minorée en 2020 du fait de la crise sanitaire. Cette dynamique a abouti à une augmentation de la structure capacitaire de l'établissement, principalement en chirurgie.

L'établissement ne peut exploiter les principaux indicateurs de pilotage de l'activité que constituent les taux d'occupation et les durées moyennes de séjour pour des raisons tenant à son organisation et aux contraintes bâtimementaires.

5 UN DÉFICIT STRUCTUREL MALGRÉ UNE ACTIVITÉ DYNAMIQUE

5.1 Des modalités de provisionnement irrégulières

Conformément à l'arrêté du 1^{er} août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015, les comptes du centre hospitalier de Martigues, dont les recettes du budget principal sont supérieures à 100 M€, sont soumis à la procédure de certification. Durant la période examinée, les comptes ont été certifiés sans réserve.

Les différents comptes de provision ont été examinés⁵². Les opérations concernant les comptes 1531 - Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) – Personnel médical – et 158 - Autres provisions pour charges - appellent différentes observations.

Compte 153 : Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET)

La réglementation prévoit que l'établissement constitue des provisions suffisantes pour couvrir les charges afférentes aux jours épargnés sur CET pour l'ensemble des personnels. Seuls les jours maintenus sur le CET à la clôture de l'exercice donnent lieu à provisionnement.

⁵² Compte 142 – Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations, compte 151 - Provisions pour risques, compte 1532 - Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) – Personnel non médical, compte 49 - Provision pour dépréciation des comptes de tiers.

L'agent est invité à exercer, au plus tard le 31 mars de chaque année, son droit d'option concernant les jours épargnés au-delà du seuil de 20 jours. Si l'établissement ne dispose pas en temps utile d'information sur les jours à retrancher du compte CET, il peut liquider sa provision sur la base d'une méthode statistique⁵³. Quelle que soit la méthode retenue, elle doit être renseignée dans l'état « principes et méthodes comptables » annexé au compte financier, et appliquée de façon permanente par l'établissement.

Depuis l'arrêté du 20 décembre 2018⁵⁴, les droits au titre des comptes épargne temps sont valorisés sur la base du coût moyen journalier de chaque agent concerné et non plus une base forfaitaire. Ce changement de méthode a entraîné en 2019 une correction au bilan⁵⁵ du centre hospitalier relative à l'exercice 2018 de 658 215,77 € (330 380,83 € pour le personnel médical et de 327 834,94 € pour le personnel non médical).

L'établissement décrit dans l'état joint au compte financier la méthode retenue pour calculer la dotation au compte de provision au titre des CET du personnel non médical et médical.

Les modalités de provisionnement au titre du CET du personnel médical appellent plusieurs remarques jusqu'à l'exercice 2022 : la déduction de la dotation de jours à prendre au cours du premier trimestre de l'année suivant celle au titre de laquelle le provisionnement est contraire à la réglementation, la prise effective de ces jours de congés n'était pas effectuée⁵⁶, la méthode de provisionnement arrêtée⁵⁷ n'était pas respectée.

Le non-respect de la réglementation concerne également la gestion des CET avec une restriction du nombre de jours susceptibles d'y être déposés, une évolution des pratiques en matière de gestion des congés et CET sans que celles-ci soient retracées dans la charte du temps de travail médical, la création d'une commission interne arbitrant sur le paiement ou la perte de jours de congés non pris.

⁵³ Exemple de méthode statistique : pourcentage des jours demeurés sur le compte CET après exercice du droit d'option au cours des derniers exercices.

⁵⁴ Arrêté du 20 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière.

⁵⁵ C'est-à-dire sans traduction dans le compte de résultat. Cette modalité est prévue par l'avis n° 2011-04 du 27 mai 2011 relatif aux changements de méthodes comptables, changements d'estimations comptables et corrections d'erreurs dans les établissements publics de santé relevant de l'instruction budgétaire et comptable M 21, rendu par le conseil de normalisation des comptes publics.

⁵⁶ L'établissement n'a mis en place un logiciel de gestion du temps de travail médical qu'en mai 2021. Jusque-là, il n'était pas en mesure de s'assurer que les trois jours qu'il avait exclus de la dotation au compte de provision étaient effectivement pris.

⁵⁷ Alors que la déduction des trois jours était présentée comme un élément de la méthode de provisionnement, elle n'a pas été systématique.

Compte 158 : autres provisions pour charges

Ce compte enregistre plusieurs types de provisions dont les allocations de retour à l'emploi⁵⁸ et la provision pour validation de service par la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)⁵⁹. Ces deux provisions font l'objet d'un suivi détaillé chaque année.

En 2021, une provision pour « heures dues » a été constituée au compte 158 pour 645 443,78 €. Elle correspond aux heures supplémentaires réalisées par le personnel non médical durant deux années que la crise sanitaire n'aurait pas permis de récupérer. La dotation relative aux heures dues au titre de l'année 2020 a fait l'objet d'une correction d'écriture comptable de 438 443,78 €, au haut du bilan, sans incidence sur le résultat de l'exercice. Pour les heures dues au titre de l'année 2021, le compte 158 a été doté à hauteur de 206 739,02 € par mouvement du compte 68158.

Or l'instruction budgétaire et comptable M21 ne prévoit pas la constitution d'une provision pour heures supplémentaires. La dotation au compte 158 en correction d'écriture comptable (0,4 M€) a atténué d'autant les charges qui devaient peser sur l'exercice, et amélioré d'autant le compte de résultat.

La provision a fait l'objet d'une reprise partielle en 2022, en 2023 (reprises effectuées au compte de résultat) et n'était pas soldée en 2024.

5.2 Des déficits importants et récurrents hors crise sanitaire

Le centre hospitalier de Martigues compte, outre un budget principal, six budgets annexes correspondant à la gestion d'un établissement pour personnes âgées dépendantes, d'une unité de soins de longue durée, d'un institut de formation des aides-soignants et infirmiers, d'un service de soins infirmiers à domicile, d'un centre d'action médico-sociale précoce et d'un centre médico-psycho-pédagogique. Les budgets annexes représentaient environ 5 % des charges et des produits en 2023. L'analyse financière s'est donc concentrée sur le budget principal de l'établissement.

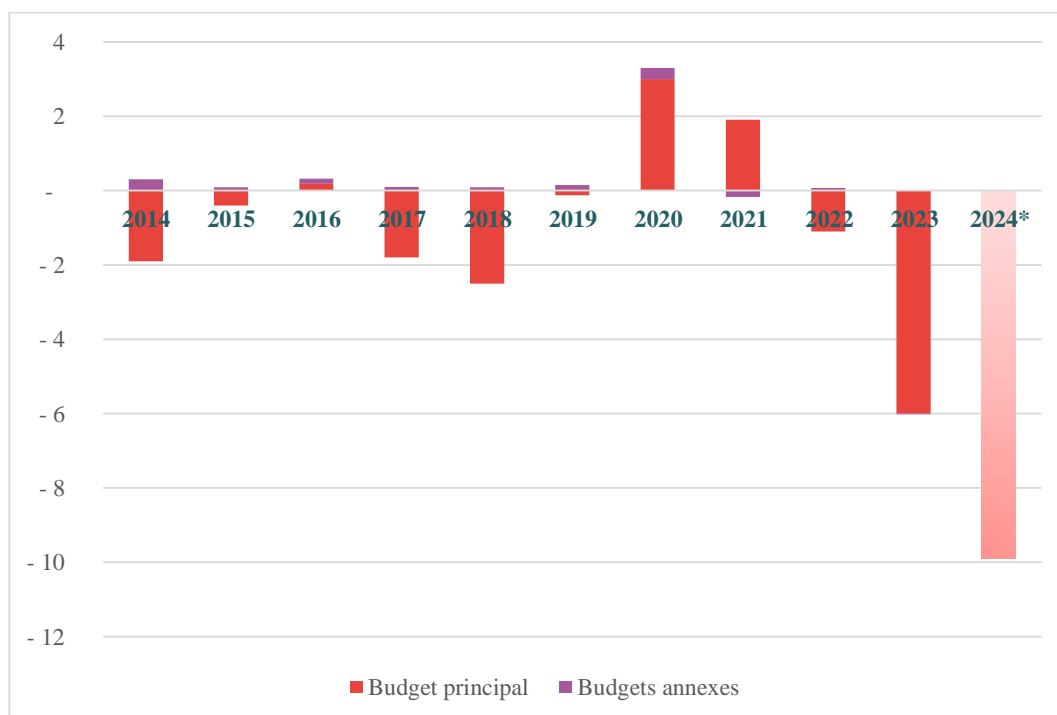
Sur une période de dix années, le compte de résultat du centre hospitalier, toutes activités confondues, a majoritairement présenté des déficits. Les années de crise sanitaire, au cours desquelles l'établissement a été fortement aidé⁶⁰, constituent une exception.

Le report à nouveau du passif, c'est-à-dire la somme des résultats cumulés passés, s'élevait à - 16,8 M€, fin 2023.

⁵⁸ L'établissement est son propre assureur pour le risque chômage de ses agents. L'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) est versée aux agents involontairement privés d'emploi (exemple : rupture conventionnelle du contrat à durée indéterminée, fin de contrat à durée déterminée...).

⁵⁹ Les années de service contractuel des agents non titulaires ainsi que les années d'études des infirmiers, sages-femmes et assistants sociaux, pouvaient faire jusqu'au 1^{er} janvier 2015 l'objet d'une demande de rachats de leurs cotisations retraite. Pour faire face au risque de recouvrement, l'établissement a provisionné la totalité des demandes en cours au 31 décembre 2016.

⁶⁰ En 2019, l'amélioration de la situation budgétaire résulte notamment d'une aide de l'agence régionale de santé de 0,4 M€ au titre des aides exceptionnelles aux établissements en difficulté.

Graphique n° 1 : Compte de résultat de l'établissement en M€ sur longue période

Source : comptes financiers. * Résultat provisoire du budget principal au 20 janvier 2025.

5.3 Des indicateurs financiers dégradés

5.3.1 Une marge brute faible voire négative

La marge brute d'exploitation⁶¹ permet de mesurer la marge dégagée par l'exploitation courante pour financer les charges financières, d'amortissements et de provisions, c'est-à-dire principalement pour financer les dépenses générées par les investissements. Cet indicateur met en évidence le caractère bénéficiaire de l'activité de l'établissement et sa capacité à investir. La marge brute non aidée doit permettre de faire face aux investissements courants incompressibles (évalués en moyenne nationale à 3 % des produits bruts d'exploitation) et à la charge annuelle de la dette (5 %).

À l'exception des années de crise sanitaire, le taux de marge brute hors aides (cf. Annexe n° 2) n'a jamais dépassé 0,7 % et est même devenu négatif en 2023, le fonctionnement courant n'était donc pas en mesure de financer les investissements que l'on prenne en compte les aides ou non.

⁶¹ La marge brute est calculée comme la différence entre les produits courants de fonctionnement (comptes 70 à 75 (sauf 7087) et 7722) et les charges courantes de fonctionnement (comptes 60 à 65 (débits nets des crédits), 7087 déduit). Le taux de marge brute rapporte la marge brute aux produits courants de fonctionnement.

Tableau n° 18 : Taux de marge brute du budget principal

| En % | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------------|------|------|------|------|-------|
| Taux de marge brute aidée | 2,8 | 5 | 4,9 | 1,8 | - 0,5 |
| Taux de marge brute non aidée | 0,7 | 3,4 | 3,4 | 0,4 | - 2 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

5.3.2 Une capacité d'autofinancement⁶² qui ne permet pas de rembourser la dette ni de financer l'investissement

Dans un schéma vertueux, l'autofinancement a pour fonction de rembourser l'annuité en capital de la dette et, pour le reliquat, de contribuer au financement des nouveaux investissements. Le solde est assuré par des emprunts, des cessions ou des subventions extérieures.

Durant la période examinée, la capacité d'autofinancement (CAF) cumulée (y compris les aides de l'ARS) s'est élevée à 15 M€. Elle n'a pas couvert les remboursements de dette (17 M€) et *a fortiori* les nouveaux investissements. Ceux-ci (24 M€) ont principalement été financés par les subventions et dotations (9 M€) et de nouveaux emprunts (22 M€).

En 2021, des subventions d'équipements ont été comptabilisées pour 1,5 M€. Cette même année, l'établissement a bénéficié d'une dotation pluriannuelle de 5,3 M€ au titre de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale⁶³. Ce montant est pris en compte en apports et en « autres emplois ». La reprise annuelle est imputée en « autres ressources » (1 M€ en 2021 puis 530 400 € de 2022 à 2029).

Le fonds de roulement⁶⁴ a été augmenté de 2,8 M€ essentiellement en 2020 et 2021. À partir de 2022, ce sont des prélèvements qui sont opérés.

⁶² La capacité d'autofinancement prend en compte la marge brute, le résultat financier et le résultat exceptionnel.

⁶³ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Dans la continuité du Ségur de la santé, l'article 50 de cette loi dispose : « I.- Afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale peuvent verser une dotation annuelle aux établissements mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique. Le versement de cette dotation est soumis à la conclusion par chaque établissement concerné d'un contrat avec l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021. (...) ».

