



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

HÔPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE

*dont enquête nationale sur l'impact de la crise sanitaire au
sein des établissements de santé*

(Département du Nord)

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 7 juillet 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 PRÉSENTATION ET GOUVERNANCE	6
1.1 Un acteur important du Dunkerquois en soins de suite et de réadaptation	6
1.1.1 L'environnement sanitaire	7
1.1.2 L'évolution de l'activité avant la crise sanitaire	8
1.1.3 Des difficultés de recrutement	10
1.2 De nombreuses coopérations avec les établissements du territoire	11
1.2.1 Une collaboration ancienne avec l'institut d'éducation motrice Vancauwenberghe	11
1.2.2 L'intégration au sein du groupement hospitalier de territoire	11
1.2.3 De multiples mises à disposition de personnel avec le centre hospitalier de Dunkerque.....	12
1.2.4 Les collaborations avec la polyclinique de Grande-Synthe	12
1.3 Une gouvernance perfectible	12
1.3.1 La composition de certaines instances doit être revue.....	13
1.3.2 Des instances actives	13
1.3.3 Des décisions à mieux formaliser	14
1.4 Des documents stratégiques inaboutis	14
1.4.1 Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui ne sont pas évalués	14
1.4.2 L'élaboration du projet d'établissement	15
1.4.3 Une organisation à conforter	15
2 LA SITUATION FINANCIÈRE.....	17
2.1 Une fonction financière à renforcer	17
2.1.1 Des opérations de fin de gestion tardives	17
2.1.2 Des procédures à mieux respecter	18
2.2 La fiabilité des comptes	18
2.2.1 Le principe de sincérité et de régularité.....	18
2.2.2 Le principe d'indépendance des exercices.....	20
2.3 Une situation financière dégradée avant la crise sanitaire	22
2.3.1 Un résultat régulièrement déficitaire	22
2.3.2 Le financement des investissements	24
2.3.3 Une situation bilancielle préoccupante	26
3 LES EFFETS DE LA CRISE SANITAIRE	28
3.1 Des dispositifs de gestion de crise très complets	28
3.2 L'organisation de l'hôpital face à la crise.....	29
3.2.1 La coordination sur le territoire	29
3.2.2 L'organisation interne.....	30
3.3 Les adaptations d'activité et la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 ...	31
3.3.1 L'incidence de la crise sanitaire sur les hospitalisations	31
3.3.2 L'incidence de la crise sanitaire sur les consultations	33
3.3.3 La prise en charge de patients atteints de la Covid.....	34

3.4 La gestion des ressources matérielles pendant la crise sanitaire.....	36
3.4.1 Une gestion satisfaisante des stocks	36
3.4.2 Des dotations en masques conséquentes.....	38
3.4.3 Des dons à sécuriser.....	38
3.5 L'impact sur les ressources humaines.....	39
3.5.1 L'adaptation de l'activité	39
3.5.2 La mobilisation du personnel.....	39
3.5.3 La stratégie vaccinale	41
3.6 Les conséquences financières de la crise	42
3.6.1 Évolution des principaux indicateurs financiers en 2020 et 2021	42
3.6.2 Un soutien important de l'État.....	45
3.6.3 Une prospective à considérer avec prudence	47
ANNEXES	50

SYNTHÈSE

Implanté sur 80 hectares en bord de mer près de Dunkerque, l'hôpital maritime de Zuydcoote (Nord) est l'établissement le plus important en soins de suite et de réadaptation du Dunkerquois. Il détient quatorze autorisations et dispose de 218 lits et 56 places. Fin 2021, il emploie environ 490 agents.

Avec la moitié des parts d'activité en hospitalisation complète et plus de 80 % des parts de marché en hospitalisation de jour suivant les données 2021, l'hôpital maritime collabore étroitement avec les établissements de son territoire de proximité, spécialement dans le cadre du groupement hospitalier de territoire du Dunkerquois et de l'Audomarois auquel il appartient.

Avec environ 30 M€ de produits par an, l'hôpital maritime n'est pas soumis à la certification de ses comptes. Les procédures budgétaires et comptables sont peu formalisées, conduisant au non-respect du principe de permanence des méthodes et affectant la fiabilité des comptes.

Entre 2017 et 2019, avant la crise sanitaire, son activité s'est caractérisée par un développement de l'hospitalisation de jour, mais des taux d'occupation en hospitalisation complète globalement faibles et des difficultés de recrutement, conduisant régulièrement à des gels de lits. De plus, en l'absence de projet d'établissement validé jusqu'en juin 2022, la gouvernance présente des insuffisances.

De 2017 à 2019, la situation financière de l'établissement s'est dégradée. En 2019, le niveau de sa capacité d'autofinancement (1,06 M€) ne permet pas de couvrir l'annuité de la dette, ni d'assurer le renouvellement des immobilisations. Dans l'impossibilité d'emprunter, le centre hospitalier fait peu d'investissements (1,7 M€ en trois ans), alors même que son patrimoine rend les enjeux en matière d'entretien de celui-ci particulièrement importants. Sa situation bilancielle est préoccupante : le niveau du fonds de roulement baisse et la trésorerie, extrêmement faible, conduit l'hôpital à devoir reporter certains paiements.

Pendant la crise sanitaire, l'établissement a vu son activité impactée et ses personnels fortement mobilisés. Les circuits de prise en charge des patients ont été revus, s'appuyant sur les coopérations sur le territoire tout en les renforçant. Les patients atteints de la Covid-19 ont été accueillis dans une unité dédiée, puis au sein des services. L'hôpital maritime a mis en place une gestion efficace des stocks d'équipements, évitant ainsi toute pénurie.

Si la situation financière s'est améliorée depuis 2020 compte tenu des aides à la contractualisation intervenue en 2021, la hausse des charges n'est pas entièrement imputable à la situation sanitaire, ce qui rend la définition d'une stratégie d'autant plus nécessaire.

RECOMMANDATIONS

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

Rappel au droit (régularité)

	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
Rappel au droit unique : adopter un projet d'établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.		X			15

Recommandations (performance)

	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
Recommandation n° 1 : arrêter une stratégie globale en s'appuyant sur les outils du code de la santé publique et en se dotant d'une organisation efficace.				X	16
Recommandation n° 2 : établir un inventaire comptable fiabilisé, permettant notamment le calcul exact des dotations aux amortissements dans les états prévisionnels de recettes et de dépenses.				X	20
Recommandation n° 3 : fiabiliser les procédures de gestion budgétaire et comptable, afin de respecter le principe de permanence des méthodes.				X	22

*** Voir notice de lecture en bas de page.**

NOTICE DE LECTURE	
SUR L'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DES RAPPELS AU DROIT ET DES RECOMMANDATIONS	
Les recommandations de régularité (rappels au droit) et de performance ont été arrêtées après examen des réponses écrites et des pièces justificatives apportées par l'ordonnateur en réponse aux observations provisoires de la chambre.	
Totalement mise en œuvre	L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre la totalité des actions ou un ensemble complet d'actions permettant de répondre à la recommandation, même si les résultats escomptés n'ont pas encore été constatés.
Mise en œuvre en cours	L'organisme contrôlé affirme avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires au respect de la recommandation et indique un commencement d'exécution. L'organisme affirme, de plus, avoir l'intention de compléter ces actions à l'avenir.
Mise en œuvre incomplète	L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires sans exprimer d'intention de les compléter à l'avenir.
Non mise en œuvre	Trois cas de figure : - l'organisme contrôlé indique ne pas avoir pris les dispositions nécessaires mais affirme avoir l'intention de le faire ; - ou il ne précise pas avoir le souhait de le faire à l'avenir ; - ou il ne fait pas référence, dans sa réponse, à la recommandation formulée par la chambre.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'hôpital maritime de Zuydcoote (Nord) a été ouvert par courriers du président de la chambre, adressés le 8 novembre 2021 à M. Dominique Blondiaux, ordonnateur et directeur en fonctions depuis le 27 mai 2019, et le 10 novembre 2021 à Mme Isabelle Druesne, ancienne directrice. Mme Florence Vanhille, présidente du conseil de surveillance depuis le 20 décembre 2018 et par ailleurs maire de Zuydcoote, a été informée du contrôle.

L'entretien de fin de contrôle, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a eu lieu le 21 février 2022 avec M. Blondiaux et le 24 février 2022 avec Mme Druesne.

Le contrôle s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières sur l'impact de la crise sanitaire sur les hôpitaux. Il a porté sur l'organisation et l'évolution de l'activité et de l'attractivité du centre hospitalier à la veille de la crise (2017-2019), ainsi que sur sa situation financière, afin d'apprécier la trajectoire sur les années précitées avant la crise, puis de mesurer l'impact de celle-ci sur les deux exercices suivants.

La chambre, dans sa séance du 18 mars 2022, a arrêté ses observations provisoires qui ont été communiquées au directeur en fonctions et, sous forme d'extraits, à l'ancienne ordonnatrice.

Après avoir examiné la réponse obtenue, la chambre, dans sa séance du 7 juillet 2022, a arrêté les observations définitives suivantes.

AVERTISSEMENT

Le contrôle de la chambre régionale des comptes s'est déroulé dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19, lequel est susceptible d'affecter la situation financière de l'hôpital pour les exercices 2020 et suivants.

La chambre, à partir des éléments qui lui ont été communiqués au cours de son contrôle, a toutefois cherché à en apprécier les effets.

1 PRÉSENTATION ET GOUVERNANCE

L'hôpital maritime de Zuydcoote est situé près de Dunkerque, dans un environnement de bord de mer, entouré de dunes. Ses nombreux bâtiments sont répartis sur 80 hectares. Il accueille des patients en rééducation fonctionnelle ou soins de suite.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR)¹

L'activité de soins de suite et de réadaptation « a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ».

Les soins de suite et de réadaptation regroupent trois missions : « la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier ».

Source : Observatoire régional de la santé et du social² et ministère des Solidarités et de la Santé.

1.1 Un acteur important du Dunkerquois en soins de suite et de réadaptation

Les capacités d'accueil d'un établissement de santé

Elles sont comptées en nombre de lits en hospitalisation complète (HC) et en nombre de places en hospitalisation partielle (ou hospitalisation de jour – HJ).

L'établissement dispose de 218 lits et 56 places autorisés (cf. annexe n° 2). Il détient neuf autorisations pour les SSR adultes et cinq autres pour les SSR enfants/adolescents. En avril 2019, il a obtenu l'autorisation concernant la prise en charge des affections liées aux conduites addictives en hospitalisation de jour.

¹ Le décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, qui entre en vigueur le 1^{er} juin 2023, fixe les conditions d'implantation pour les activités de soins médicaux et de réadaptation et prévoit les conditions de l'autorisation de l'activité et de son renouvellement, ainsi que les conditions d'implantation des mentions applicables. Il remplace l'expression « soins de suite et de réadaptation » par « soins médicaux et de réadaptation » (article 3).

² In : Observatoire régional de la santé et du social, *Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France. Territoires de proximité*, 2017.

Tableau n° 1 : Autorisations d'exercice de l'hôpital maritime de Zuydcoote

Objet de l'autorisation	Adultes		Enfants/adolescents	
	HC	HJ	HC	HJ
SSR non spécialisés	x			x
SSR affections de l'appareil locomoteur	x	x	x	x
SSR affections du système nerveux	x	x	x	x
SSR affections de l'appareil respiratoire	x	x		
SSR affections du système digestif, métabolique, endocrinien	x		x	
SSR affections onco-hématologiques	x			
SSR affections grands brûlés	x	x		x
SSR affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	x			
SSR affections liées aux conduites addictives	x	x		

Source : chambre régionale des comptes, à partir des autorisations délivrées par l'ARS.

1.1.1 L'environnement sanitaire

Les découpages territoriaux

Les territoires de démocratie sanitaire (TDS) (articles L. 1434-9 et R. 1434-29 du code de la santé publique) sont le niveau de « mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales », tandis que les « objectifs quantifiés pour chaque activité ou équipement matériel lourd » se répartissent par zones du schéma régional de santé (articles R. 1434-30 à R. 1434-32 du même code). Ces territoires ont été fixés par décision du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 28 octobre 2016. Sur chaque TDS est constitué un conseil territorial de santé.

Les territoires de proximité de l'offre médico-sociale sont des découpages territoriaux non opposables. Définis par les agences régionales de santé (ARS), ils constituent le « cadre territorial privilégié pour l'organisation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficultés spécifiques dont l'addictologie ». La région Hauts-de-France dénombre 23 zones de proximité.

Source : ARS Hauts-de-France, Schéma régional de santé 2018-2023, projet régional de santé des Hauts-de-France.

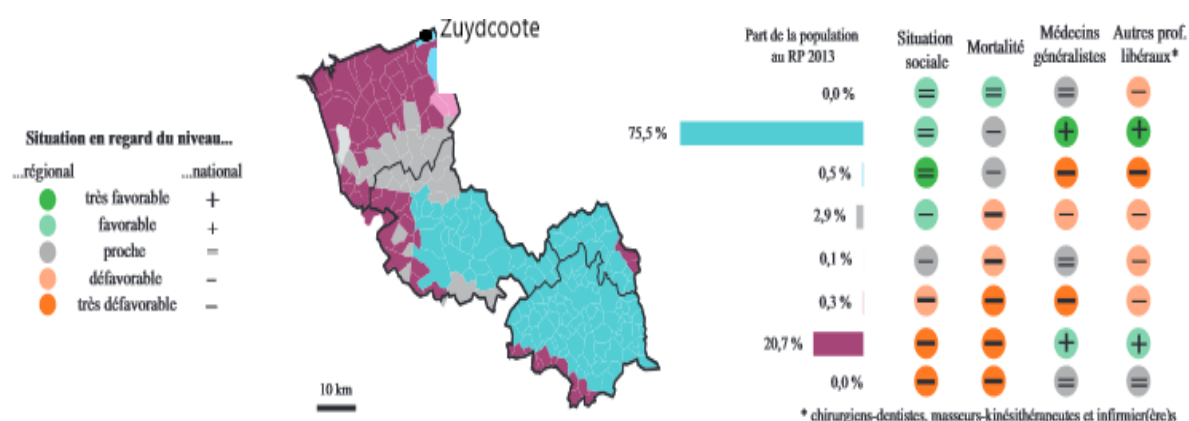
L'hôpital maritime se situe dans le territoire de démocratie sanitaire (TDS)³ « Métropole-Flandres », qui inclut Lille et sa métropole.

³ Cf. article R. 4134-29 du code de la santé publique.

D'après le diagnostic du conseil territorial de santé élaboré en 2017⁴, ce périmètre comptait 1,6 million d'habitants en 2013 et détenait, sur les Hauts-de-France, la plus faible part de personnes âgées de 75 ans et plus (7 %). Par rapport à celle de la région, la situation socio-économique du TDS est meilleure, avec une mortalité générale moindre, même si elle reste supérieure de plus de 14 % à celle de la France.

Toutefois, à l'intérieur du territoire, la situation est très hétérogène. En particulier, les indicateurs en Flandre maritime sont globalement moins bons, le taux de surmortalité y étant plus élevé et la densité de professionnels libéraux moins forte que dans le reste du TDS.

Carte n° 1 : Typologie socio-sanitaire du territoire de démocratie sanitaire « Métropole-Flandres »



Source : Conseil territorial de santé Métropole-Flandres, *Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de Métropole-Flandres*, 2017.

En 2021, l'hôpital maritime détient 7,4 % des parts d'activité en soins de suite et de réadaptation sur le TDS en hospitalisation complète et 11,2 % en hospitalisation partielle.

Sur la zone de proximité « Dunkerquois Flandre maritime », c'est l'établissement le plus important en SSR, avec la moitié des parts de marché en hospitalisation complète et plus de 80 % des parts de marché en hospitalisation de jour⁵. S'il perd des parts dans le premier cas (7 points entre 2017 et 2021), il en gagne dans le second (+ 11 %).

1.1.2 L'évolution de l'activité avant la crise sanitaire

Après une hausse entre 2017 et 2018, le nombre de journées d'hospitalisation en 2019 (73 509) revient à son niveau de 2017 (73 033).

⁴ Cf. *Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de Métropole-Flandres, Diagnostic partagé du conseil territorial de santé*, 2017.

⁵ Source : ATIH données 2021.

