

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES COTE D'AZUR

Marseille le 07 août 2006

Référence à rappeler :

Greffe/IC n° :1689

Recommandé avec AR n° 726996176fr

Monsieur le Directeur,

Par courrier du 13 juin 2006 je vous ai adressé le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier de Martigues.

En application des dispositions de l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, je vous invitais à me transmettre votre réponse écrite dans un délai d'un mois suivant sa réception.

Vous voudrez bien trouver sous ce pli le rapport d'observations définitives, auquel est jointe votre réponse ainsi que celle de M. Rose adressées dans le délai précité. Celui-ci devra être communiqué par le président du conseil d'administration à cette instance dès sa plus proche réunion ; il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Monsieur BULOT

Directeur du centre hospitalier général

Route des Rayettes

13699 MARTIGUES CEDEX

Pour le président empêché,

La présidente de section

Marie-Aimée LATGE

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES COTE D'AZUR

4e section

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SUR LA GESTION

DU CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE MARTIGUES

(Bouches du Rhône)

Années 1996 à 2004

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier général de Martigues à partir de l'année 1996 qui a été confié à M. Gruber, conseiller. Par lettre en date du 20 janvier 2005, le président de la chambre a informé M. Bulot, directeur. Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 13 juillet 2005 directement entre M. Bulot et M. Gruber, par communication téléphonique avec MM. Rose et Tessier, ses prédécesseurs.

Par arrêté n° 2006/03, le Président de la Chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-Côte d'Azur a nommé Mme Latgé, conseiller, rapporteur chargé des suites du contrôle.

Lors de sa séance du 20 octobre 2005, la chambre a arrêté ses observations provisoires portant sur les années 1996 à 2004. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Bulot et, pour la partie qui les concerne, à ses prédécesseurs ainsi qu'aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause. M. Bulot a répondu aux observations provisoires de la Chambre par lettre du 2 janvier 2006 enregistrée au greffe le 9 janvier 2006 sous le numéro 57. Le président du Conseil Général a répondu pour la partie le concernant par lettre du 11 janvier 2006 enregistrée au greffe le 16 janvier 2006 sous le numéro 137.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du Gouvernement, la chambre a arrêté le 18 mai 2006 le présent rapport d'observations définitives dans la composition suivante : M. Schwerer, président, M. Debruyne et Mme Oulion, présidents de

section, M. Amigues, Mme Girard, M. Larue, M. Rouquié et M. Albrand conseillers et Mme Latgé, conseiller-rapporteur.

Le rapport a été communiqué par lettre du 13 juin 2006 à M. Bulot, Directeur du centre hospitalier en fonctions ainsi qu'à M. Rose, précédent ordonnateur et M. Tessier, directeur des finances à l'assistance publique hôpitaux de Marseille. Les destinataires disposaient d'un délai d'un mois pour faire parvenir à la chambre leurs réponses aux observations définitives.

M. Bulot et M. Rose ont fait parvenir à la chambre leur réponse qui, engageant leur seule responsabilité, est jointe au présent rapport d'observations définitives.

Ce rapport devra être communiqué par le président du conseil d'administration à l'assemblée délibérante, lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera, ensuite, communicable à toute personne qui en ferait la demande en application des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

1 - La présentation de l'établissement.

Le centre hospitalier général de Martigues dessert une zone de dix communes dont la population s'élevait à 147 716 habitants lors du recensement de 1999. Sur cette sphère géographique fonctionnent également deux cliniques privées installées à Martigues et à Istres.

Cet établissement compte 641 lits répartis sur deux sites :

Un hôpital de court séjour dit " les Rayettes " inclut le plateau technique doté de l'imagerie, des laboratoires et des blocs opératoires. Il dispose de 334 lits d'hospitalisation à temps complet de médecine, chirurgie et obstétrique, de 17 places d'hospitalisation à temps partiel et de 4 places de chirurgie ambulatoire.

Une structure de psychiatrie générale dotée de 100 lits, de 10 places d'accueil familial et de 45 places d'hospitalisation à temps partiel et la structure de psychiatrie infanto-juvénile de 8 places. Un centre de gérontologie et un centre de jour Alzheimer de 119 places sont groupés à l'hôpital " du Vallon ".