⁶⁴ Le fonds de roulement correspond à la différence entre les ressources stables et les emplois stables. Un fonds de roulement positif indique que des ressources long terme sont mobilisées pour financer le besoin en fonds de roulement (besoin de financement à court terme).

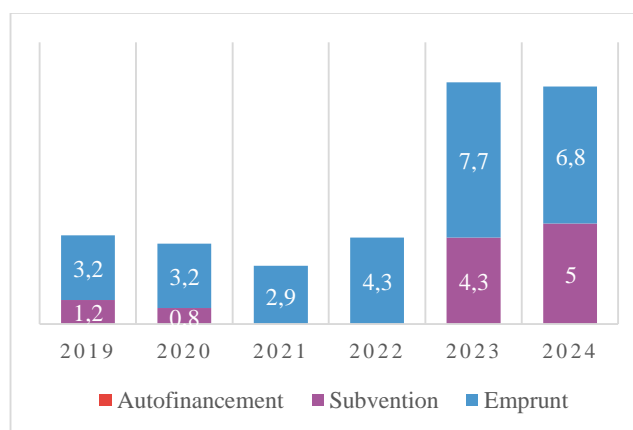
Tableau n° 19 : Tableau de financement des investissements

| En € | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Cumul 2019-2023 |
|---|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| CAF | 2 576 760 | 6 686 228 | 5 720 316 | 2 053 624 | - 1 940 518 | 15 096 410 |
| Emprunts nouveaux | 3 167 647 | 3 735 000 | 1 916 000 | 5 841 000 | 7 700 460 | 22 360 107 |
| Dotations et subventions | 594 117 | 512 264 | 6 760 295* | 97 096 | 1 298 637 | 9 262 409 |
| Autres ressources | 7 167 | | 1 060 800 | 948 573 | 696 199 | 2 712 739 |
| Total des ressources | 6 345 691 | 10 933 492 | 15 457 411 | 8 940 293 | 9 695 295 | 51 372 182 |
| Remboursements dettes financières | 3 202 273 | 3 427 007 | 3 527 790 | 3 542 609 | 3 583 420 | 17 283 099 |
| Immobilisations | 2 962 419 | 2 498 994 | 3 694 923 | 7 776 146 | 7 083 009 | 24 015 491 |
| Autres emplois | | | 5 304 000 | | | 5 304 000 |
| Total des emplois | 6 164 692 | 5 926 001 | 12 526 713 | 11 318 755 | 12 606 948 | 48 543 109 |
| Apport (+) ou prélèvement (-) Fonds de roulement | 180 999 | 5 007 491 | 2 930 698 | - 2 378 462 | - 2 911 653 | 2 829 073 |

Source : comptes financiers. * dont 5,3 M€ au titre de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Entre 2019 et 2023, les plans de financement des investissements, dont les montants annuels varient entre 3 et 12 M€, intègrent des emprunts et subventions mais aucun autofinancement.

Graphique n° 2 : Financement des investissements annuels du centre hospitalier de Martigues (en millions d'euros)



Source : CRC à partir des données de l'établissement.

5.4 Une forte augmentation des charges depuis 2019

Les charges ont fortement progressé entre 2019 et 2023 (42 M€ supplémentaires, soit une progression de 34 %). En valeur absolue, les plus fortes augmentations concernent les charges de personnel (27,4 M€) et les charges à caractère médical (8,7 M€).

Tableau n° 20 : Charges du budget principal

| En € | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| Titre 1 - Charges de personnel | 84 006 873 | 91 176 244 | 97 743 645 | 105 255 863 | 111 450 962 | 33 % |
| Titre 2 - Charges à caractère médical | 21 456 084 | 21 368 155 | 26 019 158 | 29 876 358 | 30 162 454 | 41 % |
| Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général | 11 002 411 | 11 046 189 | 11 946 181 | 13 132 195 | 14 414 510 | 31 % |
| Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles | 6 065 435 | 6 482 021 | 7 305 245 | 7 388 285 | 8 409 916 | 39 % |
| TOTAL | 122 530 803 | 130 072 609 | 143 014 229 | 155 652 701 | 164 437 842 | 34 % |

Source : comptes financiers.

5.4.1 Les charges de personnel (titre 1) ont augmenté d'un tiers en quatre ans

L'évolution des charges de personnel, comprise entre 6 et 9 % chaque année à partir de 2020, résulte de facteurs ponctuels mais aussi pérennes qui se sont appliquées à un effectif croissant.

Des mesures de différentes natures

La crise sanitaire et les accords du Ségur de la santé ont notamment eu pour conséquence une majoration des charges de personnel (renforts de personnels pour répondre à la crise sanitaire, versement de la prime Covid, revalorisations salariales). Il s'y est ajouté des mesures concernant l'ensemble de la fonction publique telles que les évolutions de la valeur du point d'indice en 2022 (3,5 %) et 2023 (1,5 %).

En 2020, l'augmentation de 6 M€ des charges de personnel s'explique ainsi par l'attribution d'une prime Covid (2 M€), la revalorisation salariale prévue par les accords du Ségur de la santé (à titre d'exemple, le complément de traitement indiciaire⁶⁵ s'est élevé à 1,2 M€ en 2020) et les renforts en personnel médical et non médical pour faire face à la crise sanitaire (heures supplémentaires, temps de travail additionnel, intérim et contractuels).

En 2021, les revalorisations salariales issues des accords Ségur ont eu un effet sur la totalité de l'année (le versement du complément de traitement indiciaire en année pleine s'est élevé à 4,5 M€) et les renforts en personnel médical et non médical sont demeurés nécessaires.

En 2022, la poursuite des revalorisations salariales Ségur du personnel non médical (1,2 M€), une augmentation de la valeur du point d'indice (1 M€) et la réalisation d'heures supplémentaires (1,5 M€) pour faire face à l'absentéisme ont contribué à la progression observée. Pour le personnel médical, les revalorisations salariales Ségur se sont également poursuivies pour 0,9 M€ et l'augmentation du coût de la permanence des soins a représenté 0,5 M€.

⁶⁵ Décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics.

En 2023, une nouvelle revalorisation du point d'indice est intervenue (1,4 M€), à laquelle se sont ajoutées l'attribution d'une prime pouvoir d'achat exceptionnelle⁶⁶ aux agents publics ayant perçu une rémunération brute inférieure ou égale à 39 000 euros au titre de la période courant du 1^{er} juillet 2022 au 30 juin 2023, pour 0,7 M€, la valorisation des évolutions de carrière pour 0,5 M€ et une hausse des effectifs pour 1,9 M€. L'établissement met en regard cette hausse des effectifs avec une diminution du montant des heures supplémentaires payées (2,4 M€ en 2022, 1,1 M€ en 2023). Cette baisse concerne toutefois les heures supplémentaires réalisées par les agents relevant de tous les budgets et non du seul budget principal et que la sortie de crise peut à elle seule expliquer une partie de cette diminution. Pour le personnel médical, une progression des dépenses d'intérim est constatée.

Une évolution importante des effectifs

Entre 2019 et 2024, le nombre d'équivalents temps plein rémunérés⁶⁷ (ETPR) non médicaux sur le budget principal est passé de 1289 à 1420 soit une progression de 131 ETPR (soit une croissance de 10,2 %). Cette seule évolution de l'effectif représente 6,8 M€ de progression de la masse salariale.

La progression importante des effectifs durant la période de crise sanitaire qui a nécessité des renforts dans différents domaines, s'est prolongée et s'est même amplifiée après la fin de la crise alors que la structure capacitaire et le périmètre d'activité de l'établissement n'ont pas notablement évolué.

Une partie des recrutements ont fait suite à la réponse de l'établissement à des appels à projets lancés par l'ARS, principalement en psychiatrie (8,11 ETPR en 2020, 11,55 ETPR en 2021, 9,28 ETPR en 2022, 4,82 ETPR en 2023, soit 33,76 ETPR) et financés par celle-ci. Entre 2019 et 2023, une partie des recrutements à l'initiative de l'établissement a concerné les infirmiers (38,88 ETPR recrutés), les adjoints administratifs (secrétaires médicales) (25,21 ETPR recrutés) et les aides-soignants (12,41 ETPR recrutés).

L'établissement souligne qu'il a bénéficié, pour créer ces postes, de plusieurs enveloppes relatives à la sécurisation des organisations de travail en lien avec le Ségur de la santé (782 002 € en 2022, 1 350 868 € en 2023, 1 373 041 € en 2024). En 2023, les éléments de langage de l'ARS sur ce sujet rappelaient que l'accord du Ségur de la santé comprenait notamment des mesures de transformation des organisations pour améliorer les conditions de travail et mettre en œuvre des politiques ambitieuses en matière de ressources humaines. Parmi les mesures financées figuraient des créations de postes⁶⁸.

⁶⁶ Décret n° 2023-702 du 31 juillet 2023 portant création d'une prime de pouvoir d'achat exceptionnelle pour certains agents publics civils de la fonction publique de l'Etat et de la fonction publique hospitalière ainsi que pour les militaires.

⁶⁷ Les ETPR correspondent aux effectifs physiques pondérés par la rémunération reçue par ces agents en fonction de leur quotité de travail.

⁶⁸ Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2021/168 du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du « Ségur de la santé » pour la fonction publique hospitalière.

Si les enveloppes qui ont permis ces créations de postes ont été reconduites depuis 2022, et même augmentées jusqu'en 2024, elles ne correspondent cependant qu'à l'allocation de crédits non reconductibles. La note d'orientation diffusée fin 2024 par l'ARS, en prévision de l'élaboration des EPRD 2025, précisait « *concernant les crédits liés à la sécurisation des organisations, au-delà de 2024 et dans l'attente de précisions sur les perspectives, il est proposé de reconduire à l'EPRD ainsi que sur le PGFP les montants 2024 (...).* ». Leur reconduction n'était donc pas assurée.

Tableau n° 21 : Nombre d'ETPR non médicaux sur le budget principal

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2024-2019 |
|---|---------|---------|---------|--------|--------|---------|-----------|
| <i>Nombre d'ETPR</i> | 1288,54 | 1323,55 | 1342,57 | 1354,4 | 1389,8 | 1420,16 | |
| <i>Évolution annuelle du nombre d'ETPR</i> | | 35,01 | 19,02 | 11,83 | 35,4 | 30,36 | 131,62 |
| <i>Évolution annuelle du nombre d'ETPR (en %)</i> | | 2,7 % | 1,4 % | 0,9 % | 2,6 % | 2,2 % | 10,2 % |

Source : centre hospitalier de Martigues.

Le nombre des ETPR médicaux a également progressé entre 2019 et 2024. Pour l'ensemble de l'établissement, ces effectifs ont augmenté de 26,62 ETPR d'internes et de 18,05 ETPR de praticiens à diplôme étranger.

5.4.2 Les charges à caractère médical (titre 2) ont fortement progressé

Les charges médicales se sont nettement accrues durant la période examinée, passant de 21,5 M€ à 30,2 M€, soit une augmentation de 41 %.

Ces dépenses recouvrent l'achat des médicaments, produits à usage médical (produits sanguins par exemple) ainsi que les fournitures (blouses, masques...), petits matériels qui représentent environ 75 % de la dépense et subissent les fluctuations les plus importantes, et les dépenses d'entretien d'équipements médicaux. Ces dépenses sont liées aux évolutions de l'activité, elles ont aussi été impactées par la crise sanitaire et l'évolution des prix.

À titre d'exemples, en lien avec la crise sanitaire, les dépenses de fournitures de laboratoire sont passées de 1,5 M€ en 2019 à 2,6 M€ en 2022, en raison notamment de l'achat des réactifs PCR. Les achats de gants, en quantité plus importante, ont majoré les dépenses de dispositifs médicaux.

L'extension de la dialyse, avec le passage de 12 à 16 postes à compter de février 2019, s'est traduite par une hausse des achats de dispositifs médicaux nécessaires à cette activité. D'autres disciplines ont également connu un développement d'activité (l'urologie, l'orthopédie). Les dépenses de dispositifs médicaux, hors liste en sus⁶⁹, sont passées de 1,2 M€ à 2 M€.

⁶⁹ Les dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus sont pris en charge par l'assurance maladie en sus des tarifs d'hospitalisation.

Les dépenses de sous-traitance à caractère médical ont fortement progressé, qu'il s'agisse des laboratoires (0,4 M€) ou des autres prestations (0,5 M€). Le principal poste expliquant l'augmentation est le recours à des prestations de télé-radiologie médicale en 2022 suite à un absentéisme important des radiologues.

Parmi les médicaments, ceux dit de liste « en sus⁷⁰ », ont connu une augmentation de 5,1 M€, soit un doublement entre 2019 et 2023. Ils représentent plus des deux tiers des produits pharmaceutiques achetés. Les dispositifs médicaux de la liste « en sus » ont progressé de 0,2 M€, soit 29 %.

Les autres dépenses de médicaments ont, pour leur part, baissé en raison de la diminution des rétrocessions suite au passage en pharmacie de ville de certains traitements concernant notamment le cancer du poumon ou la mucoviscidose.

5.4.3 Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3)

Les charges à caractère hôtelier et général ont progressé de 3,4 M€, soit 31 % passant de 11 M€ à 14,4 M€ entre 2019 et 2023.