Tableau n° 2 : Évolution du nombre de journées d'hospitalisation

(en nombre de jours)	2017	2018	2019
Hospitalisation complète	60 625	61 672	57 912
Évolution annuelle		+ 1,7 %	- 6,1 %
Hospitalisation partielle de jour	12 408	15 218	15 597
Évolution annuelle		+ 22,6 %	+ 2,5 %
Total	73 033	76 890	73 509
Évolution annuelle		+ 5,3 %	- 4,4 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des rapports d'activité de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

L'hospitalisation partielle représente 17 % du total des journées d'hospitalisation en 2017, pour atteindre 21,2 % en 2019, un taux bien supérieur au niveau national dans les établissements publics de SSR (8 %)⁶. Entre 2017 et 2019, cette augmentation concerne toutes les activités et s'explique, notamment, par une modification de la codification des actes, entraînant une baisse des consultations⁷.

Tableau n° 3 : Nombre de consultations par pôle

Pôle	2017	2018	2019
Soins de suite	355	437	285
Addictologie	464	538	616
Rééducation adultes	3 625	3 886	3 128
Rééducation enfants	1 007	905	976
Total	5 451	5 766	5 005

Source : chambre régionale des comptes, à partir des rapports d'activité de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

La durée moyenne de séjour (DMS) s'établit à 28,7 jours en 2019, inférieure de 16 % à celle des établissements publics offrant des capacités de SSR (34,3 jours)⁸.

Entre 2017 et 2019, le taux d'occupation⁹, calculé par rapport au nombre de lits installés, est variable selon les services.

⁶ Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les établissements de santé*, édition 2021, p 109.

⁷ Depuis 2018, lorsqu'une consultation requiert la mobilisation de plusieurs spécialistes, elle est codée en hospitalisation de jour.

⁸ Source : DREES, *Les établissements de santé*, *Ibid.*

⁹ Le taux d'occupation (en %) est habituellement calculé comme suit : [(nombre de journées réalisées/365) / nombre de lits installés]*100.

**Tableau n° 4 : Taux d'occupation des lits de l'hôpital maritime de Zuydcoote
entre 2017 et 2019 (hospitalisation complète)**

Code	Unité médicale	Pôle	Nb de lits installés	2017*	2018	2019
SSR adultes						
08150T	SSR indifférenciés ou polyvalents (EVC)	Rééducation adultes	7	NC	75,42 %	79,74 %
08151A	Affections de l'appareil locomoteur	Rééducation adultes	60	NC	78,08 %	76,25 %
08152A	Affections du système nerveux	Rééducation adultes	25	87,44 %	86,61 %	85,81 %
08154A	Affections de l'appareil respiratoire	Rééducation adultes	11	57,94 %	51,05 %	6,16 %
08155A	Affections du système digestif, métabolique, endocrinien		4	NC	62,67 %	27,74 %
08157A	Affections des brûlés	Rééducation adultes	8	NC	73,52 %	74,65 %
10150A	SSR indifférenciés ou polyvalents	Soins de suite	30	NC	83,36 %	86,79 %
10150P	SSR indifférenciés ou polyvalents (USP)	Soins palliatifs	10	90,05 %	84,08 %	86,40 %
10159A	Affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance	Soins de suite	29	84,83 %	81,91 %	73,28 %
11158A	Affections liées aux conduites addictives		23	82,09 %	79,01 %	79,04 %
10156A	Affections onco-hématologiques	Soins de suite	0	-	-	-
SSR enfants/adolescents			10	54,24 %	43,26 %	41,81 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir du rapport d'activité 2017 et des données présentées en CME pour les années 2018 et 2019.

* Les données du rapport d'activité 2017 sont présentées par service et non par unité médicale, ne permettant pas de les rapporter à celles des autres années.

Le taux d'occupation est, ainsi, proche de 90 % pour les soins de suite non spécialisés, les SSR affections du système nerveux et pour l'unité de soins palliatifs.

Il est, en revanche, très faible dans le service des SSR affections de l'appareil respiratoire, le départ de praticiens entraînant régulièrement des gels de lits.

S'agissant du service SSR enfants/adolescents, le taux s'explique par un recours croissant à l'hospitalisation de jour.

1.1.3 Des difficultés de recrutement

Fin 2021, l'établissement emploie de l'ordre de 490 agents, dont environ 465 personnels non médicaux et 23 personnels médicaux. Cet effectif représente en moyenne 453 équivalents temps plein¹⁰ (cf. annexe n° 3).

¹⁰ Les équivalents temps plein travaillés (ETPT) correspondent aux effectifs présents à une date donnée, corrigés de leur quotité de travail.

L'absence récurrente de médecins dans certaines spécialités (pneumologie notamment) entraîne des fermetures de lits plus ou moins durables, conduisant régulièrement à des redéploiements de personnels dans d'autres services. Sans médecin responsable du département d'information médicale (DIM)¹¹, le suivi de l'activité est rendu, de plus, moins aisé.

S'agissant des personnels non médicaux, les tensions portent sur les postes de masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et aides-soignants. À titre d'exemple, au 1^{er} janvier 2022, l'hôpital dispose d'un effectif de 16,8 ETP de masseurs-kinésithérapeutes pour des besoins évalués à 24 ETP. Cette situation a conduit l'hôpital maritime à verser de manière forfaitaire à ces personnels, afin de leur octroyer un complément de rémunération, des heures supplémentaires, dont le montant représente entre 2017 et 2019 près du cinquième du total.

1.2 De nombreuses coopérations avec les établissements du territoire

1.2.1 Une collaboration ancienne avec l'institut d'éducation motrice Vancauwenberghe

Historiquement, l'hôpital maritime de Zuydcoote et l'institut d'éducation motrice (IEM) Vancauwenberghe, situés sur les mêmes terrains, faisaient partie du même établissement. Compte tenu de ces liens et de l'implantation des deux structures, le premier exerce de nombreuses prestations pour le second (blanchisserie, gestion du PC sécurité, entretien des espaces verts...) et met à sa disposition certains de ses agents.

1.2.2 L'intégration au sein du groupement hospitalier de territoire

L'hôpital maritime de Zuydcoote appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT)¹² du Dunkerquois et de l'Audomarois, créé en 2016, et qui compte également le centre hospitalier d'Aire-sur-la Lys, le centre hospitalier de Dunkerque (CHD), établissement support du GHT, et celui de la région de Saint-Omer.

De réelles avancées sur le partage du projet médical et de soins sont constatées. Un travail a été engagé sur la fluidité du parcours patient au sein du GHT, afin d'assurer la gradation des soins, et des contrats de filière ont été élaborés. Une action a été menée sur les fonctions médico-techniques (biologique, radiologie, pharmacie)¹³.

¹¹ Depuis 2017, un médecin retraité a été employé à 40 % entre octobre 2020 et septembre 2021.

¹² Les objectifs devant être poursuivis par un groupement hospitalier de territoire sont définis à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique : « *Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.* »

¹³ Cf. Chambre régionale des comptes Hauts-de-France, *Centre hospitalier de Dunkerque (Nord), Rapport d'observations définitives*, juin 2021.

Une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique est commune au CHD et à l'hôpital maritime de Zuydcoote. Elle associe également, depuis 2019, le centre hospitalier de la région de Saint-Omer. Cette collaboration illustre la mise en œuvre de l'axe du projet médical partagé relatif à l'organisation de la gradation des soins pour les « parcours patient » non prioritaires du territoire.

S'agissant des fonctions support, l'action du CHD pour les membres du GHT est développée dans deux des cinq fonctions et activités déléguées citées par la convention constitutive. D'une part, la fonction achat a été centralisée. L'hôpital maritime rejoint progressivement les procédures de marchés lancées par le CHD. D'autre part, un schéma directeur des systèmes d'information commun aux membres du GHT a été élaboré.

1.2.3 De multiples mises à disposition de personnel avec le centre hospitalier de Dunkerque

Les relations entre l'hôpital maritime de Zuydcoote et le centre hospitalier de Dunkerque se traduisent, en particulier, par la mise à disposition réciproque d'une trentaine de personnels, médicaux et non médicaux, et la possibilité pour un médecin d'exercer sur les deux établissements.

1.2.4 Les collaborations avec la polyclinique de Grande-Synthe

Des liens ont également été noués avec la polyclinique de Grande-Synthe, dans le cadre du projet hospitalier du dunkerquois (PHD), porté par le CHD. L'évaluation réalisée par les trois établissements concernés montre un bilan « significativement positif »¹⁴. Leur collaboration s'est renforcée, à travers le développement d'une filière addictologie et la prise en charge coordonnée des soins palliatifs.

Les liens avec des partenaires extérieurs (établissement public de santé mentale des Flandres et Hospitalisation à domicile Mutualité Française Nord-Pas-de-Calais) ont été consolidés par la mise en place de la filière de soins gériatriques hospitalière.

Enfin, la convention-cadre signée en octobre 2021 entre les établissements membres du GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois et la Polyclinique de Grande-Synthe doit permettre de renforcer les partenariats et de coordonner les prises en charge de patients.

1.3 Une gouvernance perfectible

Le rôle des instances est présenté en annexe n° 4.

¹⁴ Cf. support de « *présentation du bilan du PHD et des perspectives pour les 3 à 5 prochaines années* » diffusé lors de la réunion du conseil de surveillance du 18 octobre 2019.

1.3.1 La composition de certaines instances doit être revue

Dans la mesure où elle a une incidence sur la détermination du quorum et la validité des décisions prises, la composition des instances a été examinée et appelle les observations suivantes.

Contrairement aux dispositions de l'article R. 6144-3 du code de la santé publique, tous les praticiens sont conviés aux réunions de la commission médicale d'établissement (CME). Depuis fin 2021, cette instance ne dispose plus de président, privant l'hôpital d'un représentant avec voix délibérative à la commission médicale du GHT.

Le nombre de participants aux séances de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est supérieur au nombre de membres prévu par le règlement intérieur.

Le conseil de surveillance est composé de 15 membres, répartis en trois collèges, qui représentent respectivement les élus, les personnels médicaux et non médicaux et les personnalités qualifiées. Cependant, alors qu'un membre ne peut pas également siéger au directoire¹⁵, cette disposition n'a pas été respectée entre décembre 2019 et novembre 2020, avant d'être corrigée.

Enfin, le directoire comporte sept membres de droit ou nommés par le directeur et neuf membres invités permanents, au lieu des neuf membres prévus par l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique.¹⁶ En outre, l'absence de médecin-chef du département d'information médicale entraîne *de facto* la vacance d'un siège.

1.3.2 Des instances actives

De manière globale, les instances sont réunies régulièrement et remplissent leur rôle. Un calendrier des réunions est élaboré en début d'année, depuis 2018. Cependant, contrairement aux dispositions de son règlement intérieur, le conseil de surveillance n'a pas été systématiquement convoqué quatre fois par an, compte tenu en particulier de l'absence de réunion entre juin 2018 et septembre 2019, ce que le directeur, dans sa réponse, considère comme étant « une période transitoire avec un intérim de direction et un changement de directeur adjoint ».

La fréquence des réunions de la CME, de la CSIRMT et de la commission des usagers (CDU) n'appelle, par contre, pas d'observation.

Le conseil de surveillance est consulté conformément aux dispositions du code de la santé publique.

¹⁵ Cf. article L. 6143-6 du code de la santé publique.

¹⁶ Modifiée par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

La CDU assure le suivi des plaintes et réclamations, celui des demandes d'accès aux dossiers médicaux des patients et celui des événements indésirables graves. Des indicateurs de suivi de la satisfaction des patients sont renseignés. Le rapport annuel de la commission est présenté préalablement en CSIRMT, puis le conseil de surveillance délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

La CSIRMT remplit également ses missions. À titre d'exemple, elle a été consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le règlement intérieur et le projet de soins partagé du GHT, ainsi que sur le plan d'action de la qualité sécurité des soins, comme prévu par l'article R. 6146-10 du code de la santé publique.

1.3.3 Des décisions à mieux formaliser

Des procès-verbaux sont réalisés après chaque réunion des instances. Si la retranscription exhaustive de toutes les interventions rend bien compte des débats, elle conduit à la production de documents longs, dont la rédaction est chronophage, conduisant parfois à leur adoption tardive.

Les mentions relatives aux participants ne précisent pas leur qualité, rendant difficile la détermination des membres ayant voix délibérative, ou sont erronées. De plus, la vérification du quorum, lorsqu'il est requis, n'est pas systématique, pouvant conduire à la tenue de réunions sans respect de celui-ci. À la suite du contrôle, la rédaction des procès-verbaux a été revue afin d'y faire mention du contrôle des présences.

Enfin, les procès-verbaux ne rendent pas compte de manière suffisamment explicite des décisions prises. Au surplus, le relevé de conclusions du directoire, prévu par l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique et en principe accessible à l'ensemble du personnel, n'est pas réalisé.

En réponse, le directeur de l'établissement indique que ce document « sera désormais accessible aux membres du personnel *via* le logiciel interne comme [celui] du futur CSE ».

1.4 Des documents stratégiques inaboutis

1.4.1 Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui ne sont pas évalués

Au cours de la période examinée, deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont été mis en œuvre, le premier, pour la période du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2017, le second valable du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023. L'établissement est donc resté une année et demie sans convention.

Contrairement aux dispositions de l'article D. 6114-8 du code de la santé publique, ni les rapports annuels d'étape ni, pour le premier CPOM, le rapport final n'ont été réalisés. Dans ces conditions, aucune évaluation de la réalisation des objectifs quantifiés prévus dans le contrat n'a été conduite par l'agence régionale de santé.

1.4.2 L'élaboration du projet d'établissement

Selon les termes de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement* ». Il s'inscrit dans le cadre des objectifs du schéma régional de santé.

En 2017, le dernier projet d'établissement validé remonte à 2010. La démarche de rédaction d'un tel projet, menée entre septembre 2016 et novembre 2018, n'a pas abouti.

L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement est lancée en 2019. En directoire, le directeur présente la démarche destinée à faire de l'hôpital « un SSR de référence ». Un des axes de travail majeur consiste dans l'amélioration du parcours patient.

Une information est également faite en commission médicale d'établissement, en conseil de surveillance, en comité technique d'établissement puis en assemblée générale des personnels en novembre 2019. L'hôpital fait appel à un cabinet de conseil qui rend son livrable en 2021, du fait de la crise sanitaire. Des parcours sont identifiés et affectés d'un coefficient selon les enjeux et la faisabilité, et se déclinent en projets.

En dépit d'échanges au sein de certaines instances en 2021, aucun document finalisé n'a été soumis au conseil de surveillance.

Dans ces conditions, la chambre demande à l'hôpital maritime de se doter sans délai d'un projet d'établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

Rappel au droit unique : adopter un projet d'établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

Dans sa réponse, le directeur actuel indique que lors, de la réunion du conseil de surveillance du 24 juin 2022, un document de travail intitulé « projet d'établissement 2021-2025 » présentant des programmes et des objectifs a été validé, dans l'attente d'une « démarche future » en septembre 2022.

1.4.3 Une organisation à conforter

L'organigramme actuel distingue quatre pôles cliniques, rééducation adultes, soins de suite et de réadaptation enfants et adolescents, soins de suite, addictologie et un pôle médico-technique, la pharmacie. Le pôle « rééducation adultes » comporte, en outre, celui des SSR « affections du système digestif métabolique et endocrinien » et une unité fonctionnelle du plateau technique. Le pôle « soins de suite » est composé d'une unité fonctionnelle de soins palliatifs, d'une unité fonctionnelle SSR de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance et d'une unité fonctionnelle de SSR polyvalents.

Cependant, alors même que des agents perçoivent l'indemnité de chef de pôle, sans que leur désignation n'ait été renouvelée, aucun contrat de pôle n'a été établi, contrairement aux dispositions de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

En réalité, l'organisation repose sur des chefs de service dont le domaine de compétences recoupe la notion d'autorisation.

Ces insuffisances organisationnelles s'ajoutent à l'absence, jusqu'en juin 2022, de projet d'établissement validé et aboutissent à un défaut de démarche stratégique, auquel la chambre l'invite à remédier.

Recommandation n° 1 : arrêter une stratégie globale en s'appuyant sur les outils du code de la santé publique et en se dotant d'une organisation efficace.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur précise que « l'établissement se dirige vers l'élaboration de contrats de filières ».

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Avec la moitié des parts d'activité en hospitalisation complète et plus de 80 % des parts de marché en hospitalisation de jour, l'hôpital maritime de Zuydcoote est l'établissement le plus important en soins de suite et de réadaptation dans la zone de proximité « Dunkerquois-Flandre maritime ».