Il est doté d'une IRM depuis fin 2003, d'un scanographe, et d'un service de 14 places de dialyse.

L'analyse de l'activité traduit une augmentation de près de 10 %, entre 2002 et 2004, des entrées du secteur " médecine, chirurgie obstétrique " et, en dépit d'une baisse liée à la réalisation de travaux en 2003, une stabilité du nombre de journées. Le moyen séjour connaît une augmentation

significative. L'obstétrique se développe grâce à la reprise de l'activité de la maternité d'Istres.

Le CHG de Martigues a satisfait à la procédure d'accréditation en septembre 2003. Six recommandations lui ont été faites : la prise en charge de la douleur, la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation médicale continue, le respect de la confidentialité et la systématisation des déclarations à la Commission Nationale Informatique et Libertés, la poursuite de la mise en œuvre de l'organisation du bloc opératoire, la systématisation de la signature des prescriptions médicales et la transmission des informations aux professionnels concernés.

2 - L'analyse financière.

L'analyse financière est présentée à partir du tableau de bord financier des établissements publics de santé. Ce TBFEPS présente pour les trois derniers exercices, 30 indicateurs financiers regroupés en cinq rubriques :

1/ Les grandeurs bilancielle

Le fonds de roulement net global (FRNG), différence entre la totalité des ressources stables et des emplois stables est en hausse de 187 %. Cette évolution résulte d'une forte amélioration du fonds de roulement d'exploitation (FRE) qui, négatif en 2002 à hauteur de 1 169 000 euros, devient positif en 2003 avec 784 000 euros, du fait d'un résultat net comptable en forte progression.

Le besoin en fonds de roulement (BFR), différence entre les emplois d'exploitation et les ressources d'exploitation, devient également positif en 2003 avec 725 000 euros alors qu'il était négatif les années précédentes. Le rattrapage effectué par le mandatement de la taxe sur les salaires a permis une baisse substantielle des dettes d'exploitation ainsi que des dettes fiscales et sociales.

2/ La dette

En raison d'un programme de modernisation conséquent, l'établissement est endetté ; toutefois, son indépendance financière est assurée. Le taux d'intérêt de la dette de 3,82 % est particulièrement faible, même s'il se situe parmi les établissements ayant un ratio très élevé (54,1 %).

3/ Les investissements

Les investissements augmentent fortement en 2003. Le taux de vétusté ainsi que le taux d'autofinancement sont identiques aux établissements de même structure.

Le taux de marge brute qui mesure la marge dégagée par l'établissement sur son exploitation courante pour financer ses investissements, est important (7,86 %). Il est supérieur au taux d'autofinancement (3,12 %) et permet largement de couvrir les principales charges du groupe 4 (frais financiers et amortissements).

4/ L'exploitation

En 2003, les produits et les charges augmentent de manière importante (+ 20 % par rapport à 2001) avec l'augmentation de l'activité et la mise en oeuvre du contrat d'objectifs et de moyens.

Le taux de charges sur exercices antérieurs qui diminue, reste encore très élevé à

3,76 %. Le report de charges concerne essentiellement la taxe sur les salaires dont 5 mois restants dus sur l'exercice 2002 ont été reportés sur l'exercice suivant. Une des principales mesures du COM a permis à l'établissement de mandater, en 2003, 14 mois de taxes sur les salaires. A la clôture de 2003, l'hôpital n'accuse plus qu'un retard de 3 mois de taxe sur les salaires (octobre, novembre, décembre 2003).

L'exercice 2003 a été clôturé avec un résultat net de 2 064 000 euros, alors qu'il n'était que de 290 000 euros en 2002. Cette amélioration résulte, en partie, du produit encaissé de 1 254 000 euros à l'occasion de la vente de la maison de retraite.

5/ Les recouvrements et les règlements

Le stock de créances irrécouvrables s'élève en 2003 à 1 719 522 euros.

Cette situation tient au fait que le CHG de Martigues n'a procédé à l'apurement de ces " créances irrécouvrables " ni par le constat d'une charge budgétaire, ni par la mise en oeuvre d'une politique de constitution de provisions.