La crise sanitaire explique une partie de cette évolution avec l'achat de masques, de blouses mais aussi de prestations de sécurité. L'inflation a également contribué à l'évolution constatée.

Parmi les principales augmentations figurent l'alimentation (0,4 M€), l'énergie, l'électricité, le chauffage, les fournitures d'atelier (1,5 M€), l'entretien et la réparation de biens en lien avec la vétusté des bâtiments (0,1 M€).

Les locations immobilières ont progressé de 0,3 M€ du fait d'une augmentation des chambres d'internes, de l'existence de nouvelles structures en 2022 et d'une régularisation de charges locatives par le conseil général en 2023.

La contribution au GHT a également progressé passant de 0,04 M€ en 2019 à 0,2 M€ en 2023. Les transports d'usagers ont augmenté de 0,2 M€.

Les autres prestations diverses (compte 6288) ont augmenté de 0,5 M€ pour différentes raisons : une augmentation des dépenses de stérilisation liée à la hausse de l'activité (0,1 M€), une progression des prestations de sécurité lors de la crise sanitaire et dans le cadre du plan Vigipirate (0,4 M€) et, ponctuellement, des augmentations liées à des prestations spécifiques comme la réalisation d'une étude territoriale en 2022 pour 0,2 M€ financée par l'ARS.

⁷⁰ Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant.

5.4.4 Les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles (titre 4)

Les charges de titre 4 ont progressé de 2,3 M€, soit 39 %, passant de 6,1 M€ à 8,4 M€ entre 2019 et 2023.

L'essentiel de la progression constatée se concentre sur deux postes : les amortissements en hausse de 0,9 M€ (30 %), à la suite de l'intégration de différentes opérations de travaux et équipements et les provisions en hausse de 1,1 M€.

Les charges financières (intérêts des emprunts et des lignes de trésorerie) ne contribuent qu'à hauteur de 67 000 € à la progression observée.

Les charges exceptionnelles correspondent, pour une large part, aux annulations de titres sur exercices antérieurs qui progressent depuis 2021 (passage de 0,3 M€ à 1,1 M€). Un audit du bureau des entrées réalisé en 2021 a abouti à la mise en place d'une nouvelle organisation et au traitement des rejets et restes à recouvrer qui n'étaient plus gérés depuis 2020. Les montants imputés au compte 675 qui retrace la valeur comptable des éléments d'actif cédés varient en fonction des cessions avec deux montants plus significatifs en fin de période (374 899 € en 2022⁷¹ et 107 157 € en 2023⁷²).

5.5 Une progression des produits moins rapide que celle des charges

Les produits ont progressé de 36 M€, soit 29 %, pour atteindre 158,4 M€ en 2023, principalement du fait des produits versés par l'assurance maladie.

La lecture des évolutions est perturbée sur les titres 1 (produits versés par l'assurance maladie) et le titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière) pour différentes raisons :

- la sécurisation des recettes des établissements de santé durant la crise sanitaire ;
- le versement de dotations exceptionnelles durant cette même période pour faire face aux surcoûts qu'elle a engendrés ;
- la compensation des mesures adoptées dans le cadre du Ségur de la santé ;
- l'entrée en vigueur de réformes de financement concernant plusieurs secteurs d'activité (les urgences, la psychiatrie et les soins médicaux et de réadaptation (SMR)) ;
- l'entrée en vigueur de la réforme des tarifs journaliers de prestations (titre 2).

Les conséquences de certaines mesures se sont cumulées. La progression de l'activité a produit ses propres effets, ajoutant à la difficulté de lecture. Ainsi, à titre d'exemple, les montants issus des réformes de financement ont intégré les effets de certaines mesures salariales.

⁷¹ Dont 336 682,92 € correspondant à des travaux réalisés dans le cadre du projet de modernisation du groupement d'intérêt public « blanchisserie de l'ouest de l'étang de Berre ».

⁷² Valeur nette comptable de l'IRM acquis en 2014.

Tableau n° 22 : Produits du budget principal (en €)

| <i>Produits</i> | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| <i>Titre 1 - Produits versés par l'Assurance Maladie</i> | 99 846 341 | 109 661 767 | 120 313 821 | 126 912 281 | 132 649 601 | 33 % |
| <i>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</i> | 6 043 044 | 6 523 164 | 6 620 072 | 7 116 286 | 6 833 544 | 13 % |
| <i>Titre 3 - Autres produits</i> | 16 514 326 | 16 956 676 | 18 015 086 | 20 531 058 | 18 917 660 | 15 % |
| TOTAL | 122 403 711 | 133 141 607 | 144 948 979 | 154 559 625 | 158 400 805 | 29 % |

Source : comptes financiers.

5.5.1 Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

Les produits de titre 1 retraçant les versements de l'assurance maladie sont en hausse de 32 M€ entre 2019 et 2023. Tous les comptes sont en augmentation à l'exception des produits sur exercices antérieurs.

Tableau n° 23 : Produits versés par l'assurance maladie (en €)

| <i>Comptes</i> | <i>Libellés</i> | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2023-2019 |
|----------------|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| 73111 | Produits de la tarification des séjours MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) | 51 160 444 | 52 602 915 | 58 964 288 | 58 579 242 | 64 149 267 | 25 % |
| 73112 | Produits des médicaments MCO | 3 486 410 | 3 748 610 | 5 102 707 | 6 748 987 | 7 172 989 | 106 % |
| 73113 | Produits des dispositifs médicaux facturés en sus | 591 340 | 545 865 | 646 027 | 659 326 | 775 158 | 31 % |
| 73114 | Forfait annuel MCO | 3 232 191 | 3 424 806 | 5 964 754 | 6 833 744 | 7 837 273 | 142 % |
| 73115 | Produits du financement des activités de SSR (soins de suite et réadaptation) | 333 928 | 378 303 | 496 743 | 439 988 | 3 558 895 | 966 % |
| 73117 | Dotation annuelle de financement | 22 264 605 | 23 647 099 | 24 744 816 | 27 592 187 | 25 562 612 | 15 % |
| 73118 | Dotation Migac (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) MCO | 4 062 402 | 9 821 602 | 9 877 864 | 9 263 741 | 7 743 795 | 91 % |
| 7312 | Produits de prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique MCO | 8 702 873 | 9 150 305 | 8 601 882 | 9 870 623 | 9 639 992 | 11 % |
| 7471 | FIR (fonds d'intervention régional) | 5 662 242 | 5 904 731 | 5 891 671 | 6 683 160 | 6 062 745 | 7 % |
| 7722 | Produits exercices antérieurs | 349 907 | 437 531 | 23 068 | 15 425 | 146 874 | -58 % |
| | Total | 99 846 342 | 109 661 767 | 120 313 821 | 126 686 423 | 132 649 600 | 33 % |

Source : comptes financiers.

5.5.1.1 Les produits de la tarification, la sécurisation des recettes durant la crise sanitaire

En 2019, avant la crise sanitaire et les réformes de financement, le centre hospitalier était financé en fonction de son niveau d'activité pour les secteurs de médecine, chirurgie et obstétrique et via une dotation annuelle de financement (une enveloppe budgétaire globale attribuée chaque année) pour ses activités de psychiatrie et soins de suite et réadaptation.

Durant la crise sanitaire, à partir de 2020, l'activité des établissements de santé s'est trouvée profondément modifiée (déprogrammation d'une partie de l'activité, baisse de l'activité des urgences, notamment). Un mécanisme de garantie de financement a été mis en place afin de neutraliser les effets de la crise sur le niveau des recettes. Il a concerné l'ensemble des activités réalisées par les établissements de santé alors financées en tout ou partie sur la base de la production d'activité de 2020 à fin 2022.

La garantie de financement a permis aux établissements de percevoir en 2020 une recette au moins équivalente à l'activité constatée en 2019, valorisée aux tarifs de l'année en cours. Lorsque l'activité effectivement réalisée a été plus élevée qu'en 2019, les établissements concernés ont perçu des recettes calculées selon les modalités normales. En 2021, la garantie de financement a été maintenue en prenant pour référence le montant de la garantie de financement 2020 ou l'activité 2020. En 2022, le montant de la garantie de financement 2021 a été pris pour référence.

En 2021 et 2022, la valorisation de l'activité du centre hospitalier de Martigues a dépassé le montant de la garantie de financement de 3 M€ et 2,5 M€ respectivement. À titre de comparaison, en 2021, 81 % des hôpitaux ont bénéficié de la garantie de financement, ils étaient 78 % à en bénéficier en 2022⁷³.

En 2023, année de sortie de la crise sanitaire, la garantie de financement a été remplacée par un mécanisme de sécurisation modulée à l'activité (SMA) offrant un niveau de garantie moindre. Ce mécanisme reposait alors à 70 % sur la garantie de financement versée en 2022 et à 30 % sur les recettes de l'activité. L'établissement a réalisé une activité supérieure au montant garanti par la SMA (2,9 M€).

5.5.1.2 Les dotations spécifiques

Les dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont également progressé en lien avec la crise sanitaire. Les compensations des surcoûts liés à la crise sanitaire, des pertes de recettes résultant de la crise sanitaire, les revalorisations des rémunérations accordées dans le cadre du Ségur de la santé, la majoration de la valorisation des heures supplémentaires pour le personnel non médical et du temps de travail additionnel pour le personnel médical, l'augmentation du point d'indice ont été versées sous forme d'aides à la contractualisation (AC).

⁷³ La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire, rapport public thématique, Cour des comptes, octobre 2023.

En 2023, la compensation des surcoûts liés à la crise sanitaire a diminué et les financements Ségur ont été intégrés dans les tarifs des séjours. Ceux-ci ont progressé pour les établissements de 6,9 % au 1^{er} mars 2023 et de 4,4 % au 1^{er} mars 2024⁷⁴. Les dotations AC ont diminué de ce fait.

Les dotations spécifiques (fonds d'intervention régional (FIR)), qui concernent différents domaines, ont également notablement progressé. Elles couvrent notamment la permanence des soins pour des montants compris chaque année entre 1,6 M€ et 1,8 M€, des aides à l'investissement pour plus de 2 M€ jusqu'en 2023 (1,5 M€ en 2023 et 1,2 M€ en 2024), le financement d'équipes mobiles (0,2 M€ au titre de l'équipe mobile de gériatrie en 2024, 0,3 M€ au titre de l'équipe mobile de soins palliatifs), l'appui à la prise en charge des patients en situation de précarité pour 0,4 M€ et, de façon plus ponctuelle, la réhabilitation de la pharmacie en 2021 pour 0,5 M€ et le financement d'études territoriales en préparation du schéma directeur immobilier pour 0,2 M€.

5.5.1.3 Les réformes du financement de plusieurs activités

La période a, par ailleurs, été marquée par la réforme du financement de trois disciplines : les urgences à compter de 2021, la psychiatrie à partir de 2022 et les SMR depuis 2023.

La réforme du financement des urgences

La réforme du financement des urgences est issue du pacte de refondation des urgences de septembre 2019. Elle vise à recentrer les urgences sur l'accueil des cas lourds, en supprimant le lien direct entre le financement et le nombre de passages enregistrés sans prise en compte de la complexité des soins réalisés.

Avant la réforme, les établissements percevaient au titre de l'activité d'urgence :

- un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) pour chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation au sein du même établissement ;
- le produit de la facturation des consultations et examens de biologie et imagerie ;
- le forfait annuel urgences (FAU) destiné à couvrir les charges fixes des services d'urgence ;
- le forfait annuel activités isolées urgences (FAI U) pour les services d'urgence qui répondent à plusieurs critères d'isolement ;
- deux missions d'intérêt général (MIG) : la MIG « aide médicale urgente en milieu périlleux » et la MIG « structures mobiles d'urgence et de réanimation » (SMUR).

En cas d'hospitalisation consécutive à un passage aux urgences, seul le séjour hospitalier hors urgence était facturé aux patients selon la grille tarifaire des tarifs par séjour.

Avec la réforme, les FAU et FAI U, les MIG SMUR et milieux périlleux et le forfait ATU ont disparu. La nouvelle enveloppe est répartie entre :

- une dotation populationnelle ;
- une dotation qualité ;

⁷⁴ Pour les établissements du secteur dit « ex-DG » (ex-dotation globale).

- une part liée à l'activité comprenant notamment des forfaits et suppléments visant à mieux refléter les différences de lourdeur des prises en charge.

La réforme est entrée en vigueur en 2021. À compter de cette année-là, les produits concernant les urgences ont évolué dans leur montant et surtout leur imputation. Du fait de problèmes d'imputation ces montants n'apparaissent pas en tant que tels dans les comptes financiers du centre hospitalier.

Les produits correspondant au financement des urgences ont progressé passant de 7,6 M€ à 9,3 M€. Les effets de la réforme se conjuguent avec ceux des revalorisations salariales et la progression d'activité.