Entre 2017 et 2019, son activité se caractérise par un développement de l'hospitalisation de jour et des taux d'occupation en hospitalisation complète globalement faibles, liés pour partie à des difficultés de recrutement, notamment de personnels médicaux.

L'hôpital maritime s'intègre dans son environnement par de nombreuses et étroites collaborations avec d'autres établissements, notamment dans le cadre du groupement hospitalier de territoire du Dunkerquois et de l'Audomarois auquel il appartient.

Pour développer son activité et son attractivité, il doit se doter d'une stratégie et d'une organisation qui devront s'asseoir sur le projet d'établissement et un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui fasse l'objet d'un suivi.

2 LA SITUATION FINANCIÈRE

Le financement des soins de suite et de réadaptation

L'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit la réforme du mode de financement des activités de SSR. Un modèle transitoire de financement s'applique jusqu'au 31 décembre 2022. Il se compose :

- d'une fraction majoritaire des anciennes modalités de financement à hauteur de 90 %, sous forme d'une dotation annuelle de financement ;
- d'une fraction minoritaire des nouvelles modalités de financement à hauteur de 10 %, fondées sur la part « activité » de la dotation modulée à l'activité, prévue à l'article L. 162-23-3 du code de la Sécurité sociale. Cette part est dénommée « fraction de tarifs ».

L'hôpital maritime de Zuydcoote dispose d'un budget principal (budget H) et d'un budget annexe (budget A : dotation non affectée) dédié à l'activité de location de terres agricoles. Les produits d'exploitation du budget H représentent 99,9 % des produits d'exploitation consolidés.

Le total des produits est en moyenne de 30,1 M€ entre 2017 et 2020. L'hôpital maritime de Zuydcoote n'est pas soumis à la certification de ses comptes¹⁷.

2.1 Une fonction financière à renforcer

Les taux d'exécution du budget principal (budget H) avoisinent les 100 %. Ils varient selon les titres : ainsi, les « charges à caractère médical » (titre 2) sont régulièrement en deçà des prévisions, autour de 90 % en 2017 et 2019.

2.1.1 Des opérations de fin de gestion tardives

L'analyse des comptes d'attente (comptes 47)¹⁸ a montré que peu d'enregistrements subsistent en fin d'exercice et que les prises en charge des recettes ne sont pas anciennes. Les écritures ont été correctement justifiées et ne présentent pas d'anomalies.

¹⁷ L'article D. 6145-61-7 dispose que « sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs ».

¹⁸ Conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21, les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif (*in* tome 1 *Le cadre comptable*, 2022, p 97).

Si le caractère tardif de certaines opérations s'explique en particulier par les dates de notification des arrêtés de financement par l'ARS, d'autres devraient donner lieu à un traitement plus rapide. Ainsi, le montant des « autres dépenses à régulariser » (8,4 M€ au compte 4718 mi-février 2022, montre que la journée complémentaire¹⁹ excède le 31 janvier.

2.1.2 Des procédures à mieux respecter

L'hôpital maritime comporte un département « finances, système d'information, patientèle ». Outre le responsable, le service des finances est composé de deux gestionnaires budgétaires (soit 2,3 ETP fin 2021 au total).

Des procédures existent. À titre d'illustration, les opérations de fin de gestion donnent lieu à une note diffusée tous les ans. Le suivi budgétaire prend la forme d'échanges trimestriels entre le service des finances et les services gestionnaires. Ce suivi permet de préparer l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) de l'exercice suivant.

Cependant, la plupart des procédures ne sont pas formalisées. Au surplus, l'instruction a montré que certaines opérations (comme les rattachements) n'étaient pas maîtrisées, conduisant à une impermanence des méthodes comptables (cf. *infra* 2.2.) qui peut, dans certains cas, être liée à des changements de personnel.

Afin de renforcer sa fonction financière, l'hôpital maritime a recruté, fin 2021, un contrôleur de gestion.

2.2 La fiabilité des comptes

Les évolutions dans la constitution des provisions sont *justifiées*. En revanche, les contrôles relatifs au suivi du patrimoine, d'une part, et aux reports de charges et rattachements de charges et de produits, d'autre part, ont montré des lacunes auxquelles l'établissement doit remédier.

2.2.1 Le principe de sincérité et de régularité

2.2.1.1 L'absence de recensement des engagements hors bilan

L'hôpital maritime a contracté trois baux emphytéotiques qui ne comportent pas de risque. Néanmoins, il pourrait compléter l'information financière en les mentionnant sur l'annexe prévue par la maquette du compte financier et en inscrivant les loyers à venir dans ses comptes.

¹⁹ La « journée complémentaire » permet aux établissements publics de terminer les écritures comptables de l'année sur une période limitée à un mois. Ainsi, le mois de janvier permettra de passer les derniers mandats et titres de recettes de l'année écoulée.

2.2.1.2 Une connaissance imparfaite du patrimoine

Inventaire des biens meubles et immeubles

L'inventaire ou fichier des immobilisations est constitué par la réunion de toutes les fiches ou comptes sur lesquels sont inscrites les opérations imputées aux comptes de classe 2 « Comptes d'immobilisations ».

Pour les biens immeubles dont le suivi est également assuré par le comptable public de l'établissement (biens comptabilisés aux comptes 211, 212, 2131, 2138 et 2141, 22, 23 et 24), il doit y avoir une exacte correspondance entre le contenu de l'inventaire et le fichier des immobilisations tenu par le comptable.

Source : Instruction budgétaire et comptable M21, Tome III, La tenue des comptabilités, 2020, pages 18-19.

L'établissement n'a pas d'inventaire comptable exhaustif. Si le suivi des immobilisations est effectué dans un fichier dédié, sur la base des informations des services utilisateurs, les fiches d'immobilisations ne sont que rarement complétées et aucun inventaire physique n'existe.

**Tableau n° 5 : Comparaison entre tableau des immobilisations et état de l'actif
(au 31 décembre 2020)**

(en €)	Valeur brute	Valeur nette comptable
Tableau des immobilisations	60 080 801,76	25 754 873,04
État de l'actif	62 077 125,20	27 750 910,91
Écart entre inventaire comptable et état de l'actif	- 1 996 323,44	- 1 996 037,84
Écart/état de l'actif	3,2 %	7,2 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir de l'état de l'actif du comptable au 31/12/2020 et du tableau des immobilisations de l'hôpital issu du logiciel de gestion économique et financière.

Au 31 décembre 2020, l'écart entre le tableau des immobilisations issu du logiciel de gestion économique et financière de l'hôpital et l'état de l'actif du comptable public représente 7,2 % de la valeur nette comptable et 3,2 % de la valeur brute de l'état de l'actif. Il s'explique par l'absence d'inscription, par l'ordonnateur, dans les comptes, des immobilisations mises à disposition (1,3 M€ à l'état de l'actif) et par le suivi des immobilisations en cours sur un autre fichier spécifique.

En matière d'amortissement, l'hôpital applique la méthode linéaire au *prorata temporis*²⁰. Les durées d'amortissement ont été fixées en 2001.

²⁰ Cette information figure sur les comptes financiers. En revanche, les services n'ont pas été en capacité de produire la décision correspondante.

Contrairement aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 selon lesquelles une durée d'amortissement « doit être identique pour une même catégorie de biens utilisés dans des conditions similaires »²¹, des immobilisations inscrites à un même compte ne sont pas amorties au même rythme.

Dans ces conditions, ni l'état de l'actif, ni le tableau des immobilisations ne reflètent la valeur réelle du patrimoine de l'établissement. Les dotations aux amortissements sont en conséquence sous-calibrées, limitant la capacité de l'hôpital à renouveler ses immobilisations.

Si l'établissement prévoit d'établir un état des bâtiments et a, à la suite du contrôle, engagé des démarches pour améliorer le suivi de son patrimoine, la chambre lui demande de se doter d'un inventaire comptable exhaustif et de le fiabiliser, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21. Elle encourage également les services de l'ordonnateur et du comptable public à approfondir leurs échanges, afin d'améliorer la cohérence entre leurs documents patrimoniaux respectifs.

Enfin, elle invite l'hôpital, à partir de l'inventaire comptable préalablement fiabilisé, à calculer de façon précise les dotations aux amortissements afin de les inscrire dans les EPRD.

Recommandation n° 2 : établir un inventaire comptable fiabilisé, permettant notamment le calcul exact des dotations aux amortissements dans les états prévisionnels de recettes et de dépenses.

2.2.2 Le principe d'indépendance des exercices

Les rattachements des charges et des produits à l'exercice

En application du principe d'indépendance des exercices, la procédure de rattachement vise à faire apparaître dans le résultat d'un exercice donné les charges et les produits d'exploitation qui s'y rapportent et permet ainsi de dégager un résultat net comptable sincère.

Elle consiste à intégrer dans le résultat annuel toutes les charges correspondant à des services faits et tous les produits correspondant à des droits acquis au cours de l'exercice considéré qui n'ont pu être comptabilisés en raison, notamment pour les dépenses, de la non réception par l'ordonnateur de la pièce justificative.

Le caractère évaluatif des crédits facilite le rattachement des charges à l'exercice. Lorsque les crédits ont un caractère limitatif, le rattachement des charges ne peut, comme pour toute émission de mandat, être effectué que si les crédits nécessaires ont été inscrits à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Par conséquent, les charges à rattacher à l'exercice doivent être identifiées suffisamment tôt pour permettre la prise éventuelle de décisions modificatives et une comptabilisation exhaustive des charges à rattacher.

²¹ « Les taux [d'amortissements] sont fixés par l'ordonnateur en fonction du rythme de consommation du potentiel de service de l'actif (durée d'utilisation de l'immobilisation). Lorsqu'une durée a été choisie, elle doit être identique pour une même catégorie de biens utilisés dans des conditions similaires. En conséquence, deux immobilisations identiques peuvent avoir une durée d'amortissement différente si les conditions d'utilisation ne sont pas identiques ; cette situation relève d'une décision du directeur. », Instruction budgétaire et comptable M21, 2020, tome II, chapitre 2, 3. « Amortissements des immobilisations ».

Source : *Instruction budgétaire et comptable M21, tome II, Le cadre budgétaire et les opérations particulières, 2022, titre 2, chapitre 4.*

2.2.2.1 Les reports de charges

Les reports de charges

Répondant à un double objectif de sincérité budgétaire et de qualité comptable, l'utilisation du compte 672 « Charges sur exercices antérieurs » doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné. Elle a donc un caractère tout à fait exceptionnel.

Source : *Instruction budgétaire et comptable M21, tome I, Le cadre comptable, 2022, chapitre 2, p 137.*

Le taux de charges sur exercices antérieurs²² varie entre 0,14 % (en 2017) et 0,29 % (en 2019). En 2021, il serait de 0,31 %. En 2019 et 2020, il est supérieur au seuil de 0,20 %.

Le contrôle des reports a permis d'identifier plusieurs erreurs en 2019 concernant des mandats relatifs à des paiements de fluides et au remboursement de l'intérim effectué par l'ancienne directrice.

2.2.2.2 Le rattachement des charges à l'exercice

Les montants des commandes reçues, dont les factures ne sont pas parvenues avant la clôture budgétaire, font l'objet de rattachements et sont recensés. En moyenne, entre 2017 et 2021, 68,4 % des charges rattachées sont relatives à des primes de service à payer.

Les charges rattachées à l'exercice baissent significativement (- 30 %), sous l'effet de la diminution, entre 2017 et 2018, des charges relatives aux fournisseurs (compte 408 « Factures non parvenues »). En 2017, la réception tardive de factures de chauffage contestées par l'ordonnateur justifie une grande partie des rattachements. Toutefois, l'analyse des pièces justificatives a, sur ce point également, démontré un manque de rigueur dans la mesure où 60 000 € (soit 20 % du montant du compte) auraient dû être mandatés dans l'année et non rattachés.

2.2.2.3 Le rattachement des produits à l'exercice

Des produits à recevoir sont constatés à chaque clôture d'exercice. Un fichier est transmis à cet effet au comptable public, mais sans justificatif à l'appui, ne permettant pas d'avérer la sincérité des recettes. Les produits à recevoir de la part des redevables (compte 418) sont nuls ou quasi nuls car l'établissement ne rattache pas les séjours à cheval sur deux exercices, mais les facture en deux temps.

²² En application de l'instruction budgétaire et comptable M21, pour analyser l'importance des reports de charges, il est possible d'utiliser le taux de charges sur exercices antérieurs rapportant les débits des comptes 67218 (charges de personnel - autres), 67228 (charges à caractère général - autres), 67238 (charges à caractère hôtelier et général - autres) et 67288 (autres charges) à la somme des masses débitrices des comptes 60 à 65, 661 (charges d'intérêt), 67218, 67228, 67238 et 67288. Une valeur supérieure à 0,2 % est considérée comme anormalement élevée (*in* : Tome I, *Le cadre comptable*, 2022, chapitre 2, p 137).

Les rattachements de produits varient fortement sur la période concernée : ils se contractent de 238 000 € en 2018 à 18 600 € en 2020, soit près de 12 fois moins. Cette évolution s'explique par l'absence de permanence des méthodes dans le traitement du financement de la consultation anti-douleur organisée au sein du GHT depuis 2017. Entre 2018 et 2021, cette recette fait l'objet de trois traitements différents, conduisant chaque année à la majoration du résultat (de 6 % à 16 % selon les années).

Dans sa réponse, le directeur explique cette situation par des changements dans les modalités de financement, faisant ainsi valoir que « ce défaut n'est pas imputable uniquement à l'établissement ».

La chambre rappelle toutefois à l'hôpital la nécessité d'assurer la permanence des méthodes prévue à l'article 57 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, en lui recommandant de fiabiliser ses procédures.

Recommandation n° 3 : fiabiliser les procédures de gestion budgétaire et comptable afin de respecter le principe de permanence des méthodes.

2.3 Une situation financière dégradée avant la crise sanitaire

L'analyse qui suit a été menée à partir des comptes financiers de l'hôpital maritime et des états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

2.3.1 Un résultat régulièrement déficitaire

Le résultat comptable est constamment négatif entre 2017 et 2019.

Tableau n° 6 : Résultat comptable (tous budgets confondus)

(en €)	2017	2018	2019
Résultat d'exploitation	- 340 216	- 185 288	- 1 036 359
Résultat financier	- 653 430	- 600 663	- 550 244
Résultat exceptionnel	538 289	649 727	987 780
Résultat net comptable	- 455 357	- 136 225	- 598 823

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2017-2019.

La marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation, tous budgets confondus, résulte de la différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges nettes courantes de fonctionnement. Elle sert à mesurer « la performance économique de l'établissement ». Son niveau doit permettre le financement de la charge annuelle de la dette et « d'un socle minimum d'investissements courants d'environ 3 % des produits d'exploitation courants ».

Le taux de marge brute d'exploitation est égal au rapport entre la marge brute et les produits courants de fonctionnement. Le niveau recommandé est de l'ordre de 8 % des produits courants, hors aides financières.

Source : Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

L'hôpital maritime bénéficie d'1 M€ d'aides financières à partir de 2018. La marge brute diminue fortement entre 2017 et 2019, sous l'effet de la hausse des charges de personnel (+ 3,5 %). Le taux de marge brute, hors aides financières, se dégrade pour devenir très faible en 2019 (0,9 %).

Tableau n° 7 : Marge brute d'exploitation (tous budgets confondus)

(en €)	2017	2018	2019
Produits courants de fonctionnement (A)	28 140 987	28 581 157	28 076 915
<i>Dont produits d'activité</i>	26 211 015	26 762 202	26 242 847
<i>Dont aides financières (A1)</i>	83 459	1 001 510	1 001 510
Charges nettes courantes de fonctionnement (B)	26 079 683	26 407 937	26 823 980
<i>Dont charges nettes de personnel</i>	21 400 520	21 823 632	22 139 218
Marge brute (C = A-B)	2 061 304	2 173 219	1 252 934
Taux de marge brute (D = C/A)	7,32 %	7,60 %	4,46 %
Marge brute hors aides (E = C-A1)	1 977 845	1 171 709	251 424
Taux de marge brute hors aides (E/(A-A1))	7,05 %	4,25 %	0,93 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2017 à 2019.