La plupart des titres proposés en non-valeur porte sur le forfait journalier.

Les mesures mises en oeuvre : une émission des titres plus rapide, un réaménagement des locaux de la régie des recettes avec une meilleure implantation géographique à l'entrée de l'établissement et la possibilité de payer par carte bancaire ont largement contribué à améliorer le taux de recouvrement.

En conclusion, la situation du centre hospitalier de Martigues s'est nettement améliorée. L'établissement a bénéficié du contrat d'objectifs et de moyens de juillet 2002 qui lui a permis de doter les dépenses des groupes 1 et 4 et du produit de la vente de la maison de retraite.

3 - La fiabilité des comptes.

La vérification de la fiabilité des comptes a été conduite à partir du double examen de la comptabilité générale et de la comptabilité analytique.

1/ La comptabilité générale.

Contrairement aux dispositions relatives à l'universalité du budget, l'établissement ne respecte pas le principe du rattachement des charges à l'exercice. Plus particulièrement, il ne prend pas en compte dans ses dépenses : la prime de service et les charges sociales correspondantes depuis 1993 (en partie) et 1994. Ce manquement affecte la sincérité de son résultat et, en conséquence de son bilan.

En revanche, l'établissement n'a pas eu recours à une utilisation abusive des charges à répartir sur plusieurs exercices, et, la prise en compte par l'établissement, des intérêts courus non échus, a été constatée.

L'établissement procède bien au rattachement des produits à l'exercice (les soldes des comptes 418 " hospitalisés et consultants-produits à recevoir " qui s'élevaient à 163 788,61 euros pour l'exercice 2001, ont été ramenés à 51 667,97 euros pour l'exercice 2003). Des mesures d'amélioration de la prise en charge des titres et d'encaissement des moyens de paiement ont été mises en oeuvre.

Seul le compte 4718 " autres recettes à régulariser " présentait des soldes créditeurs importants de 2001 à 2003, soit 527 762,96 euros pour 2003 qui ont été rapidement apurés.

L'évaluation des reports de charges a pu être appréciée par l'examen de deux ratios identifiés au sein des tableaux de bord financiers (TBFEPS) :

- Les taux de charges sur exercices antérieurs, supérieurs à 0,2 %, traduisent indiscutablement des tensions budgétaires au CHG de Martigues, mais qui devraient s'améliorer avec la reconduction du COM (3,76 % pour l'exercice 2003).
- Les ratios de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires présentent en 2004 des taux inférieurs à 9 %, ce qui confirme de manière significative un retard dans le mandatement de cette charge (7,56 % pour l'exercice 2003).

La comptabilité de l'établissement qui doit répondre au principe de transparence des comptes, se doit également de prendre en compte les risques éventuels au travers d'une politique de provisions.

Il a été précisé à la juridiction qu'aucune provision pour risque n'avait été constituée du fait de l'absence de moyens financiers. Toutefois, les risques " accidents de travail " et " capital décès "

ont été couverts par une assurance.

Le compte de provisions pour charges à répartir a servi de support aux apports du COM nécessaires au financement du projet d'établissement (3 955 332,43 F en 2002).

L'établissement ne constitue pas de provisions pour dépréciation.

Contraint par les limites financières, l'établissement n'a pas totalement respecté les principes rappelés. La CRC a toutefois relevé que les priorités du CHG définies par le COM portent sur un rééquilibrage financier et que tous les crédits disponibles sont affectés à cet objectif.

2/ La comptabilité analytique.

Dans le contexte des réformes en cours, la comptabilité analytique du Centre Hospitalier de Martigues poursuit l'objectif de cerner les coûts de l'activité médicale pour s'adapter dans les meilleures conditions possibles à la tarification à l'activité (T2A).

Les tableaux de bord produits sont diffusés mensuellement dans les services. Le suivi des contrats internes (suivi des objectifs d'activité, de moyens et de qualité) est présenté tous les trimestres. Un tableau récapitulatif des dépenses et des recettes établi par service d'hospitalisation selon les modalités de la T2A, a été communiqué à la CME et au Conseil d'administration et diffusé dans l'établissement en 2003.