Tableau n° 24 : Produits relatifs aux urgences hors UHCD (en €)

| | 2019 | 2020 (*) | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Dotation populationnelle des urgences</i> | | | 5 539 184 | 6 377 736 | 7 223 791 |
| <i>Forfait annuel Urgences (FAU)</i> | 3 066 090 | 3 066 091 | | | |
| <i>Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) – Mission d'intérêt général (MIG)</i> | 2 179 990 | 1 249 367 | | | |
| <i>Soutien fonctionnement Urgences période estivale</i> | 20 000 | | | | |
| <i>Prime personnel non médical service des urgences / SMUR</i> | 52 754 | | | | |
| <i>Prime de risques Urgences</i> | 110 249 | | | | |
| <i>Sous-total</i> | 5 429 083 | 4 315 458 | 5 539 184 | 6 377 736 | 7 223 791 |
| <i>Actes et consultations externes</i> | 1 170 324 | 998 079 | 960 009 | | |
| <i>Forfaits externes et suppléments dès l'application de la réforme au 1/01/2022</i> | | | | 2 042 788 | 1 949 428 |
| <i>Accueil et traitement des urgences (ATU) des urgences générales (passage dans la tarification à l'activité dès le 1/01/2022)</i> | 889 313 | 742 195 | 866 567 | | |
| <i>ATU gynécologiques</i> | 106 407 | 87 584 | 97 110 | 101 589 | 135 767 |
| <i>Sous-total</i> | 2 166 044 | 1 827 857 | 1 923 686 | 2 144 377 | 2 085 195 |
| <i>Total</i> | 7 595 127 | 6 143 315 | 7 462 870 | 8 522 113 | 9 308 986 |

* année COVID avec des financements de compensation non spécifiques.

Source : centre hospitalier de Martigues.

La réforme du financement de la psychiatrie

L'activité de psychiatrie des établissements publics de santé était financée, avant la réforme de son financement, par une dotation annuelle de financement (DAF). En 2019, la DAF de psychiatrie du centre hospitalier correspondait à 19,6 M€.

La réforme du financement a notamment pour objectif de financer selon des modalités identiques tous les établissements exerçant une activité psychiatrique quel que soit son secteur (public ou privé) et de réduire les inégalités de ressources entre régions issues des anciennes modalités de financement. Le nouveau modèle de financement se présente en huit compartiments :

- la dotation populationnelle ;
- la dotation à la file active ;
- le compartiment incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) ;
- la qualité du codage ;
- le compartiment activités spécifiques ;
- les nouvelles activités ;
- le compartiment transformations ;
- le compartiment structuration de la recherche.

En 2022, année de transition vers le nouveau modèle, tous les établissements, quel que soit leur mode de financement antérieur, ont été financés via une seule dotation : la dotation provisionnelle, d'un montant au moins égal aux recettes 2021.

À l'issue de la campagne budgétaire 2022, le nouveau modèle de financement a été appliqué « à blanc » de manière rétrospective à tous les établissements. Lorsque le total du modèle à blanc était supérieur à la dotation provisionnelle, un montant complémentaire a été versé. Aucun montant n'a été repris aux établissements pour lesquels le modèle à blanc était inférieur à la dotation provisionnelle.

Depuis 2023, les établissements sont financés via les dotations du nouveau modèle. Entre 2023 et 2025, le montant des deux compartiments principaux (dotation populationnelle et dotation file active) est sécurisé.

Pour l'établissement, la dotation provisionnelle sur la base des recettes 2021 et des mesures nouvelles ciblées s'élevait à 23,4 M€. La modélisation à blanc a abouti à un montant de 24 M€. L'établissement a donc perçu en 2022 une dotation complémentaire de 0,5 M€. En 2023, les dotations de psychiatrie de l'établissement s'élevaient à 25,2 M€⁷⁵. Dans ce montant, en progression par rapport à 2019, sont intégrés les effets des mesures de compensation des revalorisations salariales⁷⁶.

La réforme du financement des soins de suite et réadaptation

Les soins de suite et réadaptation (devenus soins médicaux et de réadaptation (SMR) en 2022⁷⁷) étaient financés avant la réforme de leur financement par une dotation annuelle de financement (DAF). Une part de la dotation était modulée à l'activité (DMA).

En 2019, la DAF des soins de suite et réadaptation s'élevait à 2,5 M€. La DMA correspondait, cette même année, à 0,3 M€.

⁷⁵ Dotations ARS 2023 concernant la psychiatrie : dotation populationnelle : 20 M€, dotation accompagnement à la transformation : 1,4 M€, dotation file active : 3,8 M€, qualité du codage : 0,04 M€.

⁷⁶ Mesures annoncées le 12 juin 2023 par le ministre de la transformation et de la fonction publique.

⁷⁷ Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

Le nouveau modèle de financement tel que défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est entré en vigueur dans sa totalité au 1^{er} juillet 2023. Il comprend :

- une part « forfaitaire » dont l'objectif est d'allouer la ressource en fonction des besoins de santé, approchés par les caractéristiques des populations et des territoires, et également de sécuriser les établissements en leur garantissant une base de ressources minimale, leur permettant de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité.
- une part « activité » correspondant à un financement au séjour permettant de prendre en compte l'activité réalisée au cours de l'année N, qui a vocation à compléter le financement de la part forfaitaire pour permettre à l'établissement de bénéficier de ressources liées à son activité réelle, afin d'accompagner la dynamique d'activité.

Les établissements sont également éligibles à trois compartiments complémentaires pour financer certaines activités ou missions spécifiques :

- le compartiment « plateaux techniques spécialisés » (PTS) visant à compenser une partie des charges induites par l'exploitation de PTS rares et coûteux
- le compartiment « molécules onéreuses » (MO) permettant le financement en sus de certaines molécules inscrites sur une liste limitative. Il s'agit de permettre aux établissements de dispenser des traitements onéreux. Cette liste englobe la liste en sus MCO ainsi que des molécules onéreuses spécifiques au champ SMR.
- le compartiment relatif aux dotations finançant certaines missions d'intérêt général (MIG) dont les établissements de SMR ont spécifiquement la charge, en raison notamment de la durée des prises en charge et de la spécificité du projet thérapeutique.

Pour l'établissement, le montant des dotations forfaitaires s'est élevé en 2023 à 3 M€, complété par des produits de l'activité pour 0,4 M€, des MIGAC pour 0,09 M€, soit 3,5 M€.

5.5.2 Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

Les autres produits de l'activité hospitalière ont progressé de 0,8 M€ (13 %). Ces produits correspondent à la part restant à la charge des mutuelles ou des usagers qu'il s'agisse du ticket modérateur ou du forfait journalier qui correspond à la prise en charge hôtelière des patients durant leur hospitalisation.

Tableau n° 25 : Produits de titre 2 (en €)

| Comptes | Libellés | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Evol. 2023- 2019 | Evol. en % |
|---------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------|---------------|
| 7321 | Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie | 2 362 787 | 3 183 538 | 3 017 485 | 3 026 086 | 2 715 759 | 352 972 | 15 % |
| 7322 | Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'assurance maladie | 137 877 | 157 105 | 144 498 | 206 640 | 282 309 | 144 432 | 105 % |
| 7324 | Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'assurance maladie | 1 363 816 | 1 201 889 | 1 497 547 | 1 694 589 | 1 681 635 | 317 819 | 23 % |
| 73271 | Forfait journalier MCO | 1 226 100 | 1 151 220 | 1 288 080 | 1 265 300 | 1 291 520 | 65 420 | 5 % |
| 73272 | Forfait journalier SSR | 174 940 | 127 860 | 63 140 | 146 700 | 179 180 | 4 240 | 2 % |
| 73273 | Forfait journalier psychiatrie | 399 510 | 409 185 | 379 605 | 386 370 | 335 940 | - 63 570 | - 16 % |
| 733 | Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France | 378 013 | 292 367 | 229 717 | 390 601 | 347 202 | - 30 811 | - 8 % |
| | TOTAL | 6 043 043 | 6 523 164 | 6 620 072 | 7 116 286 | 6 833 545 | 790 502 | 13 % |

Source : comptes financiers.

Les comptes 7321 et 7322 sont concernés par la mise en œuvre de la réforme des tarifs journaliers de prestations. Ces tarifs servent de base au calcul de la participation des assurés dans le champ hospitalier (ticket modérateur), ainsi qu'au remboursement des soins des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (conventions internationales), et des soins des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents.

La réforme des tarifs journaliers de prestations

La réforme consiste à remplacer les tarifs journaliers de prestations (TJP) propres à chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée pour tous les établissements, fixée au niveau national via les tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP).

À compter du 1^{er} janvier 2022, les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements MCO et psychiatrie sont fixés au regard d'une grille de tarification nationale journalière des prestations et affectés d'un coefficient de transition (mise en œuvre progressive jusqu'au 31 décembre 2025). La réforme s'applique à compter du 1^{er} juillet 2023.

La grille de tarification est établie en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement. Les établissements sont répartis en groupe et se voient notifier les tarifs correspondant au groupe auquel ils appartiennent.

Pour les différentes activités, le tarif applicable résulte du produit entre le tarif national journalier de prestations et le coefficient de transition de l'année en cours. Un coefficient de transition supérieur à 1 signifie que les tarifs journaliers de prestations de l'établissement vont diminuer (établissement perdant) et inversement pour un coefficient de transition inférieur à 1 (établissement gagnant). Les ARS notifient à chaque établissement leurs tarifs après application du coefficient.

Le centre hospitalier de Martigues se situe dans le groupe 4 (établissement dont le montant des produits de titre 1 en 2019 se situe entre 38 et 158 M€) pour son activité MCO, dans le groupe « mixte et sectorisé » pour son activité de psychiatrie et dans le groupe « petit⁷⁸ et mixte⁷⁹ » pour les SMR.

Le montant des tarifs des activités hors psychiatrie de l'établissement est affecté d'un coefficient de transition inférieur à 1. Pour les activités de psychiatrie et pour les SMR, le coefficient de transition est supérieur à 1.

5.5.3 Les autres produits (titre 3)

Les autres produits ont progressé durant la période de 2,4 M€ (15 %) passant de 16,5 M€ à 18,9 M€.

La recette la plus importante (5,9 M€ en 2023) provient des rétrocessions de médicaments, c'est-à-dire des médicaments dispensés par la pharmacie de l'hôpital à des patients extérieurs. Celle-ci a toutefois reflué entre 2019 et 2023 de 0,3 M€. Cette évolution est toutefois neutre sur le résultat, puisqu'elle fait suite à l'achat de ces médicaments par l'établissement.

Les autres produits de gestion courante, deuxième poste de recettes (2,7 M€ en 2023), sont en progression de 0,3 M€. Ils correspondent au remboursement de frais de la formation professionnelle, aux recettes de co-utilisation d'équipements lourds.

⁷⁸ Moins de 700 séjours par an.

⁷⁹ Établissement exerçant une activité autre que les SMR.

Les variations de stocks (2,4 M€ en 2023) ont augmenté de 1 M€ expliquant près de la moitié de la progression observée sur le titre 3.

Les reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (2 M€ en 2023) ont progressé de 0,2 M€ en raison des mouvements opérés sur les comptes de provision.

Les remboursements de frais par les budgets annexes ont augmenté de 0,3 M€. La progression résulte à titre principal des dépenses de personnel, des stocks et de l'énergie. Les remboursements les plus importants sont ceux du budget de long séjour (budget B) et du budget de l'EHPAD (budget E). Ils représentaient ensemble plus de 60 % des remboursements en 2023.

Les remboursements entre budgets sont déterminés à partir d'une note méthodologique qui prend en compte les dépenses suivantes : la restauration, la blanchisserie, les affranchissements, l'énergie, la téléphonie, les locations immobilières, les mises à disposition de personnel et les erreurs d'affectation diverses (dépenses imputées par erreur sur le budget principal). Les amortissements sont imputés directement sur les budgets annexes ainsi que les intérêts des emprunts lorsque l'emprunt porte uniquement sur le budget annexe.

Les modalités de remboursement des budgets annexes au budget principal appellent différentes remarques. La note méthodologique devrait mentionner les stocks. Si un emprunt porte sur une opération concernant plusieurs budgets, les intérêts devraient être imputés sur le budget concerné. Enfin, les dépenses correspondant à la participation de certaines directions au fonctionnement des budgets annexes devraient faire l'objet d'un remboursement : la direction générale, la direction des soins, la direction des affaires médicales, la direction de la qualité et gestion des risques ou la direction des affaires juridiques et des droits des patients.

La chambre prend note de l'engagement de l'ordonnateur de mentionner les stocks dans la note méthodologique élaborée pour la clôture de l'exercice 2024.

Les produits exceptionnels (comptes 77) ont augmenté globalement de 0,3 M€ avec des fluctuations assez importantes liées, par exemple, à un dégrèvement sur la taxe sur les salaires sur 2020 pour 1 M€, des cessions d'actif de 0,4 M€ en 2022⁸⁰, une progression de la quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice (0,2 M€ en 2019, 0,5 M€ en 2023).

5.6 Une croissance du bilan qui n'est pas portée par l'évolution du patrimoine hospitalier

Le bilan a globalement progressé, passant de 49,3 M€ fin 2019 à 71,3 M€ fin 2023.

⁸⁰ Travaux réalisés dans le cadre du projet de modernisation du groupement d'intérêt public « blanchisserie de l'ouest de l'Etang de Berre » et un échographe.