La capacité d'autofinancement (CAF) brute a évolué en conséquence. Fin 2019, elle ne couvre plus l'annuité en capital de la dette, conduisant à une CAF nette négative (- 41 500 €). La situation financière de l'hôpital maritime, avant la survenance de la crise sanitaire, est donc fortement dégradée.

Tableau n° 8 : Constitution de la capacité d'autofinancement (tous budgets confondus)

(en €)	2017	2018	2019
Résultat de l'exercice	- 455 357	- 136 225	- 598 823
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés (C675)	486	9 918	22 250
+ Dotation aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	3 471 137	3 214 459	3 037 272
- Produits des cessions d'éléments d'actif (C775)	2 000	0	18 269
- Quote-part des subventions virée au résultat de l'exercice (C777)	17 081	16 924	16 155
- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)	1 410 139	1 444 766	1 361 935
= CAF brute	1 587 046	1 626 463	1 064 341
- Annuité de la dette	1 198 317	1 201 988	1 105 796
= CAF nette	388 729	424 475	- 41 456

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2017 à 2019.

2.3.2 Le financement des investissements

2.3.2.1 Un recours à l'emprunt impossible avant la crise sanitaire

Entre 2017 et 2019, l'hôpital maritime se désendette, l'encours de dette passant de 13,7 M€ à 11,4 M€. Fin 2019, il dispose de huit contrats d'emprunt souscrits entre 2009 et 2015. Les emprunts ne présentent pas de risque, ils sont classés en 1A selon la charte Gissler²³. Le taux apparent de la dette (4,42 %), plutôt élevé, s'explique par l'ancienneté des contrats.

Tableau n° 9 : Encours de dette, capacité de désendettement et taux apparent de la dette

(en €)	2017	2018	2019
Encours de dette	13 741 014	12 539 026	11 433 230
CAF brute	1 587 046	1 626 463	1 064 341
Charges financières	608 355	555 617	504 875
Taux apparent de la dette (charges financières / dette)	4,43 %	4,43 %	4,42 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2017 à 2019.

L'encadrement du recours à l'emprunt pour les établissements de santé

L'article D. 6145-70 du code de la santé publique dispose que les établissements de santé qui remplissent deux des trois critères suivants ne peuvent recourir à l'emprunt que sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) :

- « - le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ».

Malgré l'amélioration de deux des ratios réglementaires de désendettement, en 2019, l'hôpital maritime ne peut pas recourir à l'emprunt sans autorisation. En effet, la durée apparente de la dette excède dix ans. Elle mesure sa capacité de désendettement et se détériore en fin de période, sous l'effet de la baisse de la CAF brute. De surcroît, le taux d'endettement reste supérieur à 30 %.

²³ En 2009, une charte de bonne conduite a été signée entre les établissements bancaires et les collectivités territoriales. Dans ce cadre, une classification des produits structurés (dite « Gissler ») a été mise en place. Elle permet de ranger les emprunts selon une matrice à double entrée : le chiffre (de 1 à 5) traduit la complexité de l'indice servant au calcul des intérêts de l'emprunt et la lettre (de A à E) exprime le degré de complexité de la formule de calcul des intérêts.

Tableau n° 10 : Ratios de désendettement

(en €)	2017	2018	2019
Encours de dette	13 741 014	12 539 026	11 433 230
Capitaux permanents	34 456 976	32 343 925	30 681 337
Ratio d'indépendance financière (encours de dette / capitaux permanents)	39,9 %	38,8 %	37,3 %
Annuité de la dette	1 198 317	1 201 988	1 105 796
Durée apparente de la dette en années (encours de dette / CAF brute)	8,66	7,71	10,74
Total des produits tous budgets (comptes 70 à 78)	29 784 216	30 132 305	29 946 069
Taux d'endettement (encours / produits)	46,1 %	41,6 %	38,2 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2017 à 2019.

2.3.2.2 Des investissements modestes financés par prélèvement sur fonds de roulement

Entre 2017 et 2019, le montant total des immobilisations (1,7 M€) est peu élevé. Celles-ci concernent essentiellement des opérations courantes (1,1 M€).

L'hôpital maritime ne dispose pas de plan pluriannuel d'investissement. Tous les ans, un recensement des besoins en équipement et travaux est effectué auprès des services, pour l'année suivante, et le suivi en est fait. Aucune recette ne figure en regard des dépenses.

Tableau n° 11 : Financement des investissements (tous budgets confondus)

(en €)	2017	2018	2019
CAF nette	388 729	424 475	- 41 456
Subventions d'investissement reçues		135 661	119 506
Immobilisations	514 905	546 514	633 581
Dont opérations courantes	386 588	256 156	453 634
Dont opérations majeures	128 317	290 357	179 947
Intensité d'investissement courant	1,30 %	0,85 %	1,51 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2017 à 2019.

Compte tenu d'une capacité d'autofinancement nette insuffisante et d'un faible niveau de subventions, et placé dans l'impossibilité de recourir à l'emprunt, l'hôpital maritime ne peut financer ses dépenses d'équipement que par prélèvement sur le fonds de roulement.

L'intensité d'investissement courant²⁴ (1,2 % en moyenne) est largement inférieure au seuil de 3 % généralement considéré comme « incompressible afin de permettre le renouvellement des équipements et le maintien en état des capacités de l'établissement »²⁵.

²⁴ L'intensité d'investissement courant se calcule en rapportant le montant des investissements courants aux produits de l'année (hors remboursements du budget annexe au budget principal).

²⁵ Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, *Rapport, Evaluation, de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise*, avril 2020, p 8.

2.3.3 Une situation bilancielle préoccupante

Le fonds de roulement, compte tenu des prélèvements récurrents, chute fortement, passant de près de 850 000 € à moins de 80 000 €.

Tableau n° 12 : Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie (toutes activités)

(en €)	2017	2018	2019
Fonds de roulement	848 048	731 591	76 070
FRNG en jours de charges courantes	11,9	10,1	1,0
Besoin en fonds de roulement calculé	619 380	739 621	- 329 462
BFR en jours de charges courantes	8,7	10,2	- 4,5
Trésorerie calculée	228 668	- 8 030	405 532
Trésorerie en jours de charges courantes	3,2	- 0,1	5,5

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2017 à 2019.

L'hôpital maritime rencontre de fortes tensions sur sa trésorerie. Cette situation fait l'objet d'un suivi au niveau du comité régional de veille active sur les situations de trésorerie.

Dès lors, ces difficultés impactent le délai de paiement par les services de l'hôpital, qui s'établit en moyenne à 46 jours, au lieu des 35 jours prévus réglementairement²⁶.

Tableau n° 13 : Évolution du délai global de paiement

(en jours)	2017	2018	2019
Délai global de paiement	52,05	53,69	62,67
Dont délai des services de l'hôpital maritime	44,81	43,11	49,39
Dont délai des services du comptable public	7,24	10,58	13,28

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données extraites du logiciel Delphes et transmises par le comptable public.

En réalité, cet indicateur ne rend qu'imparfaitement compte des fortes difficultés que rencontre l'hôpital maritime en matière de trésorerie. Ainsi, l'établissement est amené à devoir déterminer des priorités dans le règlement de ses dépenses. De plus, il est contraint de reporter le paiement des charges sociales en sollicitant des échéanciers auprès de l'URSSAF.

²⁶ Selon les dispositions de l'article R. 2192-10 du code de la commande publique, le délai de paiement est fixé à 50 jours pour les établissements de santé. L'article 12 du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 modifié relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique précise que le délai prévu pour le comptable est de 15 jours.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La fonction financière de l'hôpital maritime de Zuydcoote est fragile : les opérations de fin de gestion interviennent tardivement et les procédures budgétaires et comptables sont peu formalisées, conduisant au non-respect du principe de permanence des méthodes et affectant la fiabilité des comptes. Dans ces conditions, la chambre invite l'établissement à fiabiliser ses procédures pour remédier à ces lacunes.

Alors que sa configuration rend les enjeux en matière d'entretien du patrimoine particulièrement importants, l'établissement ne dispose pas d'un inventaire comptable exhaustif fiable et sous-estime ses dotations aux amortissements.

Entre 2017 et 2019, la situation financière de l'hôpital maritime se dégrade : marge brute (- 800 000 €) et capacité d'autofinancement brute (- 500 000 €) diminuent fortement, leur niveau ne permettant pas de couvrir l'annuité de la dette et d'assurer le renouvellement des immobilisations.

Les investissements, dont le niveau est modeste (1,7 M€ au total), concernent essentiellement des opérations courantes. Ils sont financés par prélèvement sur le fonds de roulement.

En conséquence, le niveau du fonds de roulement baisse de manière importante sur la période (- 91 %). La trésorerie, qui représente seulement 5,5 jours de charges courantes en 2019, est extrêmement tendue et conduit l'hôpital à ne pas pouvoir respecter les échéances de certains paiements.

3 LES EFFETS DE LA CRISE SANITAIRE

3.1 Des dispositifs de gestion de crise très complets

Les dispositifs de gestion de crise figurent aux articles L. 3110-7 à L. 3110-10 du code de la santé publique. Ceux-ci prévoient que *« chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle »*.

L'hôpital maritime de Zuydcoote s'est doté d'un « plan blanc » en 2008. Il l'a mis à jour en 2016 (ajout du risque d'attentat) et en mars 2020 (modalités de réunion de la cellule de crise en cas de risque épidémique). Ce document explique qu'*« en tant qu'établissement de soins de suite et de réadaptation, l'Hôpital Maritime de Zuydcoote est considéré comme un établissement de repli dont les missions sont de permettre un dégagement des établissements de 1ère ligne et de recours pour la prise en charge des patients ne nécessitant plus de soins aigus. »*

L'hôpital maritime dispose aussi d'un plan de continuité d'activité, dont l'objet est de *« décliner la stratégie et l'ensemble des dispositions prévues pour garantir la reprise et la continuité des activités essentielles de l'établissement à la suite d'un sinistre ou d'un événement perturbant gravement son fonctionnement normal »*.

Les risques majeurs sont identifiés et sont affectés de coefficients en fonction de leur probabilité d'occurrence, gravité et criticité. Deux scénarios de risque prioritaire ont été déclinés en cas de tempête et de panne des systèmes d'information. Pour chaque processus critique sont définies des actions à court terme de gestion en mode dégradé et à long terme pour la reprise d'activité et des responsables désignés.

En mars 2020, un plan très détaillé de maîtrise d'une épidémie a été élaboré et diffusé aux personnels. Il met à jour la composition de la cellule de crise et décrit son fonctionnement et ses missions. Un logigramme expose le rôle des différents personnels et les actions à mener. Les modalités de mise en place d'une unité dédiée à la prise en charge des patients contaminés sont décrites.

Le « plan blanc » et le plan de continuité d'activité sont très exhaustifs et ont été complétés au début de la crise sanitaire. L'établissement pourrait s'appuyer sur les documents de suivi utilisés pendant la crise pour mener à terme sa démarche d'actualisation et la faire valider par ses instances.

3.2 L'organisation de l'hôpital face à la crise

3.2.1 La coordination sur le territoire

3.2.1.1 De très nombreuses remontées d'informations à l'ARS

Bien que l'hôpital maritime de Zuydcoote ait été destinataire, comme les autres établissements du territoire, de très nombreux messages d'alerte rapide pendant la crise sanitaire, les liens avec l'agence régionale de santé (ARS) ont été plus distendus.

Au début de la crise sanitaire, l'ARS a recensé, dans des délais très courts, les lits disponibles en SSR pour les patients non atteints par la Covid-19, en vue d'éventuels transferts territoriaux.

Par la suite, l'hôpital maritime a dû renseigner de nombreuses enquêtes, non sans difficulté, nécessitant une adaptation du suivi opéré.

3.2.1.2 Un renforcement des coopérations entre les établissements du territoire

Pendant la crise, l'ARS a assuré la coordination entre les établissements du littoral, pour faciliter notamment les transferts entre eux. Le centre hospitalier de Dunkerque (CHD) a été identifié comme interlocuteur principal.

Des réunions de coordination territoriale hospitalière ont été organisées chaque semaine, auxquelles ont participé des représentants des laboratoires, des établissements de santé, des services des urgences, de la médecine de ville... La présidente de la CME et le directeur s'y sont rendus au titre de l'hôpital de Zuydcoote.

La coordination a dépassé les limites du GHT pour associer tous les établissements du littoral, publics et privés²⁷. Elle a été maintenue pendant toute la crise sanitaire.

Plus localement, les contacts entre le CHD et l'hôpital maritime se sont intensifiés, alors que ce dernier se prépare à accueillir des patients atteints de la Covid-19 provenant des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Leur partenariat s'est consolidé, comme l'illustre la signature courant 2020 de trois conventions de coopération²⁸ concernant le parcours patient. L'accès partagé aux données de chacun facilite les prises en charge de patients.

La solidarité entre les établissements se manifeste aussi dans d'autres domaines : assistance entre pharmacies à usage interne (cf. *infra* 3.4.1), mise à disposition de personnels²⁹, accueil des enfants des personnels de l'hôpital maritime proposé par le CHD, par exemple.

²⁷ Par exemple, le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer et le centre hospitalier régional universitaire d'Amiens ont pu y être associés.

²⁸ Les conventions concernent les filières 1. neurologie, 2. orthopédie, traumatologie, SSR locomoteur et 3. soins de suite.

²⁹ L'hôpital maritime met à disposition de l'EHPAD Aigue Marine de Bray-Dunes des aides-soignants, des IDE et des ASH pendant trois semaines lors de la première vague de la crise sanitaire.

3.2.2 L'organisation interne

3.2.2.1 Les cellules de crise

L'hôpital maritime a mis en place, le 9 mars 2020, une cellule de crise qui se réunit très régulièrement, en fonction de l'évolution du contexte sanitaire et des besoins. Des comptes rendus sont élaborés.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur précise que la « cellule de crise se composait initialement de l'équipe de direction, de la présidente de CME, de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et des cadres et des médecins concernés par l'accueil de patients positifs au COVID. Après le retour d'expérience issu de la première vague, la composition s'est généralisée à l'ensemble des médecins et des cadres représentant les différents services de l'établissement et à un représentant de chaque organisation syndicale représentative du personnel au sein de l'établissement. »

3.2.2.2 Une communication soutenue

La direction a largement communiqué pendant la crise auprès des personnels et des patients. Elle a, en particulier, diffusé les consignes sanitaires à mettre en œuvre au sein de l'établissement. Des communiqués sont publiés en page d'accueil sur le site internet. De nombreuses notes ont été rédigées en fonction de l'évolution de la situation et des préconisations nationales : respect des « gestes barrière », conduite à tenir selon le statut du personnel vis-à-vis de la Covid-19, organisation du dépistage des personnels, interdiction ou autorisation des visites, port du masque obligatoire à compter du 1^{er} septembre 2020...

L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) a été fortement sollicitée. Elle réalise de nombreux supports d'information et en assure la diffusion. Des notes précisent la définition d'un « cas contact », exposent les modalités de prise en charge d'un patient positif à la Covid-19, entre autres.

3.2.2.3 Un retour d'expérience documenté

L'équipe de direction a réalisé un retour d'expérience sur la gestion de la « première vague » de la crise sanitaire, en s'appuyant sur les réponses de l'ensemble des personnels à un questionnaire.

Les mesures prises sont recensées avec précision, selon quatre thèmes : organisation de la prise en charge des patients, gestion des ressources humaines, conditions d'accueil des patients et visiteurs, fonctions logistiques. Pour chaque type d'actions sont recensés les points forts et faibles et les actions d'amélioration qui ont partiellement fait l'objet d'un suivi.

Le retour d'expérience a fait l'objet d'une présentation en CSIRMT en décembre 2020. Les observations ont été prises en compte lors de la « deuxième vague », par exemple pour déterminer les fermetures de services et faire face aux tensions en ressources humaines.

3.3 Les adaptations d'activité et la prise en charge des patients atteints de la Covid-19

Fonctionnement des établissements SSR pendant la crise sanitaire

« Les établissements et services SSR ont un rôle particulier [...] pour assurer l'aval des services de MCO. Dans un contexte de crise sanitaire caractérisée par un afflux massif de patients, ils constituent un maillon essentiel permettant de fluidifier les parcours de prise en charge, et ainsi d'optimiser l'utilisation des capacités d'accueil, notamment en court séjour. »

Quatre objectifs ont été assignés aux établissements :

- « Traiter en priorité via des procédures d'admission accélérées les demandes concernant des patients adressés en SSR dans un objectif de libération des lits de court séjour » ;
- « Maintenir l'admission de tous les patients qui nécessitent une prise en charge en SSR en aval d'un séjour MCO, pour toutes les filières, en fonction des capacités » ;
- « Déprogrammer les activités non urgentes, a fortiori pour les secteurs polyvalents, personnes âgées, pneumologie et cardiologie qui regroupent des patients à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 en cas de contamination » ;
- « Déprogrammer toutes les activités d'hospitalisation de jour pour tous les patients pour qui cela ne génère pas une perte de chance ».