Le DIM a été créé en 1990. La saisie informatique est assurée par son secrétariat. Cette étape permet de nombreux contrôles par confrontation avec le dossier patient. Cette phase de contrôle et d'optimisation aurait ainsi permis au DIM de récupérer 750 000 points ISA en 2003. L'exhaustivité de l'activité de chaque service est mesurée, à ce jour l'exhaustivité du PMSI serait de 100 %. Chaque année, un rapport d'activité pour l'établissement et par service est présenté lors du collège d'information médicale.

Le but de la comptabilité analytique est l'affectation des charges aux différentes sections d'imputation. Les charges de personnel sont directement affectées au service où travaille l'agent. Les médicaments sont imputés au service consommateur à l'aide d'un système interne de bons de commande. Les charges indirectes sont réparties à l'aide de clés différentes selon leur nature.

Dans le cadre du retraitement comptable, certaines missions d'intérêt général (MIG) ont été isolées en 2003 : institut de formation en soins infirmiers, planning familial et S.M.U.R. D'autres, comme l'unité médico-judiciaire, la stomathérapie, la préparation à l'accouchement, les consultations de génétique en pédiatrie, les consultations de prévention du diabète et de l'asthme, étaient incluses dans les services jusqu'en 2004 car les textes relatifs à leur éventuelle intégration en MIG ne sont parus qu'en 2005.

Les outils mis en place par le centre hospitalier de Martigues ainsi que les moyens humains engagés dans le processus de mise en place d'une comptabilité analytique méritent d'être soulignés.

4 - Le Contrat d'Objectifs et de Moyens.

En juillet 2002, un contrat d'objectifs et de moyens (COM) a été signé avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), couvrant la période 2002-2006. Il prévoit essentiellement le redressement financier de l'hôpital et le financement de sa restructuration conformément au projet d'établissement et au projet médical.

L'aide financière (reprise dans le tableau ci-dessous) devrait permettre de résorber les reports de charges antérieurs et de financer les investissements.

Pa601501

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Besoins à financer pour le groupe 1 (<i>personnel exercice en cours et charges exercices antérieurs</i>)	3 780 735€	5 640 613€	3 454 496€	1 995 561€	1 170 815€	121 968€
Besoins à financer pour le groupe 4 (<i>surcoûts des investissements</i>)	0	197 421€	627 632€	484 483€	872 770€	580 983€
Total des besoins	3 780 735€	5 838 034€	4 082 128€	2 480 044€	2 043 585€	702 951€
Moyens octroyés dans le cadre du COM pour le groupe 1 (<i>crédits reconductibles et non reconductibles</i>)	1 524 490€	3 811 225€	2 286 735€	1 143 367€	762 245€	0
Moyens octroyés dans le cadre du COM pour le groupe 4 (<i>surcoûts des investissements</i>)	0	197 421€	627 632€	484 483€	872 770€	580 983€
Total des moyens octroyés dans le cadre du COM	1 524 490€	4 008 646€	2 914 367€	1 627 850€	1 635 015€	580 983€
Total restant à financer par an (pour les groupes 1 et 4)	2 256 245€	3 454 496€	1 995 561€	1 170 815€	121 968€	0

5 - Le service des Urgences.

1/ Le contexte local

Le service des urgences du CHG de Martigues a été autorisé comme UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences) et SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) par décision de l'ARH du 28 novembre 2000.

Le périmètre de couverture est le suivant :

Martigues, Istres,

Carry le Rouet, Saint Mitre,

Châteauneuf les Martigues, Port de Bouc,

Ensues, Sausset les pins,

Fos sur Mer, Port Saint Louis de Rhône.

2/ L'activité du Service

2-1 Le SMUR a effectué en 2003, 1029 sorties primaires et seulement 13 transports secondaires. Le faible nombre des transports secondaires s'explique par la suppression d'un véhicule en 2001.

Les 1029 sorties primaires se répartissent de la manière suivante :

-556 personnes ont été transportées au CH pour y recevoir des soins,

-195 personnes ont été ou ont préféré être orientées vers un autre établissement,

-90 personnes sont décédées sur place,

-1 personne a refusé le transport vers un établissement sanitaire,

-97 personnes ont reçu des soins sur place,

-80 sorties blanches ont été enregistrées,

-10 personnes sont décédées aux urgences.