Tableau n° 26 : Bilan simplifié

| En € | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Immobilisations nettes</i> | 28 572 972 | 27 840 479 | 32 291 051 | 35 475 720 | 37 557 368 |
| <i>Actif circulant</i> | 20 678 032 | 22 778 622 | 32 167 646 | 31 053 435 | 33 702 605 |
| Total de l'actif | 49 251 004 | 50 619 101 | 64 458 697 | 66 529 155 | 71 259 973 |
| <i>Capitaux propres</i> | 18 293 | 3 547 704 | 11 246 521 | 9 876 753 | 4 583 487 |
| <i>dont apports</i> | 12 879 222 | 12 969 415 | 18 273 415 | 18 273 415 | 18 273 415 |
| <i>dont reports à nouveau</i> | - 20 224 457 | - 20 255 305 | - 17 483 445 | - 15 765 301 | - 16 811 463 |
| <i>dont subventions d'investissements</i> | 2 949 568 | 3 046 155 | 4 106 677 | 3 758 072 | 4 523 116 |
| <i>Provisions</i> | 5 297 380 | 5 283 767 | 6 638 888 | 6 621 806 | 6 438 266 |
| <i>Dettes</i> | 43 786 670 | 41 248 546 | 46 328 102 | 49 965 263 | 59 361 163 |
| <i>dont dettes financières</i> | 26 854 093 | 23 645 444 | 24 009 305 | 27 307 638 | 32 534 305 |
| Total du passif | 49 251 004 | 50 619 101 | 64 458 697 | 66 529 155 | 71 259 973 |

Source : comptes financiers.

5.6.1 Une croissance de l'actif principalement circulant

Les immobilisations progressent pour différentes raisons :

- l'intégration au bilan d'opérations achevées telles que les travaux d'extension de la dialyse en 2019, des investissements concernant le dossier patient informatisé et le PACS⁸¹ en 2020, les travaux de désenfumage en 2021 et 2022 et la réalisation d'opérations telles que les travaux d'imagerie médicale avec le remplacement de l'IRM et du scanner et l'achat d'un second scanner en 2023 (immobilisations en cours) ;
- une forte hausse des immobilisations financières à hauteur de 4,2 M€ par intégration d'un soutien à l'investissement de 5,3 M€ ;
- l'acquisition d'un bâtiment pour l'IFSI en 2022 pour 2,1 M€.

La progression de l'actif résulte moins d'une évolution du patrimoine hospitalier que de la hausse de l'actif circulant qui correspond essentiellement aux attentes de versement de dotations complémentaires de l'assurance maladie, de tiers payants et des variations de stocks.

La chambre prend note de l'engagement de l'ordonnateur à poursuivre le travail engagé sur l'analyse et le traitement des restes à recouvrer.

⁸¹ PACS pour *picture archive and communication system*. Le PACS est un système de gestion électronique des images médicales avec des fonctions d'archivage, de stockage et de communication rapide.

5.6.2 Une croissance du passif par les dettes malgré les apports de l'ARS

5.6.2.1 Les fonds propres sont portés par des aides publiques

En 2019, au passif du bilan, les fonds propres sont quasi inexistants (18 293 €), du fait du cumul des résultats déficitaires passés. Le report à nouveau déficitaire s'élève alors à plus de 20 M€. Les corrections d'écritures comptables au haut du bilan sur les provisions pour CET en 2019 (0,7 M€) et sur les heures dues en 2021 (0,4 M€) ont dégradé le report à nouveau déficitaire.

Les fonds propres sont néanmoins demeurés positifs et se sont améliorés significativement à partir de 2020 sous l'effet de deux résultats positifs en 2020 et 2021 durant la période de la crise sanitaire marquée par un fort soutien de l'ARS et des subventions d'investissement accordées à l'établissement (entre 3 et 4,5 M€ entre 2019 et 2023).

5.6.2.2 Les dettes se sont accrues

Les dettes, au passif du bilan, recouvrent les dettes financières résultant des emprunts contractés et des lignes de trésorerie souscrites, les dettes d'exploitation correspondant aux avances reçues, aux dettes fournisseurs et aux dettes fiscales et sociales et enfin, dans une proportion moindre, les dettes diverses.

La progression globale des dettes entre 2019 et 2023 à hauteur de 15,6 M€ ne résulte pas, à titre principal, des dettes financières en augmentation de 5,7 M€, mais des dettes d'exploitation.

Les dettes financières

Compte tenu de sa situation financière difficile, l'établissement est soumis aux dispositions de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique et donc à une autorisation préalable du directeur régional de l'ARS pour pouvoir emprunter durant la plus grande partie des années sous revue⁸².

Début 2024, le ratio d'indépendance financière (rapport entre les capitaux propres et les dettes) était de 59 %, soit au-dessus du seuil prévu par le texte de 50 %. La durée apparente de la dette, c'est-à-dire le temps de remboursement de celle-ci par la capacité d'autofinancement, s'élevait à 12 ans, soit au-dessus du seuil prévu de 10 ans. Seul le poids de la dette par rapport aux produits était conforme au seuil réglementaire en étant inférieur à 30 % (18 %).

⁸² Seules les années 2021 et 2023 n'ont pas été concernées par des demandes d'autorisation de recours à l'emprunt.

La dette

En 2019, le montant du capital restant dû s'élevait à 23 191 415 €. Il était de 28 302 589 €, fin 2023. Entre 2019 et 2023, l'établissement a souscrit 22 emprunts⁸³. Les montants totaux empruntés chaque année se situent entre 3,2 et 4,2 M€ à l'exception de 2023 où un seul emprunt a été contracté pour 7,7 M€. A une exception près, les emprunts souscrits entre 2019 et 2023 sont des emprunts à taux fixe. En fin de période, l'établissement subit la hausse des taux d'intérêt avec un taux fixe de 4,26 %.

La charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales définit une échelle de mesure des risques financiers à deux composantes qui va, par ordre croissant de risque, de 1A (emprunts classiques à taux variable ou fixe) à 5E. Les emprunts du centre hospitalier de Martigues en cours sont classés 1A, sans risque, au regard de cette charte.

Les lignes de trésorerie

Au cours de la période examinée, le centre hospitalier a disposé en continu d'une ligne de trésorerie pour des montants compris entre quatre et huit millions d'euros.

Tableau n° 27 : Lignes de trésorerie souscrites par le CHM

| <i>Organisme</i> | <i>Montant</i> | <i>Date début</i> | <i>Date fin</i> | <i>Commentaire</i> |
|-------------------------|----------------|-------------------|-----------------|------------------------|
| <i>Caisse d'Épargne</i> | 6 000 000 € | 01/08/2018 | 31/07/2019 | |
| <i>Caisse d'Épargne</i> | 6 000 000 € | 01/08/2019 | 30/07/2020 | |
| <i>Caisse d'Épargne</i> | 8 000 000 € | 31/07/2020 | 30/07/2021 | |
| <i>Caisse d'Épargne</i> | 8 000 000 € | 12/08/2021 | 11/08/2022 | Remboursement anticipé |
| <i>Caisse d'Épargne</i> | 8 000 000 € | 17/06/2022 | 16/06/2023 | |
| <i>Caisse d'Épargne</i> | 4 000 000 € | 17/06/2023 | 16/06/2024 | Remboursement anticipé |
| <i>Crédit Agricole</i> | 4 000 000 € | 26/06/2023 | 14/06/2024 | |
| <i>Caisse d'Épargne</i> | 8 000 000 € | 17/04/2024 | 16/04/2025 | |
| <i>Crédit Agricole</i> | 4 000 000 € | 21/11/2024 | 04/11/2025 | |

Source : centre hospitalier de Martigues.

La ligne de trésorerie est mobilisée pour des montants significatifs.

⁸³ Huit emprunts souscrits en 2019 pour 3,2 M€, six emprunts souscrits en 2020 pour 3,7 M€, quatre emprunts souscrits en 2021 pour 3,5 M€, trois emprunts souscrits en 2022 pour 4,2 M€, un emprunt souscrit en 2023 pour 7,7 M€.

Tableau n° 28 : Montants tirés et remboursés sur la ligne de trésorerie en 2024 (en €)

| <i>Date</i> | <i>Remboursement</i> | <i>Tirage</i> | <i>Montant</i> | <i>Durée en jour</i> |
|----------------------|----------------------|---------------|------------------|----------------------|
| <i>Au 01/01/2024</i> | | | 4 000 000 | 31 |
| <i>Au 01/02/2024</i> | | | 4 000 000 | 29 |
| <i>Au 01/03/2024</i> | | | 4 000 000 | 31 |
| <i>Au 01/04/2024</i> | | | 4 000 000 | 15 |
| <i>16/04/2024</i> | | 5 000 000 | 9 000 000 | 15 |
| | | | 9 000 000 | 5 |
| <i>06/05/2024</i> | 4 000 000 | | 5 000 000 | 26 |
| <i>05/06/2024</i> | | 2 000 000 | 7 000 000 | 26 |
| | | | 7 000 000 | 22 |
| <i>23/07/2024</i> | 2 000 000 | | 5 000 000 | 9 |
| <i>Au 01/08/2024</i> | | | 5 000 000 | 31 |
| <i>Au 01/09/2024</i> | | | 5 000 000 | 30 |
| <i>Au 01/10/2024</i> | | | 5 000 000 | 31 |
| <i>15/11/2024</i> | 2 000 000 | | 3 000 000 | 16 |
| <i>Au 01/12/2024</i> | | | 3 000 000 | 1 |
| <i>02/12/2024</i> | 1 500 000 | | 1 500 000 | 11 |
| <i>12/12/2024</i> | 1 500 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 18 |
| <i>30/12/2024</i> | 4 000 000 | | 0 | 1 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

L'établissement y recourt de façon quasi continue toute l'année durant la période 2019-2024. La gestion de la trésorerie apparaît peu dynamique avec peu de remboursements intermédiaires. Les montants tirés non remboursés alors qu'ils pourraient l'être font supporter à l'établissement une charge accrue en intérêts.

Tableau n° 29 : Nombre de jours d'utilisation de la ligne de trésorerie

| <i>2019</i> | <i>2020</i> | <i>2021</i> | <i>2022</i> | <i>2023</i> | <i>2024</i> |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 339 | 306 | 335 | 366 | 365 | 366 |

Source : CRC à partir des données de l'établissement.

Tableau n° 30 : Intérêts payés au titre de l'utilisation des lignes de trésorerie (en €)

| <i>2019</i> | <i>2020</i> | <i>2021</i> | <i>2022</i> | <i>2023</i> |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 29 884 | 13 675 | 10 534 | 20 254 | 163 288 |

Source : comptes financiers.

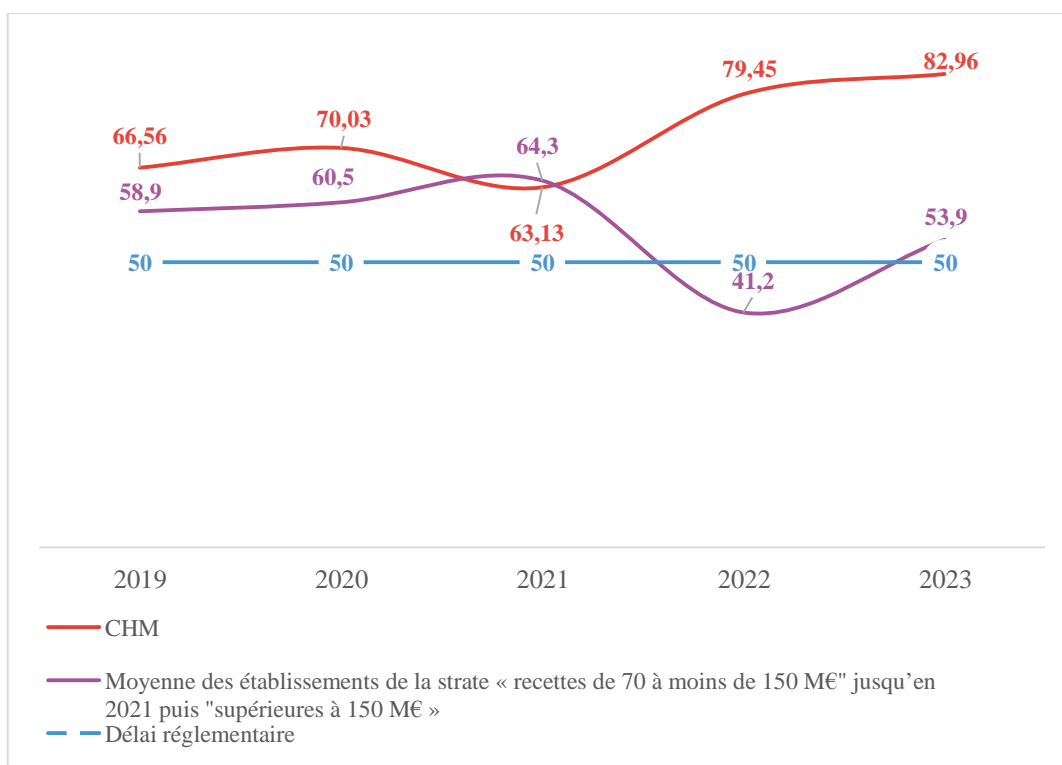
Les dettes fournisseurs et les délais de paiement

Les dettes envers les fournisseurs représentaient 9,9 M€ en 2019. Elles s'élevaient à 11 M€ en 2023.