Source : ministère des Solidarités et de la Santé, Fiche établissements SSR, Recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie Covid-19, 24 mars 2020.

3.3.1 L'incidence de la crise sanitaire sur les hospitalisations

3.3.1.1 Les fermetures de services et la suspension de l'hospitalisation de jour

Au début de la crise sanitaire, l'hospitalisation complète a été maintenue, compte tenu des hospitalisations en cours, et pour faire face aux besoins des établissements MCO.

Ensuite, différents services ont été concernés par des fermetures (cf. annexe n° 5). Celles-ci sont dues aux évolutions de l'activité dans les établissements du territoire. Par exemple, le service « SSR affections de l'appareil locomoteur » est impacté par les déprogrammations d'actes chirurgicaux, tandis que l'arrêt des sevrages à la polyclinique de Grande-Synthe entraîne une baisse d'activité du service d'addictologie de l'hôpital maritime. Certains patients, par ailleurs, n'ont pas souhaité être hospitalisés pendant cette période.

En outre, l'hospitalisation partielle de jour a été suspendue dès mars 2020, faisant diminuer de plus d'un tiers le nombre de journées correspondantes entre 2019 et 2020.

Tableau n° 14 : Évolution du nombre de journées d'hospitalisation entre 2017 et 2021

(en nombre de jours)	2017	2018	2019	2020	2021
Hospitalisation complète	60 625	61 672	57 912	47 601	43 821
Évolution annuelle		1,7 %	- 6,1 %	- 17,8 %	- 7,9 %
Hospitalisation partielle de jour	12 408	15 218	15 597	10 093	13 668
Évolution annuelle		22,6 %	2,5 %	- 35,3 %	35,4 %
Total	73 033	76 890	73 509	57 694	57 489
Évolution annuelle		5,3 %	- 4,4 %	- 21,5 %	- 0,4 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des rapports d'activité de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

La durée moyenne de séjour (DMS) augmente, de 28,7 jours en 2019 à 31,9 jours en 2020 (+ 11 %). En 2021, elle revient à un niveau équivalent à celui de 2019.

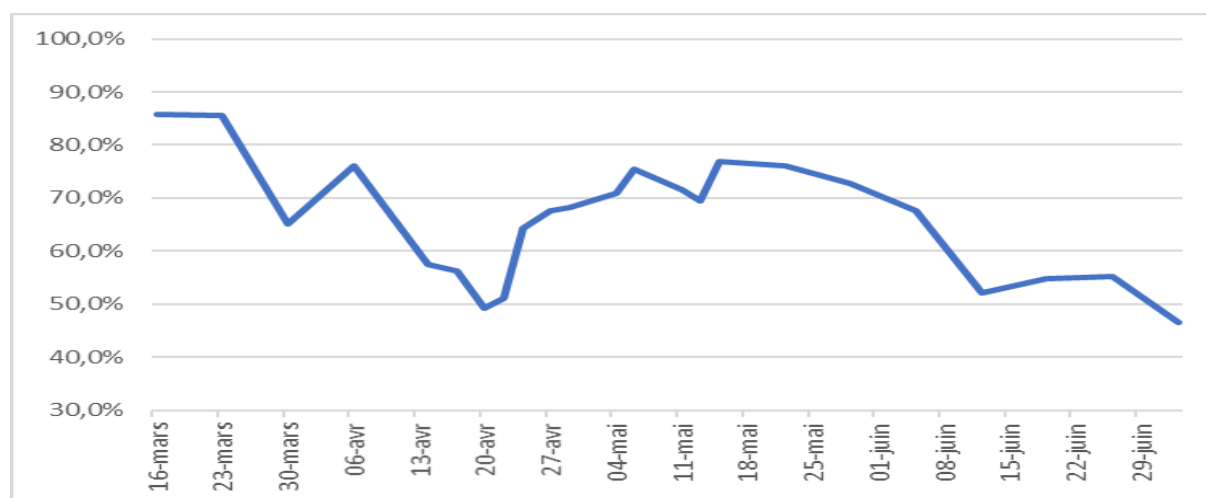
3.3.1.2 L'évolution capacitaire

L'établissement a procédé à un suivi précis de l'occupation des lits depuis le 16 mars 2020, hors période estivale de 2020. À partir de ces éléments, la chambre a calculé un taux d'occupation moyen, en rapportant le nombre de lits occupés à ceux réellement disponibles, qu'elle a également déterminés sur la base de ce recensement.

L'évolution de ce taux est impactée, à la fois, par les adaptations nécessitées par la crise sanitaire et par des facteurs externes à celle-ci : arrêt de l'hospitalisation complète dans le service des SSR « affections de l'appareil respiratoire » et nombre de lits installés inférieur aux autorisations dans le service des SSR « affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance » et dans celui des SSR « affections de l'appareil locomoteur » (cf. annexe n° 6).

Entre le 16 mars et le 3 juillet 2020, ce taux d'occupation s'élève à 57,6 %. En moyenne, 110 patients sont accueillis pour 192 lits effectivement disponibles (88,2 % du capacitaire autorisé).

Graphique n° 1 : Évolution du taux d'occupation quotidien de l'établissement entre le 16 mars et le 3 juillet 2020

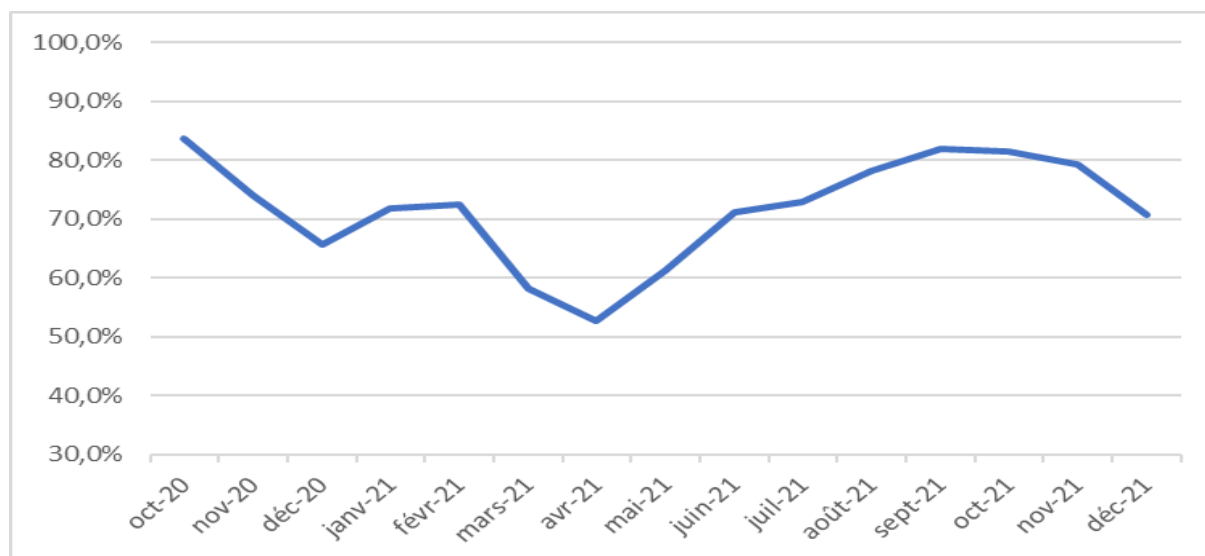


Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

La transformation, entre le 23 avril et le 11 juin, de toutes les chambres doubles en chambres individuelles, réduisant ainsi le nombre de lits effectivement disponibles, améliore automatiquement le taux d'occupation calculé par la chambre : il passe de 51,1 % le 22 avril, à 64,2 % le 24, pour 97 patients accueillis ces deux jours-là.

Entre octobre 2020 et fin 2021, ce taux fluctue sous l'effet des fermetures de services en hospitalisation complète. Il est au plus bas le 5 avril 2021 (45,5 %) avec 75 patients hospitalisés.

Graphique n° 2 : Évolution du taux d'occupation entre octobre 2020 et décembre 2021



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

En 2021, la moyenne s'établit à 70,8 %, correspondant à l'accueil d'environ 135 patients, pour une moyenne de 189 lits effectivement disponibles (86,7 % du capacitaire autorisé).

Au fil des mois, l'évolution de ce taux matérialise les difficultés de l'établissement à accueillir ses patients dans les conditions habituelles et selon les différentes vagues de la crise sanitaire. S'il s'améliore globalement de juin à septembre 2021 (81,8 %), il marque néanmoins un repli en novembre (79,3 %) et surtout en décembre 2021 (70,6 %), sous l'effet de la « cinquième vague » et des fermetures de services pendant les fêtes de fin d'année. Dans le domaine des SSR, la crise produit des effets en décalé par rapport aux établissements MCO.

3.3.2 L'incidence de la crise sanitaire sur les consultations

3.3.2.1 La baisse des consultations

Entre mars et mai-juin 2020, les consultations externes ont été suspendues.

Tableau n° 15 : Nombre de consultations par pôle

	2017	2018	2019	2020	2021
Soins de suite	355	437	285	165	225
Addictologie	464	538	616	567	494
Rééducation adultes	3 625	3 886	3 128	2 018	2 044
Rééducation enfants	1 007	905	976	891	1 258
Total	5 451	5 766	5 005	3 641	4 021

Source : chambre régionale des comptes, à partir des rapports d'activité de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Si le nombre de consultations réalisées au sein du centre hospitalier de Zuydcoote s'établit à 5 005 en 2019, l'année 2020 marque une rupture avec une baisse de 27 % de celles-ci, et le niveau observé en 2021 (4 021) est toujours 20 % moindre à celui de 2019.

3.3.2.2 Le recours à la télémedecine

À partir de mars 2020, l'établissement a recouru pour la première fois à la télémedecine. Celle-ci s'est notamment développée en faveur des enfants.

Tableau n° 16 : Nombre de consultations de télémedecine en 2020 et 2021

	2020	2021
Téléconsultations	99	15
Télé-réadaptations	91	2

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Fin juin 2020, les consultations reprennent à l'hôpital mais celles à distance, même si elles sont toujours encouragées, restent modestes (11 téléconsultations entre juillet et décembre 2020 sur le total annuel de 99).

Parallèlement, la télé-rééducation se développe pour les secteurs pneumologie et nutrition. Après un bilan effectué en présentiel pour validation du programme de rééducation de quatre semaines, une visioconférence hebdomadaire est organisée avec le patient à domicile. La fin du parcours fait l'objet d'une ultime visioconférence. Cette pratique a été particulièrement utilisée lors des mois de juillet (23 consultations) et août 2020 (32 consultations).

Toutefois, le faible recours aux dispositifs de télémedecine en 2021 montre que ceux-ci ne constituent, pour le moment, que des solutions alternatives en cas de limitation des consultations physiques.

3.3.3 La prise en charge de patients atteints de la Covid

3.3.3.1 L'amélioration des circuits de prise en charge

Au début de la crise sanitaire, une réflexion se met en place à l'hôpital maritime, dans le cadre du projet d'établissement, sur la gestion des flux et la fluidité des parcours patient.

La crise a permis d'améliorer les circuits, afin de rationaliser les interventions de compétences. Trois différents circuits ont été définis : pour l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation complète et les consultations externes. La circulation des visiteurs au sein de l'hôpital est également revue.

Des déménagements de services, envisagés avant la crise, sont réalisés, sous l'effet des contraintes sanitaires, comme par exemple celui du service neurologie en avril 2020.

3.3.3.2 Une unité dédiée pour les patients atteints de la Covid-19 lors de la « première vague »

Dans un premier temps, l'hôpital maritime de Zuydcoote isole les patients positifs à la Covid-19 dans une à deux chambres au sein de chaque service. Puis, en réponse aux tensions dans les établissements du territoire, un pavillon pourvu de 15 lits est dédié aux patients atteints de la Covid-19 entre le 30 mars et le 28 juin 2020. Une équipe spécifique y est affectée, dont trois médecins volontaires, le cycle de travail y est de 12 heures.

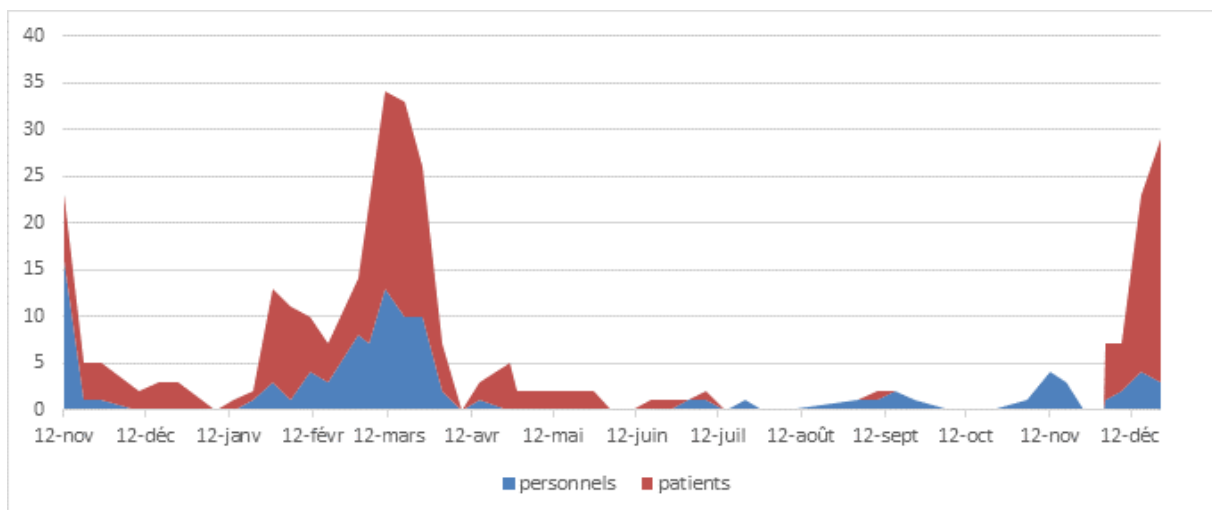
Les patients viennent principalement du centre hospitalier de Dunkerque. Ce sont surtout des patients âgés et/ou avec comorbidités. Au total, l'hôpital maritime a soigné une moyenne de 10 patients atteints de la Covid-19 entre mi-avril et fin juin 2020 dans cette unité. Ils représentent autour de 10,6 % des patients de l'établissement à cette période.

Lors des « vagues » suivantes, les patients sont accueillis au sein des services, avec une prise en charge adaptée.

3.3.3.3 Le recensement des cas positifs à la Covid-19

Le recensement des patients et personnels de l'établissement positifs à la Covid-19 est effectué chaque semaine.

**Graphique n° 3 : Personnels et patients positifs à la Covid-19
du 12 novembre 2020 au 23 décembre 2021**



Source : chambre régionale des comptes, à partir des mails de recensement adressés par l'hôpital maritime de Zuydcoote à l'ARS.

Le 7 janvier 2021 est le premier jour où aucun personnel ou patient n'est connu comme étant contaminé par le virus. Ce sera à nouveau le cas le 8 avril 2021, puis de façon de plus en plus fréquente entre juin et octobre 2021.

3.3.3.4 Le positionnement de l'hôpital dans la prise en charge des patients atteints de « Covid long »³⁰

L'établissement met en place des consultations de réadaptation entre juin et octobre 2020 pour les patients positifs à la Covid-19. Une liste de ceux ayant besoin d'un suivi à long terme est établie.

Alors que l'établissement souhaite développer le traitement des patients atteints de « Covid long », le départ du médecin spécialiste, fin 2020, met fin à cette démarche, malgré l'acquisition de matériels spécifiques, et conduit à la fermeture du service.

3.4 La gestion des ressources matérielles pendant la crise sanitaire

3.4.1 Une gestion satisfaisante des stocks

Avant la crise sanitaire, les stocks sont suivis à partir d'états papier provenant du logiciel de gestion économique et financière. Ces modalités évoluent à partir de 2020, selon les consignes données par l'ARS.