Ainsi, 55 % des personnes sont amenées au CH de Martigues. Le nombre moyen de sorties par jour est de 2,85 en 2003, chiffre relativement faible.

Le SMUR constate une baisse constante de la traumatologie compensée par une augmentation des pathologies médicales et en particulier des infarctus du myocarde, pathologie dominante.

2-2 Le nombre de passages aux urgences en 2003 est en augmentation de 2,95 % par rapport à 2001 et atteint 31.424 passages.

21,9 % des personnes passées dans le service ont été hospitalisés et 78,1 % ont bénéficié d'une

consultation ou reçu des soins externes. Le nombre de consultations externes a augmenté de plus de 16 % en 2003 par rapport à 2001, il se monte à 17 649.

Les patients âgés de 75 ans et plus représentent 11 % et les enfants de moins d'un an, 7 %.

Les principales pathologies prises en charge aux urgences sont les suivantes :

- traumatologie 10 168
- pathologies digestive 3 091
- ORL, stomato, ophtalmo 2 254
- psychiatrie et tentatives de suicide 1 833
- pathologies infectieuses 1 668

2-3 Le service des urgences dispose de 4 lits d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) dont l'activité en est la suivante :

pa601502

	2002	2003
Hospitalisation traditionnelle en UHTCD	2 046	2 221
Journées (somme de toutes les durées de séjour)	1 065	1 145
Journées dans d'autres services pour les mêmes séjours	7 248	7 223
Journées au total	8 313	8 367
DMS dans le service	0,5	0,5
Séjours dans le service avec entrée par les urgences	2 034	2 218
Taux de multi-séjours %	34,4	35,7
Exhaustivité des RUM%	100	100
Points ISA affectés au service (répartition par groupage des RUM)	976 078	1 071 789

3/ L'organisation du service

Le service des urgences constitue un centre de responsabilité. Il est composé de 4 unités fonctionnelles : l'accueil, l'UHTCD, le SMUR, et l'unité médico-judiciaire.

- L'accueil est organisé par un personnel infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) qui procède au tri des malades à partir d'une grille, échelle de gravité, qui fixe 3 niveaux de prise en charge :

- niveau 1 : réanimation, prise en charge immédiate,
 - niveau 2 : urgent, prise en charge dans les 20 minutes,
 - niveau 3 : non urgent, délai non déterminé ou simple consultation.
- La zone d'examen et de soins comporte 2 salles de déchoquage et 7 salles d'examens (ou boxes). Par ailleurs, le service dispose d'une salle de radiographie conventionnelle.
- Le service des urgences dispose d'une unité de 4 lits d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). En 2003, 2 234 patients ont été admis dans cette unité contre 1 842 en 2001.
- Une permanence d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.) dispose d'un poste d'assistant de service social.

4/ Les effectifs

Le personnel médical a doublé de 2001 à 2004. Il s'établit à 12,4 ETP :

- 4 praticiens hospitaliers,
- 6 assistants,
- 4 praticiens hospitaliers à temps partiel représentant 2,6 ETP.

En 2001, 14 médecins vacataires participaient au fonctionnement du service des urgences.

Les personnels non médicaux sont au nombre de 43,63 ETP en 2004, (dont 23,28 IDE) contre 37,13 ETP en 2001.

Une convention a été signée avec le SDIS pour le fonctionnement du SMUR. Elle prévoit la mise à disposition par le SDIS de moyens en véhicules et en personnel. L'achat et l'entretien des véhicules relèvent du SDIS ainsi que les chauffeurs et les pompiers armant les véhicules. L'équipe médicale et paramédicale appartient au Centre Hospitalier qui fournit et entretient également les matériels médicaux et les consommables.

5/ Les coopérations

En interne, des conventions formelles existent avec les principaux services.

En externe, des conventions ont été signées avec :

-l'AP-HM qui est le siège d'un SATU, Service d'Accueil et de Traitement des Urgences,

-la clinique de la CRAU pour la prise en charge de la chirurgie de la main,

-le centre médico-sportif de Martigues,

-le SAMU, centre 15 géré par l'AP-HM : cependant, il n'existe pas de mutualisation de moyens, en personnel notamment.