Le délai global de paiement (DGP) réglementaire des établissements publics de santé est de 50 jours⁸⁴. Le centre hospitalier de Martigues dépasse nettement, en moyenne, cette limite. Selon l'observatoire des délais de paiement⁸⁵, le DGP des établissements publics de santé comparables⁸⁶ était en moyenne de 53,9 jours en 2023 et la médiane se situait à 49,4 jours. Le dernier décile (10 % des factures payées les plus tardivement) était de 92,3 jours. Les résultats du centre hospitalier dans ce domaine (82,96 jours) sont perfectibles.

Depuis la fin de la crise sanitaire, la situation de l'établissement se dégrade nettement et l'écart avec les établissements de la même strate se creuse défavorablement.

Graphique n° 3 : Délais de paiements globaux en jours



Source : DGFIP, données Delphes et observatoire des délais de paiements.

⁸⁴ Décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.

⁸⁵ Banque de France, Rapport annuel 2023 de l'Observatoire des délais de paiement, juin 2024.

⁸⁶ Recettes supérieures à 150 M€.

L'établissement ne s'acquitte que de manière exceptionnelle⁸⁷ de l'obligation du paiement des intérêts moratoires⁸⁸, uniquement lorsque le fournisseur les réclame, alors qu'aux termes du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans le cadre de la commande publique, les entreprises n'ont pas à solliciter l'établissement pour obtenir le paiement des intérêts qui courent de droit à compter du délai de 50 jours.

In fine, la trésorerie de l'établissement repose pour partie sur le délai de paiement des fournisseurs, sans contrepartie en leur faveur de la part de l'établissement.

5.7 Une absence de mesures pour restaurer l'équilibre budgétaire

5.7.1 Des EPRD et PGFP approuvés par l'ARS malgré des motifs de refus

Entre 2019 et 2023, du fait de la situation structurellement dégradée de l'établissement, les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) et les plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) ont présenté plusieurs motifs de refus par l'ARS. Pour autant, ils ont été approuvés (Annexe n° 3).

En 2024, l'EPRD a été approuvé malgré deux motifs de refus en raison de l'effort d'inscription d'un plan d'efficience sur l'exercice 2024 d'un montant de 2 M€ et du respect des indications de la lettre de cadrage de l'ARS pour l'élaboration de l'EPRD.

L'ARS a précisé que plusieurs éléments avaient conduit à une approbation des EPRD et de la plupart des PGFP : le contexte particulier de crise sanitaire, les prévisions d'évolution des charges faites par l'établissement et les prévisions d'investissements conformes aux recommandations de l'agence.

5.7.2 Un contrat de retour à l'équilibre non renouvelé en dépit d'objectifs non atteints

La situation budgétaire dégradée de l'établissement a justifié la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) avec l'ARS le 19 novembre 2015. Ce contrat portait sur les années 2015 à 2018 et correspondait à un effort attendu de 4,9 M€. Les mesures se répartissaient entre amélioration des recettes pour 45 %, soit 2,2 M€ (six mesures), et réduction des dépenses pour 55 %, soit 2,7 M€ (sept mesures).

En charges, il était notamment prévu au cours du CREF de ne pas remplacer 28,65 ETP suite à des départs à la retraite, de transformer sept postes sur des grades moins élevés et de mener une réflexion sur la permanence des soins.

⁸⁷ 10 412 € en 2018, 2 373 € en 2019, 1 286 € en 2020, 0 en 2021, 1 879 € en 2022.

⁸⁸ Le taux des intérêts moratoires correspond au taux directeur semestriel (taux de refinancement ou Refi) de la Banque centrale européenne (ce taux est à 0 % depuis le 1er juillet 2016), majoré de 8 points de pourcentage. Une indemnité forfaitaire de 40 € par facture est due en sus.

En 2017, alors que le résultat attendu était un excédent de 0,8 M€ sur le budget principal, un déficit de 1,8 M€ a été constaté. Une prolongation du CREF par différentes mesures a alors été décidée de 2018 à 2020. L'objectif était alors un gain de 2,9 M€ sur deux ans.

En janvier 2019, dans son courrier d'approbation de l'EPRD 2019, l'ARS faisait état de la prolongation du CREF par un avenant. Un an plus tard, le courrier d'approbation de l'EPRD et du PGFP de l'ARS rappelait que les mesures d'économie devaient prochainement être formalisées dans un avenant au CREF. Le PGFP a été approuvé, assorti d'une réserve relative à la poursuite des mesures d'économie et leur intégration dans un CREF.

L'avenant n'a cependant jamais été signé en raison, selon l'ARS, de la crise sanitaire. Un suivi des mesures envisagées a été réalisé en interne par l'établissement avec plusieurs réunions du comité de pilotage en charge du CREF jusqu'à fin 2020⁸⁹. Le dernier compte-rendu fait état d'un nouveau plan d'actions à retravailler à la demande de l'ARS sans qu'un bilan des actions conduites depuis 2018 ne soit établi.

5.7.3 Un contrat d'assainissement de la situation financière assorti d'objectifs peu contraignants pour l'établissement

En application du décret du 30 juin 2021⁹⁰ organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé, un contrat a été signé entre l'ARS et l'établissement le 14 décembre 2021. Celui-ci prévoit dans le cadre du dispositif d'assainissement des situations financières une dotation de 5,3 M€ couvrant la période 2021-2029. Ce contrat comprenait deux objectifs à atteindre par l'établissement, une augmentation du taux de CAF nette, d'une part, et un maintien du taux d'endettement sous le seuil de 30 % des produits, d'autre part.

Huit mois plus tard, le 1^{er} août 2022, un avenant a été signé qui a revu à la baisse le principal objectif. Le taux de CAF nette attendu devait rester négatif durant toute la durée du contrat et se dégradait même à partir de 2024.

Un autre objectif a été ajouté visant à garantir le maintien en l'état de l'outil de production des soins en fixant un taux d'investissement courant (investissements courants rapportés aux produits). Au cours de la période, le taux attendu était de moins en moins élevé. En tout état de cause, il était inférieur à 3 %, taux communément admis⁹¹ pour maintenir en l'état un outil de production de soins.

Quant au taux d'endettement attendu (encours de dette rapporté au total des produits), s'il présente une exigence plus élevée (10 % en 2030 contre 14 % initialement retenu), cela ne représente pas un effort particulier pour l'établissement qui s'est toujours situé en deçà de 30 % par le passé.

⁸⁹ Comité de pilotage du 7 octobre 2019, du 19 novembre 2019, du 19 décembre 2019 (compte-rendu non retrouvé par l'établissement), du 15 juin 2020, du 7 juillet 2020, du 22 septembre 2020, du 7 décembre 2020.

⁹⁰ Décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

⁹¹ Référentiel « Conditions de soutenabilité financière (analyse des PGFP), Ministère de la santé et de la prévention, Conseil National de l'investissement en santé, juin 2022.

L'ARS a précisé que ces ajustements étaient intervenus afin de prendre en compte la réalité de la situation financière de l'établissement qui peinait à atteindre les objectifs financiers dans un contexte économique difficile.

Tableau n° 31 : Objectifs retenus dans le contrat signé en application de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale visant à soutenir l'investissement et la transformation du service public hospitalier et dans son avenant

| | Contrat signé en décembre 2021 | Avenant signé en août 2022 | Contrat signé en décembre 2021 | Avenant signé en août 2022 | Avenant signé en août 2022 |
|------|---|---|--------------------------------|--|--|
| | Maintien du taux d'endettement sous le seuil de 30 % des produits | Assurer la maîtrise de l'endettement en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement | Augmentation de la CAF nette | Engager un processus d'assainissement de la trajectoire financière visant à l'amélioration des ratios d'exploitation et de financement | Garantir un niveau d'investissements courants permettant de maintenir en l'état son outil de production de soins afin d'assurer ses missions de service public hospitalier |
| | Taux d'endettement | Taux d'endettement | Taux de CAF nette | Taux de CAF nette | Taux d'investissements courants |
| 2021 | 17 % | | - 3,70 % | | |
| 2022 | 16 % | 15 % | - 0,10 % | - 2,40 % | 1,50 % |
| 2023 | 15 % | 14 % | 0,50 % | - 0,50 % | 1,50 % |
| 2024 | 15 % | 14 % | - 0,60 % | - 1,10 % | 1,20 % |
| 2025 | 14 % | 12 % | - 0,70 % | - 1,30 % | 1,20 % |
| 2026 | | 11 % | | - 1,50 % | 1,20 % |
| 2027 | | 10 % | | - 1,40 % | 1,20 % |
| 2028 | | 10 % | | - 1,50 % | 1,10 % |
| 2029 | | 10 % | | - 1,50 % | 1,10 % |
| 2030 | 14 % | 10 % | - 0,70 % | - 1,80 % | 1,10 % |

Source : contrat signé entre l'établissement et l'ARS en décembre 2021 et avenant signé en août 2022.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation financière du centre hospitalier de Martigues est structurellement déficitaire.

Elle ne s'est trouvée améliorée que durant la période de crise sanitaire du fait d'une activité soutenue et des aides exceptionnelles qui ont été allouées durant cette période par l'ARS. Hors période de crise sanitaire, la dynamique de progression des charges nettement supérieure à celle des produits conduit à des déficits qui s'accroissent.

La faible évolution des immobilisations, l'importance des aides extérieures, l'accroissement des dettes financières témoignent d'un établissement qui ne peut investir sans aide ou sans emprunt. Le centre hospitalier de Martigues ne dispose d'aucune ressource lui permettant d'autofinancer l'entretien de ses bâtiments ainsi que le renouvellement ou l'acquisition d'équipements.

6 UNE STRATÉGIE INSUFFISAMMENT FORMALISÉE, UN PROJET IMMOBILIER NON SOUTENABLE FINANCIÈREMENT

6.1 Un projet d'établissement incomplet

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement (article L.6143-2 du code de la santé publique).

À partir d'un état des lieux, il doit préciser, pour une durée maximale de cinq années, des axes d'évolution prioritaires dans différents domaines prévus par la réglementation. Il doit ainsi comporter un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical, un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'un projet psychologique, un projet social. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2021⁹², il doit également intégrer un projet de gouvernance et de management ainsi qu'un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement.

Le projet d'établissement précise en outre les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il doit logiquement être en cohérence avec un schéma directeur immobilier qui prévoit les éventuelles évolutions capacitaires d'activités.

⁹² Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

L'article L. 6143-1 du code de la santé publique dispose que le conseil de surveillance délibère sur différents sujets, dont le projet d'établissement. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, il doit également délibérer annuellement sur les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures⁹³.

Durant la période examinée, le centre hospitalier de Martigues n'a pas disposé d'un projet d'établissement.

Lors de sa réunion du 29 mars 2019, le conseil de surveillance a été informé de l'élaboration d'un projet médical couvrant la période 2019-2023. Au cours de cette même séance étaient annoncés l'élaboration d'un schéma directeur du système d'information, d'un schéma directeur immobilier et d'un projet social.

Lors de sa réunion du 28 juin 2019, le conseil de surveillance a pris acte de l'information d'un projet de schéma directeur du système d'information 2019-2023.

Le projet de soins élaboré en 2018 et le projet des usagers élaboré en 2019 n'ont pas fait l'objet d'une information du conseil de surveillance.

Durant la période 2019-2022, aucun des volets du projet d'établissement élaborés n'a donc été délibéré par le conseil de surveillance comme le prévoit la réglementation.

Le 12 avril 2022, le conseil de surveillance a délibéré sur le « projet d'établissement mars 2022-décembre 2023 ». Sept volets, qui n'intégraient pas de projet médical, de projet de système d'information, ni de schéma directeur immobilier, ont été présentés au conseil de surveillance. Ils couvraient une période limitée (2022-2024) dans la perspective d'un nouveau projet d'établissement complet à compter de 2024. Ces sept volets étaient présentés comme venant en complément du projet médical et du schéma directeur du système d'information en considérant que ceux-ci avaient été approuvés en 2019, ce qui n'était pas le cas. L'établissement ne s'est donc pas doté d'un projet d'établissement complet en 2022.

Les travaux sur le projet médical 2024-2028 ont été lancés en octobre 2023 pour une présentation aux instances prévue avant l'été 2024. Fin 2024, seul le projet médico-soignant était finalisé. L'ordonnateur a précisé que le document a été approuvé lors de la séance du conseil de surveillance du 13 décembre 2024.

| |
|---|
| Recommandation n° 4. : Respecter les dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique en matière de périodicité et de périmètre du projet d'établissement. |
|---|

⁹³ Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

6.2 Un schéma directeur immobilier décorrélé du projet d'établissement, non soutenable financièrement

La question du schéma directeur immobilier est traitée par le centre hospitalier de Martigues indépendamment de celle du projet d'établissement, alors que la logique impose que le projet médical précède le projet bâtementaire, celui-ci n'étant qu'un moyen permettant sa réalisation.