Tableau n° 17 : Consommation des équipements de protection individuelle

(en nombre d'unités)	2019	2020	2021*
Charlottes	1 900	10 000	12 400
Tabliers et blouses	44 060	75 040	62 790
Surblouses	-	6 325	2 475
Casaques de soins	-	1 068	772
Masques chirurgicaux 3 plis	-	135 890	149 250
Masques FFP2-FFP3 ³¹	100	10 566	18 843

Source : chambre régionale des comptes, à partir des stocks de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

* Hors consommation en décembre 2021.

Certains équipements n'étaient pas utilisés à l'hôpital maritime avant 2020 : masques chirurgicaux, surblouses, casaques de soins, ce qui s'explique par les activités de l'établissement. Certains ont été mobilisés très fortement durant la crise, comme le montre la comparaison des sorties de stocks entre 2019 et 2020 (cf. annexe n° 7). C'est le cas notamment des masques tous types confondus (utilisés 1 465 fois plus) et des charlottes (utilisées plus de

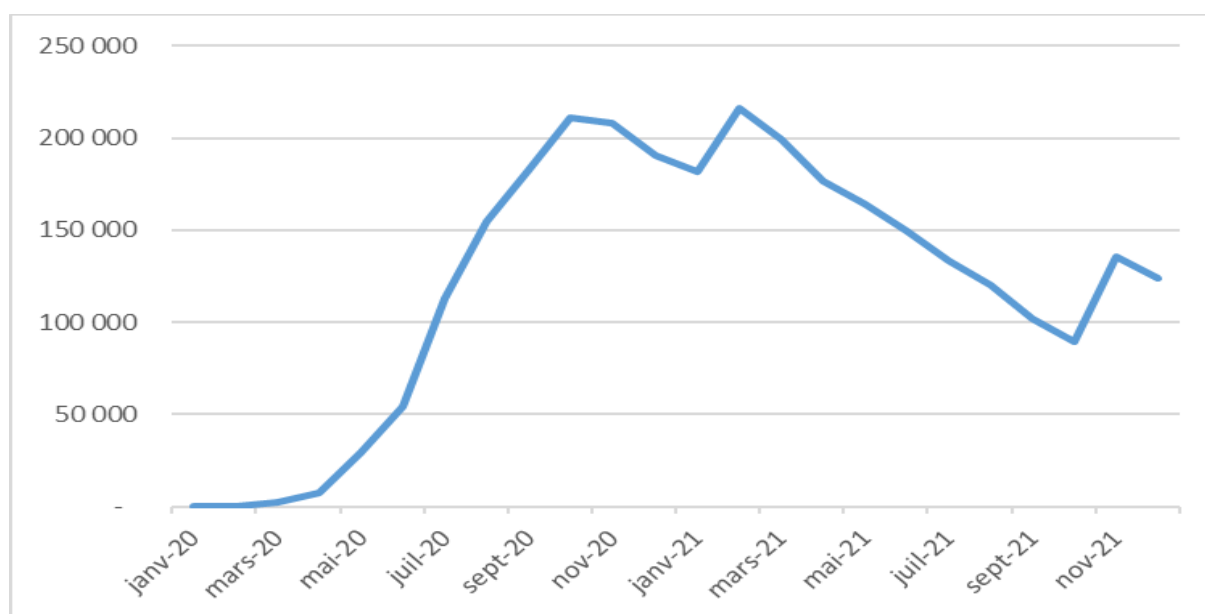
³⁰ « Le Covid long, parfois appelé syndrome Covid chronique ou syndrome post-Covid-19, est le nom communément donné aux séquelles à long terme engendrées par la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) chez les personnes infectées, même après la période de convalescence typique » (source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Covid_long).

³¹ FFP signifie « *filtering face piece* », c'est-à-dire « masque filtrant ». Le masque FFP2 filtre 94 % des particules en suspension dans l'air, le masque FFP3 en filtre 98 % (source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Masque_FFP2).

cinq fois plus). Pour les tabliers et blouses, l'utilisation journalière moyenne passe de 121 en 2019 à 206 en 2020.

L'établissement n'a pas été confronté à des pénuries d'équipements de protection individuelle. La préconisation de l'ARS de disposer, d'ici fin septembre 2020, de stocks de sécurité correspondant à trois semaines de consommation de crise, a toujours été respectée.

Graphique n° 4 : Évolution du stock de masques tous types confondus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} décembre 2021 (en unités)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des stocks de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

En matière de médicaments, les échanges entre les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements ont été importants pendant la crise. L'hôpital maritime a, ainsi, régulièrement dépanné le centre hospitalier de Dunkerque pour les médicaments nécessaires au traitement des patients Covid. S'il a rencontré des difficultés d'approvisionnement pour des médicaments spécifiques (anesthésiants et sédatifs), du fait de leur utilisation, au niveau mondial, dans le traitement des patients atteints de la Covid-19 en soins intensifs, il n'a, toutefois, pas eu besoin, de recourir à la solidarité inter-établissements.

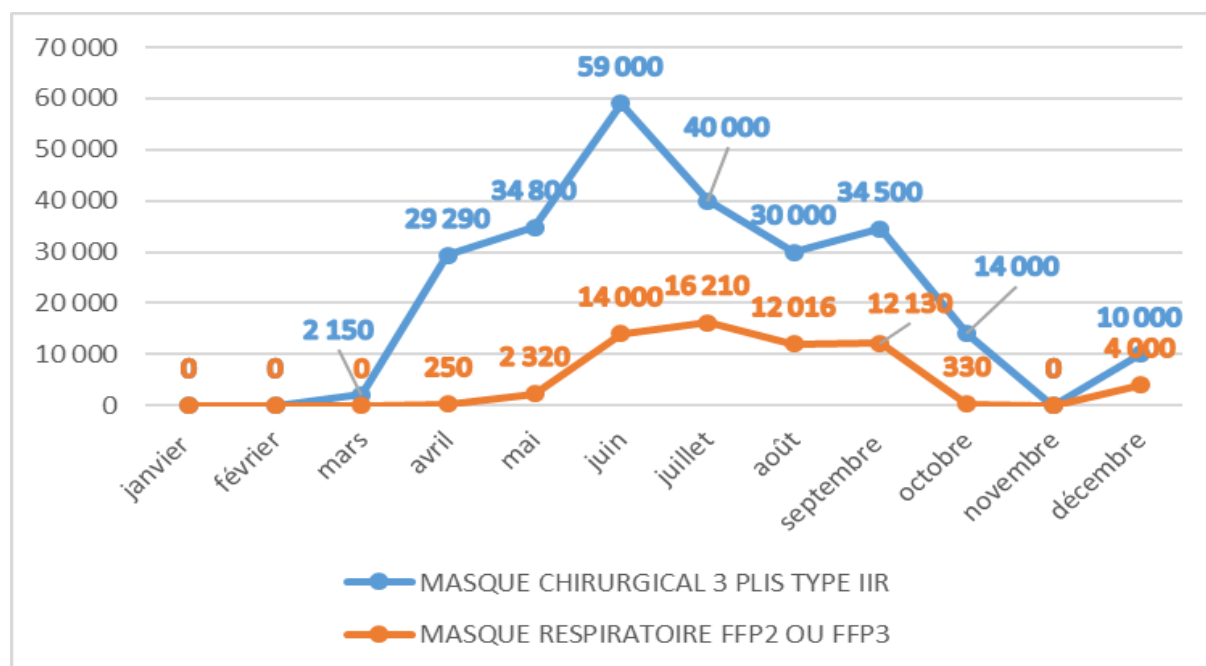
Dans ce contexte de tension, certains titulaires de marchés publics n'ont pas pu honorer leurs obligations de fourniture de produits. Des commandes ont été passées hors marché³², en particulier pour les surblouses, et alors même que leurs prix étaient très élevés (cf. annexe n° 8), dans un contexte de demande internationale importante. D'après l'estimation de l'hôpital maritime, ces achats ont engendré des surcoûts dont le montant reste modeste (34 000 € en 2020 et à 5 500 € en 2021).

³² Les dispositions de l'article 6 de l'ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics qui n'en relèvent pas pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de Covid-19, permettaient ce recours à d'autres fournisseurs du fait de la crise, sans mise en jeu de la responsabilité de l'acheteur ou du titulaire.

3.4.2 Des dotations en masques conséquentes

Entre mars et décembre 2020, l'hôpital maritime reçoit de la part de l'État 253 740 masques chirurgicaux et 61 256 masques FFP2 et FFP3 (cf. annexe n° 9).

Graphique n° 5 : Dotations en masques par l'État en 2020



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Les masques, fournis par l'ARS en 2020, représentent 96 % de ceux entrés dans l'établissement en 2020. L'hôpital maritime de Zuydcoote n'aura eu à acheter des masques qu'entre février et avril 2020.

3.4.3 Des dons à sécuriser

Lors du premier confinement, l'hôpital maritime a bénéficié de dons, pour la plupart spontanés. Certains ont été redistribués par le centre hospitalier de Dunkerque.

La grande majorité sont des dons variés en nature, provenant d'entreprises, de particuliers ou d'associations : matériel de protection (gants, surblouses, visières, masques, solution hydroalcoolique), fleurs, chocolats, denrées alimentaires, matériel informatique, cartes essence... Les plus importants sont dix tablettes numériques (d'une valeur estimée à 350 € l'unité), dix ordinateurs (environ 500 € chacun) et des cartes carburant (400 cartes pour un montant total de 12 000 €).

Les dons sont recensés dans un fichier utilisé pour adresser des remerciements aux donateurs³³. Cependant, ce document est incomplet et ne répertorie pas systématiquement l'estimation en valeur des biens. De plus, tous les matériels donnés ne sont pas inscrits à l'inventaire comptable. Dans ces conditions, l'hôpital doit, pour l'avenir, élaborer une procédure de recensement exhaustif des dons et les faire figurer dans ses comptes.

3.5 L'impact sur les ressources humaines

3.5.1 L'adaptation de l'activité

Les fermetures de services ont conduit à des redéploiements de personnel, qui sont opérés après échange avec les agents concernés et en fonction de leurs compétences. L'hôpital maritime ayant déjà eu recours à cette pratique (cf. *supra*), il a été tenu compte des éventuelles aptitudes acquises à cette occasion.

Les redéploiements ont concerné un nombre variable d'agents selon les « vagues » de la crise sanitaire : 55 pendant la première, 18 pendant la deuxième et 14 pendant la troisième.

Lors du premier confinement, seuls les agents dont l'activité ne pouvait se faire qu'en présentiel pouvaient se rendre sur leur lieu de travail. Le télétravail a été instauré à partir du 20 mars 2020 et une charte élaborée à cette occasion.

Le télétravail a logiquement concerné un nombre limité d'agents : 15 en 2020 et 20 en 2021. Si au total, 350 jours ont été télétravaillés et 283 en 2021, en réalité, seul un faible nombre d'agents a eu recours à cette modalité de travail de manière régulière : ainsi, 10 agents seulement ont télétravaillé 10 jours ou plus en 2020 et en 2021.

Pendant la « première vague », des solutions de garde pour les enfants du personnel ont été mises en place. Des autorisations spéciales d'absence ont été délivrées aux agents, conformément aux décisions du Gouvernement. La prise de congés a continué de s'effectuer dans le respect du règlement intérieur.

L'exercice du dialogue social s'est fait lors des réunions extraordinaires du CHSCT, dont la première a eu lieu le 20 mars 2020 sur la gestion de la crise sanitaire. Ce sujet est évoqué régulièrement lors des réunions suivantes, en sus de l'ordre du jour habituel.

3.5.2 La mobilisation du personnel

3.5.2.1 L'implication des personnels

Afin de faire face à la charge de travail induite par la crise sanitaire, il a été proposé, dès mars 2020, aux personnels contractuels à 80 % et qui souhaitent travailler à temps plein, un avenant à leur contrat de travail. Cette mesure a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020 et a concerné au total 37 agents.

³³ Hors période de crise sanitaire, les dons concernent surtout du matériel médical d'anciens patients.

Si dans un premier temps, les dépassements horaires devaient faire l'objet de récupérations, l'hôpital maritime a ensuite payé des heures supplémentaires. En 2020, leur montant est supérieur de 10 000 € à celui de 2019. Au total, en 2021, il s'élève à 85 000 €, soit plus du double qu'en 2019.

Tableau n° 18 : Évolution du nombre d'heures supplémentaires

2018	2019	2020	2021
37 492 €	39 667 €	49 089 €	85 301 €

Source : chambre régionale des comptes, à partir des fichiers de paie de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Enfin, la prime exceptionnelle a été versée en appliquant strictement les modalités réglementaires³⁴. Au total, 410 personnes l'ont perçue pour un montant total de 587 250 €.

3.5.2.2 L'évolution de l'absentéisme

Si la comparaison du nombre total de jours d'absence entre 2018 et 2020, répertoriés sur le bilan social 2020 (le dernier établi), montre une hausse la dernière année, celle-ci ne peut pas être imputée à la crise sanitaire. Au contraire, le contrôle a montré le grand investissement des personnels, en particulier de ceux qui sont intervenus auprès des patients atteints de la Covid-19 accueillis dans l'unité dédiée.

Tableau n° 19 : Nombre total de jours d'absence des personnels de l'hôpital maritime de Zuydcoote

	2018		2019		2020	
	PM	PNM	PM	PNM	PM	PNM
Nombre total de jours d'absence	219	14 966	216	17 294	302	18 809

Source : chambre régionale des comptes, à partir du bilan social 2020 de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

En effet, indépendamment de la crise sanitaire, l'absentéisme est plus marqué à l'hôpital maritime qu'au niveau national : par exemple, en 2019, un agent y est en moyenne placé 18,8 jours en arrêt ordinaire de maladie, contre 4,5 jours au niveau national³⁵.

De plus, l'âge moyen des personnels est relativement élevé : en 2020, 56 % ont 41 ans et plus, et 13 % 55 ans et plus. 10,9 % des agents ont des restrictions médicales en 2020 (10,17 % en 2019). Enfin, une partie des absences est en lien direct avec la nature des missions exercées, comme l'illustre la première cause d'accidents du travail, dus à un « effort de manutention des malades » ou « effort de soulèvement ».

³⁴ Décret n° 2020-568 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux agents des établissements publics de santé et à certains agents civils et militaires du ministère des Armées et de l'institution nationale des invalides dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

³⁵ Cf. ATIH, Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2019.

3.5.3 La stratégie vaccinale

Le centre hospitalier de Calais a été désigné par l'ARS comme « établissement pivot » pour recevoir et distribuer les doses de vaccins aux autres hôpitaux. Bien que n'étant pas un centre de vaccination pour le grand public, celui de Zuydcoote a été associé aux réunions territoriales et a pu faire part de ses besoins en vaccins pour les professionnels et les patients.

Pour les personnels, trois sessions de vaccination ont été organisées : la première en janvier 2021 (1^{ère} dose Pfizer, suivie de la 2^{ème} dose en février), la deuxième en février 2021 (1^{ère} dose Astra Zeneca, l'injection de la deuxième dose ayant été annulée) et la troisième en juillet-août 2021. Au total, en 2021, 266 injections ont été réalisées pour les professionnels.

Quant aux patients, pour pouvoir bénéficier de la vaccination en janvier 2021, ils devaient avoir été hospitalisés au moins 21 jours dans l'établissement, compte tenu du délai préconisé entre deux injections.³⁶

Tableau n° 20 : Nombre d'injections réalisées dans le cadre de la vaccination des patients de l'hôpital maritime de Zuydcoote

Janv-21	Fév-21	Juil-21	Août-21	Sept-21	Oct-21	Nov-21	Déc-21	Total
18	6	30	28	36	17	24	25	184

Source : chambre régionale des comptes, à partir des documents transmis par l'hôpital maritime de Zuydcoote.

La vaccination a été réalisée par des personnels volontaires, pendant leur temps de travail. Elle a donné lieu à une dotation forfaitaire, dont le montant dépend des lignes vaccinales définies³⁷. Chaque personne vaccinée a rempli un questionnaire « d'évaluation à froid » sur les effets indésirables liés à la vaccination.

Deux plateformes ont été utilisées, l'une pour les commandes de vaccins, l'autre pour le suivi des stocks. L'administration des vaccins est déclarée par la pharmacie, en précisant le type de dose, et par les médecins sur le site de l'assurance maladie.