Le partenariat avec la médecine libérale est peu actif. De surcroît, la clinique n'assure plus d'accueil direct la nuit et les astreintes médicales des médecins libéraux, ne sont plus assurées entre 24 h et 8 h.

Toutefois, une maison médicale a été ouverte en octobre 2004 à Martigues. Il est certes prématuré de tirer des enseignements de cette ouverture mais il semblerait qu'elle ait un impact positif en réduisant le nombre de passages aux urgences en terme de consultations.

Pour améliorer la collaboration entre le secteur public et privé, le centre hospitalier propose la création d'un comité de réflexion sur la permanence des soins sur le territoire qui se réunirait une fois par trimestre.

6/ L'analyse du fonctionnement

A la fin de l'année 2003, l'établissement a fait réaliser un audit du service des urgences à la demande conjointe du directeur de l'établissement, du président de la CME et du chef du service des urgences.

L'audit était motivé par des crises successives dues au départ simultané de plusieurs médecins et à une série d'arrêts de travail de longue durée.

Les conclusions de cet audit, mené avec une méthodologie sérieuse, corroborent celles du rapporteur et méritent d'être suivies d'effet plus particulièrement sur les points suivants :

6-1 La performance du service des urgences

Le service des urgences est la vitrine de l'hôpital. Le temps de passage moyen aux urgences est faible : d'après le référentiel, la durée de passage aux urgences est de 135 minutes, ce qui correspond à la moyenne nationale. Le temps médical moyen consacré à chaque patient est de 0,54 heure, soit 33 minutes. En 2002, le nombre de passages par infirmier et par an est de 1.275, un chiffre dans la norme.

L'équipe médicale du service assume l'accueil des urgences, le SMUR, l'UHTCD et les urgences

internes de l'établissement. Un infirmier d'accueil et d'orientation présent 24 h sur 24 a en charge l'accueil, le tri, la surveillance et la réévaluation des patients mis en attente.

Pour la gestion des lits, l'établissement s'est doté d'un régulateur de la qualité de l'hospitalisation, notamment pour la gestion des lits en aval.

6-2 Des améliorations possibles

-Le recueil d'informations existe, à l'image de celui concernant la tenue de la comptabilité analytique.

La majorité des items proposés par la SFMU pour le tableau de bord des services des urgences est connue.

Par ailleurs, les classifications GEMSA, (groupes d'étude multicentrique des services d'accueil) qui distingue 6 types de passages et qui retrace l'organisation de la prise en charge et la trajectoire du patient, ainsi que le CCMU, (Classification Clinique des Malades des Urgences) qui classe les malades selon 6 degrés de gravité, sont renseignées.

En revanche, l'appropriation de ces données par l'ensemble du service et par tout l'hôpital demande à être améliorée. Il serait par ailleurs souhaitable que le recueil d'information ne soit pas effectué par le seul chef de service qui assure la totalité du codage PMSI.

Enfin, le service des urgences n'élabore plus de rapport d'activité annuel, pourtant obligatoire, par manque de temps, ce qui est dommage en terme de communication avec les autres services.

- L'UHTCD

L'article D. 712-56 du code de la santé publique prévoit que le service des urgences dispose d'une zone de surveillance de très courte durée par tranche de 10 000 passages annuels.

Le service des urgences dispose de 4 lits d'UHTCD. Ces lits n'ont pas de localisation géographique précise et il n'existe pas de règlement intérieur précisant les missions et les objectifs de cette unité. Pourtant, elle constitue un lieu d'accueil indissociable au traitement des urgences.

Il conviendrait de reconnaître cette unité dans le projet de service des urgences, lui même reconnu par le projet médical de l'établissement.

- Les prises en charge spécifiques et les protocoles interservices

Des protocoles ont été inclus avec les services de psychiatrie, pédiatrie, moyen et long séjour et

cardiologie. Toutefois, ces formalisations ont un caractère trop général. En outre, elles ne sont pas actualisées, ni évaluées et n'ont pas été approuvées par la CME.