L'hôpital des Rayettes a été construit en 1974, celui du Vallon en 1979. Les questions immobilières sont de première importance pour l'établissement. La vétusté des locaux, voire leur caractère inadapté ont été soulignés dans le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté concernant la psychiatrie à l'issue de sa visite en mai 2019 et de la Haute Autorité de santé en juillet 2020. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté dénonçait notamment des mesures d'isolement et de contention exécutées dans des conditions matérielles indignes.

Sur le bâtiment des Rayettes, les problèmes de répartition des activités, de dimensionnement des services ont des conséquences sur les effectifs nécessaires et la qualité des prestations hôtelières :

- le dimensionnement des services cliniques non optimisé (unité de médecine de 23 lits pour une préconisation de 28 lits) ;
- des consultations externes dispersées entre le rez-de-chaussée, le 2^{ème}, le 4^{ème} et le 7^{ème} étage ;
- une unité de chirurgie ambulatoire de 15 places située au 3^{ème} étage avec un bloc opératoire au rez-de-chaussée ;
- des chambres d'hospitalisation ne satisfaisant plus aux normes actuelles de qualité hôtelière ;
- un service de court séjour gériatrique éclaté sur deux ailes.

La vétusté générale des installations et équipements techniques pose également difficulté.

La question du schéma directeur immobilier a été abordée régulièrement dans les instances. Elle a, par exemple, été évoquée une dizaine de fois en directoire.

En janvier 2019, il était indiqué au directoire que la phase n° 2 d'élaboration du schéma directeur immobilier (SDI) allait être lancée à la fin du mois.

Lors d'une réunion avec l'ARS, début janvier 2019, celle-ci rappelait que tout projet immobilier devait être fondé sur un projet médical et un programme capacitaire formalisés et validés. Le même mois, dans son courrier d'approbation de l'EPRD et du PGFP, l'ARS soulignait que les projets à fort retour sur investissement étaient à privilégier afin de contribuer au redressement de la situation financière du centre hospitalier et que les projets d'opérations stratégiques faisaient l'objet d'un accompagnement. L'ARS concluait qu'il était essentiel que le SDI soit finalisé.

6.2.1 Un premier projet de schéma directeur immobilier (SDI) à 40 M€ en 2019

En juin 2019, le SDI correspondait, en synthèse, à la réfection du rez-de-chaussée, la refonte des circulations verticales du bâtiment des Rayettes, la révision des capacités d'hospitalisation autour d'unités de deux fois 15 lits. Le coût du projet était alors de 40 M€. Début juillet 2019, il était transmis à l'ARS. Il intégrait une proposition de retour sur investissement⁹⁴ pouvant servir de base à la finalisation du CREF compte tenu de la situation financière dégradée de l'établissement.

Le rapport d'activité 2019 fait état d'un projet de schéma directeur immobilier abouti et en cours de négociation avec l'ARS avec trois axes prioritaires : la centralisation des consultations externes, le développement des activités ambulatoires et la réorganisation du capacitaire d'hospitalisation afin de disposer de plus de chambres à un lit.

En septembre 2020, les grands axes du projet ont été validés, l'atrium a été supprimé et la rénovation complète de l'ambulatoire ajoutée. Le dossier a été soumis le 15 septembre 2020 au comité régional de l'investissement (CRI) qui encourageait l'établissement à poursuivre la réflexion en tenant compte des dix recommandations formulées. Celles-ci concernaient les coopérations, les réflexions sur la structure capacitaire, le besoin en ascenseurs publics supplémentaires, les dispositions prévues en matière de sûreté, les objectifs de développement durable, la mise en œuvre d'un plan d'efficience permettant de restaurer l'autonomie financière de l'établissement, la formalisation du retour sur investissement, le financement du projet et le pilotage de son suivi par l'ARS.

Une nouvelle présentation en CRI était alors prévue au cours du premier semestre 2021. Elle n'a finalement pas eu lieu. Suite à l'arrivée du nouveau chef d'établissement en mars 2021, l'instruction du dossier a été suspendue. Une étude territoriale financée par l'ARS a été lancée au deuxième semestre 2021 afin d'identifier le positionnement des différentes filières de prise en charge du centre hospitalier de Martigues et de mesurer les impacts des résultats de cette étude sur la structure de l'établissement.

6.2.2 Un projet retenu dans le cadre du Ségur de la Santé à 50 M€ en 2021

En décembre 2021, alors que l'étude territoriale n'était pas rendue, qu'aucune nouvelle présentation du projet n'avait été faite en CRI, et sans sollicitation de l'établissement sur la nature de l'opération à accompagner, deux actions en faveur du centre hospitalier de Martigues ont été intégrées à la stratégie régionale des investissements dans le cadre du Ségur de la santé.

La première action concernait la restructuration de l'hospitalisation complète, le regroupement des consultations externes et la rénovation de l'unité de chirurgie ambulatoire. Cette réorganisation imposait une amélioration de la situation immobilière de l'établissement avec trois axes prioritaires :

⁹⁴ Fiches élaborées : Révision des maquettes organisationnelles des services cliniques, optimisation des organisations médicales, développement ciblé de l'activité de médecine, centralisation des consultations externes, facturation des chambres individuelles, poursuite de l'optimisation de la politique d'achat, optimisation des fonctions administratives par non remplacement des départs

- la modernisation des structures de prise en charge des personnes âgées que sont l'USLD, l'EHPAD et le SSR gériatrique ;

- la modernisation de la psychiatrie avec notamment l'amélioration des conditions d'accueil hôtelières et la sécurisation des locaux, l'augmentation du nombre de chambres individuelles, l'extension du capacitaire, et la création d'un CAP 48 ;

- la restructuration du site des Rayettes avec un schéma directeur immobilier qui offre une amélioration du confort hôtelier, mais également une optimisation des espaces et des unités de soins, permettant ainsi de revoir les organisations médicales et soignantes et d'adapter les ratios en personnels.

Le montant de l'aide de l'ARS envisagée était alors de 28,3 M€ pour un coût total de 50 M€.

La seconde action visait à financer intégralement (0,5 M€) les travaux de réfection du bâti et des installations de la pharmacie suite à l'inondation liée à une rupture de la canalisation des eaux usées.

6.2.3 Des versions successives en 2022 entre 215 et 315 M€

En février 2022, dans son courrier d'approbation du PGFP, l'ARS concluait que la refonte du projet médical sur la base d'une étude approfondie des besoins sur le secteur d'attractivité de l'établissement était un préalable à l'élaboration du SDI.

En mars 2022 un séminaire réunissant le directeur, le président de la CME, les directions fonctionnelles du centre hospitalier, les établissements de la direction commune et les binômes chefs de service – cadre de santé de chacun des services concernés, traitait des orientations du projet médical des filières gériatrique et psychiatrique. Ces dernières évoquaient, pour les deux disciplines, un accroissement du nombre de lits.

En juillet 2022, une mission complémentaire d'étude de faisabilité était restituée (état des lieux fonctionnel, état des lieux techniques, expression des besoins et élaboration des scénarios immobiliers). Elle portait sur la configuration des services de soins dans les étages du site des Rayettes, la localisation des consultations externes, des activités ambulatoires, la reconfiguration du plateau médico-technique.

Les deux scénarios étaient estimés, en fourchette basse, à 79,5 M€ HT et 96,4 M€ HT respectivement pour le seul secteur de médecine, chirurgie et obstétrique, soit largement au-dessus du projet initial estimé à 40 M€. La différence principale entre les deux scénarios consistait en la démolition et construction d'un lieu unique pour les blocs au niveau de l'extension du plateau médico-technique vers l'est du site. L'ordonnateur a précisé que l'étude territoriale réalisée en 2022 a mis en évidence que le projet initial n'aurait pas permis de répondre aux besoins de prise en charge de la population.

En prenant en compte la gériatrie et la psychiatrie (en construction neuve), les différents postes afférents à la réalisation d'un chantier, et divers aménagements extérieurs, l'ensemble du projet était estimé entre 255 M€ et 315 M€ toutes dépenses confondues (TDC).

Lors du directoire du 26 septembre 2022, le directeur faisait état d'un projet désormais plus large qu'une réhabilitation intégrant la psychiatrie et la gériatrie et, pour le secteur de médecine – chirurgie et obstétrique, les urgences, les soins critiques, une augmentation du nombre de salles de bloc opératoire et une évolution capacitaire du secteur ambulatoire.

En octobre 2022, l'établissement présentait à l'ARS pour échanges, un projet de restructuration du bâtiment MCO pour un montant compris entre 215 M€ et 275 M€ toutes dépenses confondues. L'écart de 40 M€ TDC avec les résultats de la mission complémentaire d'étude de faisabilité résultait de plusieurs facteurs (cf. Annexe n° 4) :

- la construction neuve pour la gérontologie et la psychiatrie (19,6 M€ HT) n'apparaissait plus. En octobre 2022, la séparation de la psychiatrie et de la gériatrie sur le site du Vallon a été actée, la psychiatrie restant au Vallon avec extension capacitaire, la gériatrie étant positionnée en lieu et place de l'IFSI qui intégrerait le nouveau bâtiment acquis au cours de l'année.

- des logiques de calcul différentes étaient adoptées pour les aléas restructuration (prise en compte des constructions neuves dans la présentation faite à l'ARS) et l'installation de chantier. Le montant des aléas restructuration était ainsi, dans la version présentée à l'ARS, supérieure de 3,7 M€ pour la fourchette basse et de 4,6 M€ pour la fourchette haute.

6.2.4 En 2024, 60 M€ pour la première étape du projet concernant le site principal

6.2.4.1 Le projet 2024

En octobre 2024, un état d'avancement des différentes opérations était présenté au directoire. Sur le site du Vallon, les travaux concernant l'EHPAD et l'USLD étaient en phase de finalisation, le démarrage des travaux d'humanisation de la psychiatrie était annoncé pour le mois de janvier 2025, ceux concernant les SMR devaient être réalisés au cours du premier semestre 2025 de même que ceux des services administratifs et de l'accueil. Sur le site des Rayettes, trois priorités étaient rappelées : l'enjeu de dignité et intimité des unités d'hébergement, l'adaptation du plateau technique et la réponse aux besoins de santé. Le schéma directeur comprenait trois étapes ayant vocation à s'enchaîner (la localisation du futur bloc opératoire anticipe par exemple la localisation future du bloc obstétrical) tout en ayant leur propre cohérence et pouvant être dissociées :

- étape n° 1 : la construction d'un bâtiment médico-technique comprenant un nouveau bloc opératoire, un nouveau service d'urgences dimensionné pour 60 000 passages par an et le regroupement des soins critiques

- étape n° 2 : la restructuration du pôle femme/mère/enfant et la création d'ascenseurs

- étape n° 3 : la restructuration du bâtiment d'hospitalisation

L'étape n° 1 est estimée à 60 M€ financés à hauteur de 28 M€ par le Ségur de la santé, une subvention (non acquise) de 10 M€ et un emprunt de 22 M€.

Les étapes n° 2 et n° 3 ne sont pas à ce jour financées. Les travaux de restructuration du bâtiment actuel des Rayettes sont estimés à 52 M€ TDC. Ils comprennent le regroupement du pôle femme mère enfant pour la partie hospitalisation et consultations (R+1 et R+2). Les travaux de restructuration du bloc obstétrical sont estimés à 5,5 M€ TDC. Les travaux de restructuration de la néonatalogie (bloc obstétrical actuel) sont estimés à 4,8 M€ TDC. Le projet de regroupement des consultations externes a été abandonné. Seule à ce jour la descente des consultations du 4^{ème} étage au rez-de-chaussée a été intégrée dans le programme d'investissement 2025 à hauteur de 0,2 M€.

Les opérations préalables présentées avec une échéance 2025 ne sont, pour la plupart, pas encore précisément arrêtées. Tel est le cas du regroupement de la gériatrie, des actions à entreprendre pour optimiser les espaces de consultation, doter les praticiens d'espaces de travail adaptés.

Le schéma directeur immobilier a nécessité plus de 0,5 M€ en études, l'ARS ayant pris en charge l'étude territoriale d'un coût de 185 280 €.

6.2.4.2 Un projet non soutenable financièrement

En novembre 2024, le dossier a été transmis à l'ARS en vue d'un passage en CRI. La procédure comprend deux étapes. Le CRI examine tout d'abord l'opportunité du projet d'investissement au regard du positionnement stratégique de l'établissement et des évolutions attendues. Le comité décide au terme de cette première étape si le projet est éligible avec ou sans recommandation ou non éligible. Si le projet a été reconnu éligible, il est de nouveau soumis au CRI pour validation. Lors de cette étape, le CRI étudie notamment dans quelle mesure l'établissement a mis en œuvre les recommandations qu'il a pu formuler lors de la phase d'éligibilité.

Le dossier transmis par l'établissement à l'ARS présente le projet sous ces aspects bâtimentaires mais également financiers. Deux prospectives à dix ans ont été élaborées sur la base des hypothèses suivantes :

- un financement partiellement aidé (60 M€ financés à hauteur de 28 M€ par le Ségur de la santé, une subvention non acquise de 10 M€ et un emprunt de 22 M€), et
- un financement totalement aidé.