La mise en œuvre de l'obligation vaccinale a fait l'objet d'un contrôle rigoureux. Les personnels vaccinés ont été recensés par le service des ressources humaines, qui a collecté les justificatifs³⁸. Les autres devaient présenter un test négatif à leur arrivée dans l'établissement. Entre fin août et mi-octobre 2021, ces derniers ont eu la possibilité de se tester sur site (en présence de l'infirmière hygiéniste).

³⁶ Le directeur de l'établissement donne l'explication suivante : « Face aux difficultés d'approvisionnement rencontrées au niveau national, les 2 injections devaient être réalisées au même endroit afin d'obtenir la garantie de disposer du stock correspondant et donc de respecter les délais préconisés entre deux injections. A partir du mois de juillet 2021, il a été possible de vacciner les patients quel que soit leur niveau de vaccination. »

³⁷ Cf. article 15 de l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures nécessaires la gestion de la sortie de crise sanitaire.

³⁸ Copie du certificat attestant d'un schéma vaccinal complet ou d'un certificat médical de contre-indication ou d'un certificat de rétablissement.

Les retours faits aux membres des instances sur le respect de l'obligation vaccinale montrent que celle-ci a été largement respectée, seuls trois agents ayant refusé de se faire vacciner.

3.6 Les conséquences financières de la crise

Les données relatives aux à l'exercices 2020 et 2021 sont issues des comptes financiers.

3.6.1 Évolution des principaux indicateurs financiers en 2020 et 2021

3.6.1.1 Une forte amélioration du résultat depuis 2020

L'analyse des principaux indicateurs financiers montre une amélioration de la situation financière en 2020 et en 2021, grâce aux mesures de soutien de l'État. Même si le taux de marge brute hors aides reste inférieur à 8 %, il progresse fortement par rapport à 2019.

Tableau n° 21 : Marge brute d'exploitation (tous budgets confondus)

(en €)	2019	2020	2021
Produits courants de fonctionnement (A)	28 076 915	28 925 306	31 031 368
Dont produits d'activité	26 242 847	27 294 266	29 304 086
Dont aides financières (A1)	1 001 510	1 001 150	1 000 000
Charges nettes courantes de fonctionnement (B)	26 823 980	26 807 721	28 819 878
Dont charges nettes de personnel	22 139 218	22 722 517	24 416 842
Marge brute (C = A-B)	1 252 934	2 117 585	2 211 489
Taux de marge brute (D = C/A)	4,46 %	7,32 %	7,13 %
Marge brute hors aides (E = C-A1)	251 424	1 116 435	1 211 489
Taux de marge brute hors aides (E/(A-A1))	0,93 %	4,00 %	4,03 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2019 à 2021.

En 2020, le résultat de l'exercice est excédentaire, pour la première fois sur la période. Cette tendance se poursuit en 2021.

Tableau n° 22 : Constitution de la capacité d'autofinancement (tous budgets confondus)

(en €)	2019	2020	2021
Résultat de l'exercice	- 598 823	178 167	294 418
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés (C675)	22 250	11 851	0
+ Dotation aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	3 037 272	2 967 150	2 956 114
- Produits des cessions d'éléments d'actif (C775)	18 269	668	1 500
- Quote-part des subventions virée au résultat de l'exercice (C777)	16 155	17 301	16 788
- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)	1 361 935	1 317 885	1 398 652
= CAF brute	1 064 341	1 821 312	1 833 592
- Annuité de la dette	1 105 796	1 109 748	1 113 847
= CAF nette	- 41 456	711 565	719 745

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2019 à 2021.

En 2021, la CAF brute est au même niveau qu'en 2020 et permet le remboursement de l'annuité de la dette.

3.6.1.2 Une poursuite du désendettement

L'hôpital maritime poursuit son désendettement. Il ne se trouve plus soumis à l'autorisation de l'ARS pour recourir à l'emprunt depuis 2020, la durée apparente de la dette (5 ans en 2021) passant en dessous de 10 ans du fait du soutien reçu au titre de l'épidémie. En 2021, son taux d'endettement est inférieur à 30 % (cf. *supra* 2.3.2.1).

Tableau n° 23 : Situation de la dette

(en €)	2019	2020	2021
Encours de dette	11 433 230	10 323 482	9 209 635
Capitaux permanents	30 681 337	29 551 723	31 138 041
CAF brute	1 064 341	1 821 312	1 833 592
Annuité de la dette	1 105 796	1 109 748	1 113 847
Total des produits tous budgets (comptes 70 à 78)	29 946 069	30 545 395	32 814 463
Ratio d'indépendance financière (encours de dette / capitaux permanents)	37,3 %	34,9 %	29,6 %
Durée apparente de la dette (encours de dette / CAF brute)	10,74	5,67	5,02
Charges financières	504 875	455 814	406 914
Taux apparent de la dette (charges financières / dette)	4,42 %	4,42 %	4,42 %
Taux d'endettement (encours / produits)	38,2 %	33,8 %	28,1 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2019 à 2021.

3.6.1.3 Le soutien à l'investissement

En 2020 et 2021, l'établissement a bénéficié d'une subvention à l'investissement de l'ARS d'1 M€ chaque année.

En 2021, le niveau des investissements augmente (+ 68 %) par rapport à leur montant moyen entre 2017 et 2020. Outre les opérations majeures dont les coûts ont été estimés à 110 000 € par les services (90 000 € pour le pôle « consultation externe » et 20 000 € pour la cafétéria), l'hôpital fait face à des dépenses plus élevées que les exercices précédents sur les opérations courantes, du fait de travaux de rénovation imprévus.

Tableau n° 24 : Montant des investissements

(en €)	2019	2020	2021
Immobilisations	633 581	496 546	922 250
Dont opérations courantes	453 634	384 881	557 080
Dont opérations majeures	179 947	111 665	365 170
Intensité d'investissement courant	1,51 %	1,26 %	1,70 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2019 à 2021.

3.6.1.4 Des niveaux de fonds de roulement et de trésorerie qui progressent mais qui restent faibles

Depuis 2020, la CAF et les subventions couvrent les besoins en investissement. Le niveau du fonds de roulement augmente mais reste modeste, représentant 26,5 jours de charges courantes fin 2021.

Tableau n° 25 : Fonds de roulement et trésorerie

(en €)	2019	2020	2021
Fonds de roulement	76 070	1 291 758	2 093 149
FRNG en jours de charges courantes	1,0	17,6	26,5
Trésorerie calculée	405 532	707 400	1 169 204
Trésorerie en jours de charges courantes	5,5	9,6	14,8

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2019 à 2021.

Le niveau de trésorerie progresse également, mais couvre à peine 15 jours de charges courantes fin 2021.

Afin de faire face à ces difficultés, l'hôpital maritime a sollicité et obtenu, fin 2020, deux lignes de trésorerie (500 000 € pour chaque contrat) auprès de deux établissements bancaires. Il ne les a pas mobilisées en 2021.

Par ailleurs, alors que les tensions sur la trésorerie sont récurrentes et non spécifiques au contexte de la crise sanitaire, l'établissement a bénéficié du mécanisme d'avance prévu par l'ordonnance du 25 mai 2020³⁹. Au total, il a perçu plus de 830 000 € à ce titre entre mai et août 2020.

³⁹ Ordonnance n° 2020-309 du 20 mai 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de Sécurité sociale. Cf. aussi l'arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19.

3.6.2 Un soutien important de l'État

(1) Alors que la situation financière se caractérise en 2020 par une baisse des charges (- 100 000 €) et une augmentation des produits (+ 670 000 M€), en 2021, la progression de ces derniers se poursuit (+ 2,4 M€), mais celle des charges est quasiment de même ampleur (+ 2,3 M€).

Tableau n° 26 : Évolution des produits du budget principal

(en €)	2019	2020	2021
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	23 188 623	25 033 719	27 296 822
Titre 2 - Autres produits activité hospitalière	3 054 223	2 260 548	2 007 264
Titre 3 - Autres produits	4 257 379	3 880 166	4 254 753
Total	30 500 226	31 174 432	33 558 839

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2019 à 2021.

Tableau n° 27 : Évolution des charges du budget principal

(en €)	2019	2020	2021
Titre 1 - Charges de personnel	22 533 0279	23 162 488	24 933 499
Titre 2 - Charges à caractère médical	1 179 136	1 057 965	1 210 574
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	3 683 391	3 237 815	3 612 202
Titre 4 - Charges amort. prov. financ. except.	3 720 911	3 559 507	3 525 755
Total	31 116 465	31 017 775	33 282 030

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers 2019 à 2021.

Pendant la crise sanitaire, le soutien financier de l'État aux établissements de santé prend deux formes principales. D'une part, le maintien des produits d'activité de l'assurance maladie est garanti⁴⁰. D'autre part, les surcoûts et les pertes de recettes du titre 2, c'est-à-dire ceux liés à l'activité hospitalière, sont compensés.

Les niveaux de dotation modulée à l'activité et d'actes et consultations externes sont moins élevés qu'en 2019, mais augmentent entre 2020 et 2021.

⁴⁰ Cf. courrier de l'ARS du 1^{er} juillet 2020 relatif à la campagne budgétaire 2020. Concernant les SSR, « seul le prélèvement national pour abonder l'enveloppe consacrée au dispositif d'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ) impacte la dotation ». Pour l'hôpital maritime, ce prélèvement sur la DAF est de 85 000 €.

Tableau n° 28 : Évolution des dotations de l'hôpital maritime de Zuydcoote

(en €)	2019	2020	2021
IFAQ	80 651	157 470	164 697
MIG MCO			283 300
SSR	23 276 406	25 029 249	26 825 510
<i>Dont DAF SSR</i>	<i>20 756 562</i>	<i>20 967 193</i>	<i>23 652 590</i>
<i>Dont MIG SSR</i>	<i>123 452</i>	<i>123 627</i>	<i>148 305</i>
<i>Dont AC SSR</i>	<i>100 151</i>	<i>1 798 178</i>	<i>818 295</i>
<i>Dont DMA théorique</i>	<i>2 182 441</i>	<i>2 039 014</i>	<i>2 099 879</i>
<i>Dont ACE théoriques</i>	<i>113 800</i>	<i>101 237</i>	<i>106 441</i>
Total général	23 357 057	25 186 719	27 273 507

Source : chambre régionale des comptes, à partir des arrêtés de dotation de l'ARS.

En 2020, la compensation prend la forme d'aides à la contractualisation. En 2021, la dotation annuelle de financement est majorée.

Tableau n° 29 : Compensation des pertes de recettes de titre 2 et des surcoûts en 2020 et 2021

(en €)	2020	2021
Prime exceptionnelle Covid	587 250	
Surcoût Covid	459 120	329 802
Compensation des pertes de recettes T2	231 110	451 151
Vaccins		13 125
Tests de dépistage	18 414	29 946
Revalorisations « Ségur de la santé »	436 152	2 564 698
Prime grand âge	16 359	21 648
TOTAL	1 748 405	3 410 370

Source : chambre régionale des comptes, à partir des arrêtés de l'ARS portant fixation du montant des dotations applicable à l'hôpital maritime de Zuydcoote.

En 2020, 1,75 M€ d'aides à la contractualisation ont été notifiés à l'hôpital maritime. Le montant de la prime exceptionnelle correspond à celui que l'hôpital a versé. En revanche, la perte de recettes de titre 2 n'est compensée qu'à hauteur de 0,23 M€, alors qu'elle s'élève à 0,79 M€. Cependant, le financement du surcoût lié à la Covid (0,46 M€), combiné à la diminution des charges, permet un excédent en 2020 (+ 180 000 €).

En 2021, la compensation des pertes de recettes et des surcoûts, liés en particulier aux mesures de revalorisation des carrières dans le cadre du « Ségur de la santé », s'élève à 3,4 M€. Elle couvre les pertes de recettes et l'augmentation conséquente des charges (+ 7,3 % par rapport à 2020), due en particulier à celle des dépenses de personnel (+1,8 M€).

Cette hausse est en partie la conséquence des mesures prises lors de la crise sanitaire : paiement des heures supplémentaires, augmentation de la quotité de travail des contractuels (cf. *supra* 3.5.2).

Toutefois, l'évolution des charges ne peut pas être imputée aux seules conséquences de la crise sanitaire. En effet, indépendamment de celle-ci, le choix de pérenniser, au 1^{er} janvier 2021, l'emploi à temps plein des contractuels a généré une dépense supplémentaire.

Si, pour l'équipe de direction, la réforme de la tarification des SSR aurait dû permettre de compenser ce surcoût, cette hypothèse n'a pas pu être vérifiée, en l'absence de chiffrage.

3.6.3 Une prospective financière à considérer avec prudence

(2) Les données analysées ci-après sont issues du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2026 élaboré par l'hôpital en décembre 2021.

3.6.3.1 Une aide à la restauration des capacités de financement des investissements

La dotation de restauration des capacités financières des établissements publics de santé

Prévue par l'article 50 de la LFSS pour 2021⁴¹ à hauteur de 13 M€, elle est destinée aux établissements de santé qui présentent une situation financière dégradée « *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* ».

Le décret d'application n° 2021-868 du 30 juin 2021 identifie trois types de besoin de financement : le renouvellement des investissements courants, les investissements structurants et la restauration des capacités de financement des investissements une fois déduit le service de la dette.

L'hôpital maritime de Zuydcoote a signé un « contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier » en décembre 2021, afin de restaurer ses capacités de financement des investissements.

Une dotation de 1 977 791 € pour les exercices 2020 à 2029 lui est allouée chaque année par dixième⁴². Les versements n'ont pas d'impact sur le compte de résultat⁴³.

3.6.3.2 Des projets d'investissements non soutenables

Le PGFP 2022-2026 élaboré par l'hôpital repose sur les hypothèses suivantes, qui sont toutefois peu motivées :

- une augmentation des recettes d'activité de 3 % chaque année, compte tenu des effets attendus de la réforme des modalités du financement et de l'impact de l'ouverture de l'hôpital de jour en addictologie en 2022 ;
- une hausse des charges de personnel de 0,5 % par an pour le glissement vieillesse technicité⁴⁴.

⁴¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

⁴² Les deux premiers dixièmes versés au titre de 2020 et 2021 sont à comptabiliser sur l'exercice 2021.

⁴³ Les versements annuels successifs sont portés au débit du compte 515 et au crédit du compte 2763.

⁴⁴ Le glissement vieillesse technicité (GVT) correspond à l'augmentation annuelle de la masse salariale découlant du déroulement de carrière (avancements, promotions...) et de l'ancienneté croissante des agents.

Tableau n° 30 : Projet global de financement pluriannuel

(en €)	2022	2023	2024	2025	2026
Résultat prévisionnel	- 1 216 737	- 191 965	487 611	794 046	1 239 401
Marge brute	557 979	1 714 753	2 383 469	3 079 070	3 798 774
Taux de marge brute	1,84 %	5,42 %	7,35 %	9,26 %	11,14 %
CAF brute	280 840	1 437 613	2 153 654	2 896 240	3 663 201
Annuités d'emprunt	1 118 100	1 122 513	1 127 091	1 032 866	1 000 447
CAF nette	- 837 260	315 100	1 026 562	1 863 374	2 662 753
Immobilisations	5 200 200	5 120 200	860 000	460 000	460 000

Source : chambre régionale des comptes, à partir du PGFP établi en décembre 2021.

Selon ces hypothèses, le résultat reviendrait excédentaire en 2024, la marge brute s'améliorerait pour dépasser le seuil de 8 % en 2025 et atteindre près de 3,8 M€ en 2026. Elle couvrirait le total des frais financiers et amortissements en 2024. La CAF nette serait positive à partir de 2023 et permettrait de financer les investissements les trois années suivantes.

Le volume des immobilisations atteindrait 12,1 M€ au total entre 2022 et 2026. Les deux opérations majeures concernent la réfection de la balnéothérapie (8 M€) et, dans une moindre mesure, les travaux de réhabilitation et construction pour l'hôpital de jour en addictologie (0,9 M€).

Compte tenu de la faiblesse du montant de subventions envisagé (0,3 M€) et du niveau de la CAF, les investissements seraient de nouveau financés par des prélèvements importants et récurrents sur le fonds de roulement. Dans ces conditions, les projets d'investissements n'apparaissent pas soutenables.

L'établissement doit, en conséquence, impérativement se doter d'une stratégie financière afin de lui permettre de reconstituer sa capacité d'autofinancement avant de pouvoir déterminer le niveau de ses investissements et leurs modalités de financement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'hôpital maritime de Zuydcoote a su gérer du mieux possible la crise sanitaire. Il a adapté son activité en fermant des services. Le nombre de journées d'hospitalisation a diminué, ainsi que les consultations, remplacées pour partie par des dispositifs de télémedecine.

L'établissement a également revu les circuits de prise en charge des patients, conduisant à leur terme les réflexions sur la fluidité de leur parcours de soins. Les coopérations sur le territoire, déjà nombreuses, ont été renforcées à cette occasion.

Pendant la « première vague », les patients atteints de la Covid-19 ont été pris en charge dans une unité dédiée. Ils ont ensuite été accueillis au sein des services. Le suivi des cas positifs a été effectué avec précision.

L'hôpital maritime n'a pas souffert de pénurie d'équipements. Les stocks ont été gérés de manière satisfaisante. Les dotations de masques lui ont permis de couvrir ses besoins.

En matière de ressources humaines, la mobilisation des personnels a été forte, se traduisant par l'augmentation de la quotité de travail et un recours accru aux heures

supplémentaires. Les conditions de travail ont été adaptées pour faire face aux besoins des services et aux contraintes sanitaires. La communication a été soutenue.

Depuis 2020, la situation financière s'est améliorée grâce aux mesures de soutien de l'État.

Alors que l'établissement a signé un contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier avec l'agence régionale de santé, il doit impérativement se doter d'une stratégie financière pour l'aider à reconstituer sa capacité d'autofinancement.

*

* *

ANNEXES

Annexe n° 1. Signification des acronymes et des sigles	51
Annexe n° 2. Nombre de lits et places autorisés en 2021	53
Annexe n° 3. Évolution des effectifs de l'hôpital maritime de Zuydcoote	54
Annexe n° 4. Le rôle des instances	55
Annexe n° 5. Évolution des fermetures de service	56
Annexe n° 6. Évolution des lits disponibles entre avril 2020 et janvier 2022 pour raisons autres que le contexte sanitaire	57
Annexe n° 7. Sorties mensuelles des stocks des principaux équipements de protection individuelle	58
Annexe n° 8. Évolution du prix de certains équipements de protection individuelle en 2020	59
Annexe n° 9. Achats de masques et dotations de l'ARS en 2020	60

Annexe n° 1. Signification des acronymes et des sigles

AC :	aide à la contractualisation
ACE :	actes et consultations externes
AMP :	aide médico-psychologique
ARS :	agence régionale de santé
AS :	aide-soignant
ASA :	autorisation spéciale d'absence
ASH :	agent des services hospitaliers
AT :	accident du travail
ATIH :	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAQES :	contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CDU :	commission des usagers
CHSCT :	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLUD :	comité de lutte contre la douleur
CME :	commission médicale d'établissement
COMEDIMS :	commission du médicament et des dispositifs médicaux
COPERMO :	comité interministériel de performance et de la modernisation
COREVAT :	comité régional de veille active sur les situations de trésorerie
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSIRMT :	commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE :	comité technique d'établissement
DAF :	dotation annuelle de financement
DIM :	département d'information médicale
DM :	décision modificative
DMP :	dossier médical partagé
DMS :	durée moyenne de séjour
DREES :	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EOH :	équipe opérationnelle d'hygiène
EPRD :	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETPT :	équivalent temps plein travaillé
EVC :	état végétatif chronique
FHF :	fédération hospitalière de France
FFI :	faisant fonction d'interne
FIDES :	facturation individuelle des établissements de santé
FIR :	fonds d'intervention régionale
GHT :	groupement hospitalier de territoire
HAD :	hospitalisation à domicile
HAS :	Haute autorité de santé
HC :	hospitalisation complète
HJ :	hospitalisation de jour

HPST :	hôpital patients santé territoire
IDE :	infirmier diplômé d'État
IFAQ :	incitation financière pour l'amélioration de la qualité
IFSI :	institut de formation en soins infirmiers
IPAQSS :	indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
LAMDA :	logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité
MARS :	message d'alerte rapide sanitaire
MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
MIG :	mission d'intérêt général
MIGAC :	mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MO :	molécules onéreuses
PGFP :	plan global de financement pluriannuel
PH :	praticien hospitalier
PM :	personnel médical
PMP :	projet médical partagé
PMSI :	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM :	personnel non médical
PSP :	projet de soins partagé
PUI :	pharmacie à usage intérieur
USP :	unité de soins palliatifs
SSR :	soins de suite et de réadaptation

Annexe n° 2. Nombre de lits et places autorisés en 2021

	Nombre de lits autorisés	Nombre de places autorisées
SSR Adultes	208	31
SSR - Non spécialisés*	45	
SSR - Affections de l'appareil locomoteur	58	19
SSR – Affections du système nerveux	25	5
SSR – Affections de l'appareil respiratoire	15	6
SSR – Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	2	
SSR – Affections onco-hématologiques	2	
SSR – Affections des grands brûlés	8	1
SSR – Affections liées aux conduites addictives	23	10
SSR – Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	30	
SSR Enfants/adolescents	10	15
SSR - Non spécialisés		1
SSR - Affections de l'appareil locomoteur	2	5
SSR – Affections du système nerveux	2	8
SSR – Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	6	
SSR – Affections des grands brûlés		1
TOTAL	218	56

Source : chambre régionale des comptes, à partir des autorisations délivrées par l'ARS.

* Par rapport au tableau n° 4, la ligne « SSR non spécialisés » correspond aux « SSR indifférenciés ou polyvalents » répartis dans trois pôles : rééducation adultes (SSR état végétatif chronique - 7 lits), soins palliatifs (unité de soins palliatifs - 10 lits) et soins de suite (28 lits).

Annexe n° 3. Évolution des effectifs de l'hôpital maritime de Zuydcoote

	2017		2018		2019		2020		2021	
Personnels	Effectif	ETPT	Effectif	ETPT	Effectif	ETPT	Effectif	ETPT	Effectif	ETPT
<i>Administratifs</i>	41,92	35,69	41,3	35,08	39,65	33,97	38,17	32,89	37,17	32,70
<i>Médico-techniques</i>	5,25	4,63	5	4,46	3,67	3,53	3,33	3,1	4,08	3,81
<i>Soignants</i>	336,42	302,33	351,67	312	355,42	317,11	340,17	307,92	341,67	313,01
<i>Educatifs</i>	17,25	14,68	19	16,06	18,08	15,65	19	15,37	19,42	16,87
<i>Techniques</i>	59,33	56,17	60,58	57,35	59,75	58,20	60,33	58,49	62,67	61,33
Total PNM	460,17	413,5	477,55	424,95	476,57	428,47	461	417,77	465,01	427,72
<i>PH contractuels</i>	5,75	4,69	3,92	3,67	3,50	2,90	3,33	2,89	4,17	3,64
<i>PH temps plein</i>	16	14,7	14,75	14,09	14,75	13,78	11	11	11,00	10,93
<i>PH temps partiel</i>	1	0,6	1	0,6	1,00	0,60	4,25	3,4	3,17	2,48
<i>PH attaché CDD</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0,42	0,41
<i>FFI</i>	0	0	0,08	0,08	1,42	1,33	0,08	0,08	0,17	0,16
<i>Internes</i>	2,42	2,32	3,42	2,94	1,42	1,26	0,83	0,82	2,17	1,92
<i>Assistants spécialistes</i>	0	0	0,83	0,82	2,33	2,32	4,5	4,31	2,25	2,33
Total PM	25,17	22,31	24	22,2	24,42	22,19	23,99	22,5	23,34	21,88
<i>Contrats aidés</i>	12,92	7,53	8,75	5,62	6,67	4,21	3,42	2,97	3,25	2,94
Total	498,26	443,34	510,3	452,77	507,66	454,87	488,41	443,24	491,60	452,54

Source : chambre régionale des comptes, à partir des documents transmis par l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Annexe n° 4. Le rôle des instances

Le directoire appuie le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Conformément à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, il est concerté par ce dernier avant de nombreuses décisions (CPOM, arrêt du compte financier, fixation EPRD...). Il est présidé par le directeur et a pour vice-président le président de la commission médicale.

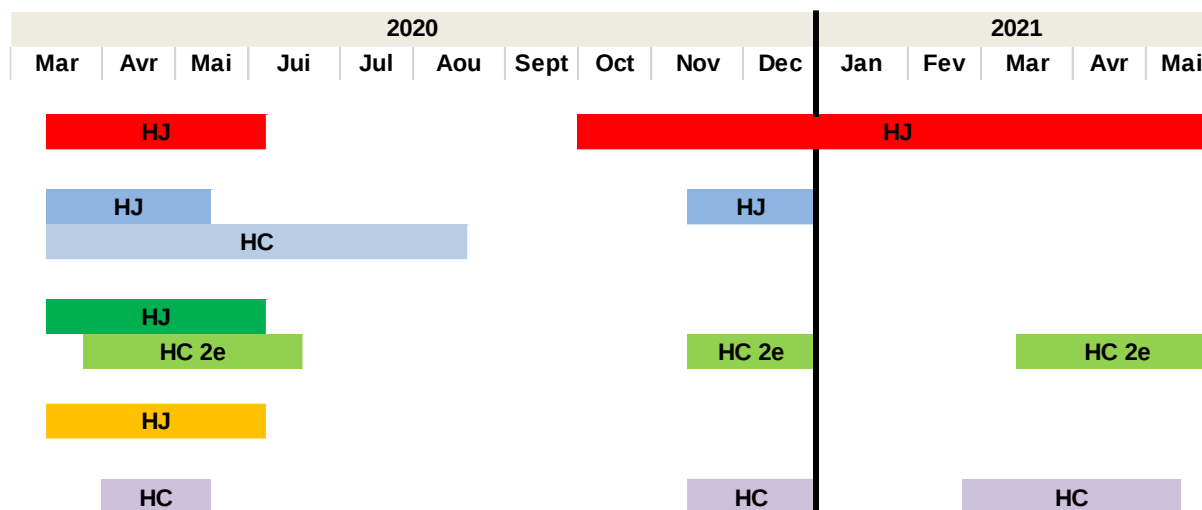
Compétent en matière de stratégie et de contrôle de la gestion de l'établissement (article L. 6143-1 du code de la santé publique), **le conseil de surveillance** dispose d'une compétence décisionnelle pour délibérer sur le projet d'établissement, approuver le compte financier et l'affectation des résultats. Il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Enfin, il est consulté sur la politique qualité de l'établissement.

La **commission médicale d'établissement (CME)** représente la communauté médicale de l'établissement et coordonne la politique médicale de l'établissement dans les termes de l'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique. Il doit, entre autres, élaborer avec le directeur de l'établissement le projet médical de celui-ci.

Conformément à l'article R. 6146-11 du code de la santé publique, **la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)** est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La **commission des usagers (CDU)**, prévue à l'article L. 1112-3 du code de la santé publique, veille à faire respecter les droits des usagers, à faciliter leurs démarches et est également chargée de faire des propositions à la direction de l'établissement pour améliorer l'accueil et la prise en charge des malades et de leurs proches.

Annexe n° 5. Évolution des fermetures de service



- SSR affections respiratoires
- SSR enfants/adolescents
- SSR affections de l'appareil locomoteur
- SSR affections du système nerveux
- SSR affections liées aux conduites addictives

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

**Annexe n° 6. Évolution des lits disponibles entre avril 2020 et janvier 2022
pour raisons autres que le contexte sanitaire**

Service	Nb de lits autorisés	14/04 - 28/06/2020	29/06 - 12/10/2020	13/10 à juillet 2021	Juillet 2021 à janvier 2022
Unité Covid+ Pavillon D		15			
SSR affections de l'appareil respiratoire	15	0	0	0	0
Unité de soins palliatifs Pavillon E	10	10	10	10	10
SSR affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance Soins de suite B	30	29	29	29	30
SSR polyvalents (28) et SSR affections onco-hématologiques Soins de suite C	30	30	30	30	30
SSR affections de l'appareil locomoteur « loco 1 » 1 ^{er} étage	30	30	30	30	30
SSR affections de l'appareil locomoteur « loco 2 » Pavillon 1	28	25	25	25	25
SSR affections du système digestif, métabolique et endocrinien	2	2	2	2	2
SSR Brûlés – 1 ^{er} étage	8	8	8	8	8
SSR EVC – 1 ^{er} étage	7	7	7	7	7
SSR enfants/adolescents	10	10	10	10	10
SSR affections du système nerveux 2 ^{ème} étage	25	25	25	25	25
SSR affections liées aux conduites addictives	23	23	23	23	23
Total	218	214	199	199	200

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Annexe n° 7. Sorties mensuelles des stocks des principaux équipements de protection individuelle

En nb d'unités	Charlottes	Tabliers et blouses	Surblouses	Casaques de soins	Masques chirurgicaux 3 plis	Masques FF2 - FFP3
Janv-20	200	5 800	-	-	-	-
Févr-20	100	4 000	-	-	-	-
Mars-20	900	10 150	-	38	6 700	300
Avr-20	2 850	10 400	-	12	7 990	1 040
Mai-20	1 300	8 490	-	20	11 230	790
Juin-20	300	6 320	-	810	13 965	200
Juil-20	100	3 535	-	12	14 290	61
Août-20	-	4 295	-	40	14 150	75
Sept-20	-	5 300	450	30	18 200	-
Oct-20	1 250	6 575	1 550	35	16 500	1 040
Nov-20	1 800	4 000	2 350	10	14 200	2 980
Déc-20	1 200	6 175	1 975	61	18 665	4 080
Janv-21	900	1 445	300	90	13 600	2 614
Févr-21	3 000	9 100	1 665	40	12 850	3 700
Mars-21	5 400	13 035	510	90	17 110	5 264
Avr-21	900	3 900	-	75	9 600	3 030
Mai-21	1 100	5 450	-	70	13 700	1 200
Juin-21	200	5 050	-	70	14 800	950
Juil-21	-	4 180	-	128	13 600	200
Août-21	-	4 600	-	60	16 790	1 085
Sept-21	600	5 350	-	65	11 900	500
Oct-21	-	5 900	-	51	13 850	300
Nov-21	300	4 780	-	33	11 450	-

Source : chambre régionale des comptes, à partir des stocks de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Annexe n° 8. Évolution du prix de certains équipements de protection individuelle en 2020

Article	Problème rencontré	Prix unitaire fournisseur avant crise	Prix unitaire maximum payé pendant crise	Évolution du prix unitaire
Blouse UU non stérile REF PR06301011	Hausse du prix du fournisseur	0,1600 €	1,7500 €	994 %
Gant examen vinyl 7/8	Commande à autre fournisseur	0,0166 €	0,0660 €	298 %
Tablier protec plast. blanc 120*70 cm	Commande à autre fournisseur	0,0353 €	0,2500 €	608 %
Gant nitrile toutes tailles	Commande à autre fournisseur	0,0205 €	0,6107 €	2 879 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Annexe n° 9. Achats de masques et dotations de l'ARS en 2020

En nb d'unités	Achat de masques par l'hôpital maritime		Dotation de masques par l'ARS	
	Masque chirurgical 3 plis IIR	Masque respiratoire FFP2 ou FFP3	Masque chirurgical 3 plis IIR	Masque respiratoire FFP2 ou FFP3
Janv-20	-	-	-	-
Févr-20	2 000	-	-	-
Mars-20	10 000	-	2 150	-
Avr-20	-	1 200	29 290	250
Mai-20	-	-	34 800	2 320
Juin-20	-	-	59 000	14 000
Juil-20	-	-	40 000	16 210
Août-20	-	-	30 000	12 016
Sept-20	-	-	34 500	12 130
Oct-20	-	-	14 000	330
Nov-20	-	-	-	-
Déc-20	-	-	10 000	4 000
Total	12 000	1 200	253 740	61 256
	13 200		314 996	

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données et stocks de l'hôpital maritime de Zuydcoote.



RÉPONSE AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

HÔPITAL MARITIME DE ZUYCOOTE

*Enquête nationale sur l'impact de la crise sanitaire au
sein des établissements de santé*

(Département du Nord)

Exercices 2017 et suivants

1 réponse reçue :

- M. D. Blondiaux, Directeur de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

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

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



Les publications de la chambre régionale des comptes
Hauts-de-France
sont disponibles sur le site :
www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france

Chambre régionale des comptes Hauts-de-France
14 rue du Marché au Filé - 62012 Arras cedex

Adresse mél : hautsdefrance@crtc.ccomptes.fr