En ce qui concerne l'accueil psychiatrique, les trois secteurs de psychiatrie adultes ont créé une unité intersectorielle de psychiatrie d'accueil d'urgence et de liaison (UIPAUL). Le service des urgences ne dispose pas d'un local individualisé pour l'accueil psychiatrique. Une présence continue est assurée par un infirmier psychiatrique.

Par contre, les psychiatres étant présents dans le service par demi-journée ; plusieurs psychiatres se relaient sur une période de 24 heures. Il serait souhaitable que les noms et les périodes soient identifiés clairement et connus de tous.

Pour la pédiatrie, il n'existe pas non plus de local individualisé. Cependant, comme pour la psychiatrie, ces locaux sont prévus dans le nouveau projet architectural.

En ce qui concerne la maltraitance, une formation à la maltraitance auprès des personnes âgées a été organisée en 2004 pour les personnels du centre de gérontologie. Il existe une procédure de conduite à tenir face à des cas de maltraitance de mineurs.

- Les urgences internes

Le service des urgences doit assumer toutes les urgences internes de l'hôpital notamment la nuit. Pourtant, les patients hospitalisés dans tous les services de l'établissement sont sous la responsabilité des médecins responsables de service, qui organisent le fonctionnement et la permanence des soins. Il existe la nuit, par service, une garde ou une astreinte opérationnelle, rémunérée, qui doit assumer la permanence des soins.

Il est anormal de faire appel au service des urgences pour des urgences non vitales. Pour les urgences vitales, la réanimation de garde pourrait être sollicitée en première ligne.

Il a été noté que les services d'hospitalisation ne participent pas au tour de garde des urgences, à l'exception des internes.

- La commission des admissions et des consultations non programmées

Comme la plupart des établissements de santé, les médecins du service des urgences se plaignent d'un déficit de lits en aval des urgences. En 2002, a été créé un comité médical consultatif qui remplit le rôle dévolu à la commission des admissions et des consultations non programmées. Ce comité fonctionne régulièrement en appui d'un dispositif mis en place avec le gestionnaire de la qualité de l'hospitalisation

- Les locaux

Les locaux du service des urgences, qui datent de 1974 avec une restructuration en 1987, ne sont plus adaptés au fonctionnement d'aujourd'hui avec plus de 30 000 passages par an. L'exiguïté et l'organisation des locaux provoquent un mécontentement des patients et de tout le personnel.

Le contrat d'objectifs et de moyens prévoit la prise en charge des surcoûts des travaux d'extension et de réaménagement des Urgences. Les travaux seront réalisés courant 2006 et verront le doublement des surfaces utiles actuelles.

6 - La maison de retraite

Le centre hospitalier de Martigues gère un centre de gérontologie composé :

d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),

d'un service de moyen séjour,

d'un service de soins infirmiers à domicile.

L'EHPAD, de 54 lits, reconstruit sur le site de l'hôpital du Vallon, accueille depuis 2002 les personnes âgées hébergées auparavant dans la maison de retraite Philippe Jourde, désaffectée du centre ville.

L'analyse des comptes de cet établissement fait apparaître en 2003 un déficit cumulé de fonctionnement de plus de 1 549 000 euros, compensé pour partie par la vente des murs de la maison de retraite à la ville de Martigues. Comme le prévoit la réglementation comptable, le déficit résiduel de 683 000 euros aurait dû être intégralement repris dans le budget Hébergement tarifé par le Conseil général des Bouches du Rhône.

La Chambre a toutefois relevé l'appui financier apporté par cette instance au travers de subventions attribuées en 1996 à la réhabilitation des locaux, et, ultérieurement au financement du mobilier du nouveau service de long séjour. Elle a pris acte de la conduite de négociations, conformément aux engagements pris par le Président du Conseil général dans sa réponse à la juridiction, entre le directeur responsable des personnes âgées et handicapées et la direction de l'établissement en vue de définir les modalités de résorption du déficit.

Bertrand SCHWERER

réponse de l'ordonnateur 1:

[PAO07080601.pdf](#)

réponse de l'ordonnateur 2:

[PAO07080602.pdf](#)