Alors que l'objectif d'une prospective est de se rapprocher le plus possible de la réalité, les données de cadrage retenues conduisent à s'en écarter. Ainsi, aucun taux de croissance des charges de titre 2 et de titre 3 n'a été pris en compte. En recettes, le développement capacitaire et de l'activité est, par contre, pris en compte. Sont également retenus un taux de croissance nul des autres produits, la non passation des reprises sur provisions dès 2026, la non intégration des produits exceptionnels perçus en 2025, dès 2026.

Le projet ne présente qu'un faible retour sur investissement.

Sur la base des éléments précités, le scénario du financement partiel aboutit à un taux de marge brute non aidée négatif en 2024, 2025 et 2030 et qui ne dépasserait 1 % qu'en 2033. La CAF serait insuffisante pour rembourser le capital des emprunts sur toute la période. L'établissement serait même en insuffisance de financement jusqu'en 2033. La trésorerie nette (fonds de roulement – besoin en fonds de roulement) déclinerait chaque année pour s'établir à - 45 M€ en 2034.

Dans le scénario du financement total (niveau d'aide de 60 M€), le taux de marge brute non aidée dépasserait 1 % en 2033, l'établissement demeurerait en insuffisance de financement jusqu'en 2032 où la CAF atteindrait seulement 0,2 M€. La trésorerie nette s'établirait à - 39 M€ en 2034.

Dans les deux cas de figure, la situation financière est extrêmement dégradée jusqu'en 2034, dernière année des prospectives réalisées.

Le CRI s'est réuni le 17 décembre 2024 pour se prononcer sur l'éligibilité du projet, étape précédant celle de sa validation. Le projet a reçu un avis favorable assorti de recommandations concernant le volet financier :

- la trajectoire financière proposée fondée sur des hypothèses d'emprunt n'est pas jugée soutenable. Le CH doit valider, en premier lieu, valider la subvention attendue de la part des collectivités et proposer un plan d'efficience dans les meilleurs délais ;
- la recherche de mesures d'efficience devra être renforcée, notamment par la rationalisation des organisations et une analyse approfondie et concertée de celles-ci ;
- l'établissement devra présenter des mesures de redressement complémentaires afin de garantir en particulier la soutenabilité financière des investissements courants ;
- les hypothèses ayant servi à construire la trajectoire financière devront être actualisées, en intégrant les données issues d'un plan d'efficience concerté et documenté, ainsi que les subventions formellement accordées.

L'établissement a entrepris l'élaboration d'un plan d'efficience d'un montant de 14 M€ au début de l'année 2025. Celui-ci demeure à définir, formaliser et mettre en œuvre.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Entre 2019 et 2024, le centre hospitalier n'a pas disposé de stratégie immobilière stabilisée et intégrée à son projet d'établissement alors même qu'il s'agit d'un sujet de premier plan.

Le périmètre du projet et son montant ont connu de profondes modifications entre 2019 et 2024. La dernière version en date scinde le projet en plusieurs étapes et ne détaille que la première. L'amélioration du confort hôtelier, l'optimisation des espaces et des unités de soins du bâtiment des Rayettes, permettant la révision des organisations médicales et soignantes et l'adaptation des ratios en personnels n'apparaissent plus alors qu'ils étaient inclus dans le projet retenu dans le cadre du Ségur de la santé.

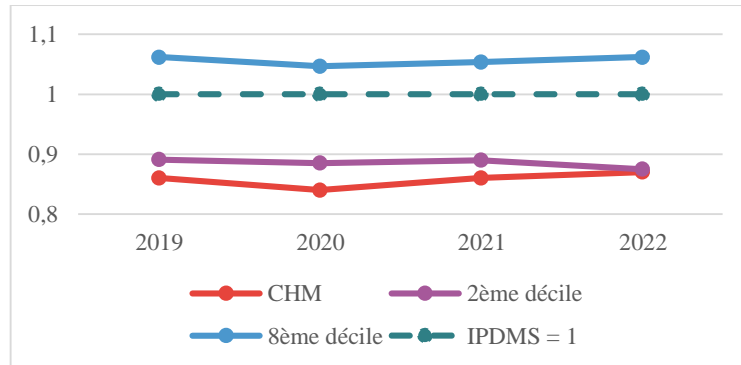
Le SDI ne présente qu'un faible retour sur investissement. La première étape n'est pas soutenable du point de vue financier pour l'établissement.

ANNEXES

| | |
|--|----|
| Annexe n° 1. Comparaison des IP-DMS du CH de Martigues avec ceux des établissements de même typologie..... | 72 |
| Annexe n° 2. Montants des aides déduites dans le calcul du taux de marge brute | 73 |
| Annexe n° 3. Motifs de refus de l'EPRD et du PGFP..... | 74 |
| Annexe n° 4. Estimation financière du schéma directeur immobilier (octobre 2022)..... | 76 |

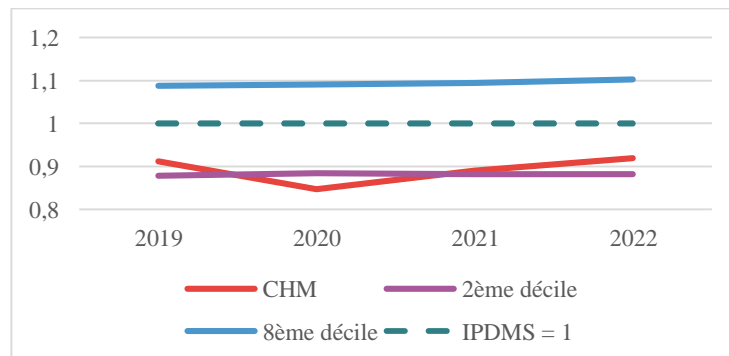
Annexe n° 1. Comparaison des IP-DMS du CH de Martigues avec ceux des établissements de même typologie

Graphique n° 1 : IP-DMS de Médecine



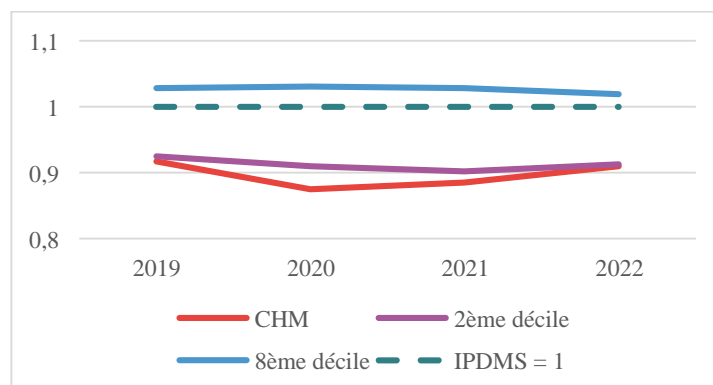
Source : Hospidiag.

Graphique n° 2 : IP-DMS de chirurgie



Source : Hospidiag.

Graphique n° 3 : IP-DMS d'obstétrique



Source : Hospidiag.

Annexe n° 2. Montants des aides déduites dans le calcul du taux de marge brute

| <i>En €</i> | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Aides AC déduites (en €)</i> | 400 000 | | | | 696 000 |
| <i>Aides FIR déduites (en €)</i> | 2 066 919 | 2 066 919 | 2 066 919 | 2 066 919 | 1 490 662 |

Source : centre hospitalier de Martigues.

Annexe n° 3. Motifs de refus de l'EPRD et du PGFP

| <i>Exercices</i> | EPRD | PGFP |
|------------------|---|---|
| 2019 | Deux motifs de refus : - niveau de CAF au regard du remboursement en capital des annuités d'emprunt (article R. 6145-11 3° du code de la santé publique (CSP)) - équilibre financier de l'EPRD (article R. 6145-11 1° et dernier alinéa du CSP) | Un motif de refus : - compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement (article D. 6145-67 2° du CSP) |
| 2020 | Deux motifs de refus : - niveau de CAF au regard du remboursement en capital des annuités d'emprunt (article R. 6145-11 3° du code de la santé publique (CSP)) - équilibre financier de l'EPRD (article R. 6145-11 1° et dernier alinéa du CSP) | Un motif de refus : - compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement (article D. 6145-67 2° du CSP) |
| 2021 | Deux motifs de refus : - niveau de CAF au regard du remboursement en capital des annuités d'emprunt (article R. 6145-11 3° du code de la santé publique (CSP)) - équilibre financier de l'EPRD (article R. 6145-11 1° et dernier alinéa du CSP) | Un motif de refus : - compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement (article D. 6145-67 2° du CSP) |
| 2022 | Deux motifs de refus : - niveau de CAF au regard du remboursement en capital des annuités d'emprunt (article R. 6145-11 3° du code de la santé publique (CSP)) - équilibre financier de l'EPRD (article R. 6145-11 1° et dernier alinéa du CSP) | Trois motifs de refus : - équilibre financier du CRPP du dernier exercice (article D 6145-67 1°) - compatibilité de l'évolution des résultats prévisionnels avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de la situation (article D 6145-67 1°) - compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement (article D 6145-67 2°). |
| 2023 | Deux motifs de refus : - niveau de CAF au regard du remboursement en capital des annuités d'emprunt (article R. 6145-11 3° du code de la santé publique (CSP)) - équilibre financier de l'EPRD (article R. 6145-11 1° et dernier alinéa du CSP) | Trois motifs de refus : - équilibre financier du CRPP du dernier exercice (article D 6145-67 1°) - compatibilité de l'évolution des résultats prévisionnels avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de la situation (article D 6145-67 1°) - compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement (article D 6145-67 2°). |
| 2024 | Deux motifs de refus : | Trois motifs de refus : |

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

| <i>Exercices</i> | EPRD | PGFP |
|------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - niveau de CAF au regard du remboursement en capital des annuités d'emprunt (article R. 6145-11 3° du code de la santé publique (CSP)) - équilibre financier de l'EPRD (article R. 6145-11 1° et dernier alinéa du CSP) | <ul style="list-style-type: none"> - équilibre financier du CRPP du dernier exercice (article D 6145-67 1°) - compatibilité de l'évolution des résultats prévisionnels avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de la situation (article D 6145-67 1°) - compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement (article D 6145-67 2°). |

Source : courriers d'approbation des EPRD et PGFP.

Annexe n° 4. Estimation financière du schéma directeur immobilier (octobre 2022)

| En € | | Restitution mission complémentaire | | Présentation à l'ARS | |
|--|-----|------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| | | Fourchette basse | Fourchette haute | Fourchette basse | Fourchette haute |
| | | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 1 | Scénario 2 |
| <i>MCO</i> | | | | | |
| <i>Restructuration</i> | | 42 292 610 | 50 815 610 | 42 292 610 | 50 815 610 |
| <i>Construction neuve PMT</i> | | 12 525 152 | 20 922 893 | 12 525 152 | 20 922 893 |
| <i>Construction neuve logistique</i> | | 16 670 142 | 16 670 142 | 16 670 142 | 16 670 142 |
| <i>Construction neuve tertiaire</i> | | 8 003 023 | 8 003 023 | 8 003 023 | 8 003 023 |
| <i>Sous-total</i> | | 79 490 927 | 96 411 668 | 79 490 927 | 96 411 668 |
| <i>Impact aléas restructuration</i> | 10% | 4 229 261 | 5 081 561 | 7 949 092 | 9 641 166 |
| <i>Gérontologie / Psychiatrie</i> | | | | | |
| <i>Construction neuve gérontologie / psychiatrie</i> | | 19 600 000 | 19 600 000 | | |
| <i>Sous-total</i> | | 19 600 000 | 19 600 000 | | |
| <i>Autres postes</i> | | | | | |
| <i>Impact phasage</i> | 5% | 5 166 009 | 6 054 661 | 4 372 000 | 5 302 641 |
| <i>Installation de chantier</i> | 5% | 10 378 856 | 12 157 978 | 4 372 000 | 5 302 641 |
| <i>Plateforme technique</i> | | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 |
| <i>Terrassements</i> | | 202 500 | 364 500 | 202 500 | 364 500 |
| <i>Déconstruction Marcel Pagnol</i> | | 1 002 000 | 1 002 000 | 1 002 000 | 1 002 000 |
| <i>VRD à découper par opération</i> | | 15 067 258 | 17 127 539 | 15 067 258 | 17 127 539 |
| <i>Stationnement</i> | | 3 096 000 | 3 096 000 | 3 096 000 | 3 096 000 |
| <i>Aménagements extérieurs</i> | | 4 500 000 | 16 200 000 | 4 500 000 | 16 200 000 |
| <i>Sous-total</i> | | 42 412 623 | 59 002 678 | 35 611 758 | 51 395 321 |
| <i>Montant travaux HT</i> | | 145 732 811 | 180 095 907 | 123 051 777 | 157 448 155 |
| <i>Montant opération TTC TDC (1,75)</i> | | 255 032 419 | 315 167 837 | 215 340 609 | 275 534 271 |

Source : CRC à partir des documents de l'établissement.

Chambre régionale
des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur
17 rue de Pomègues
13295 Marseille Cédex 08
paca-courrier@crtc.ccomptes.fr
www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur