



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

HÔPITAL EUROPÉEN FONDATION AMBROISE PARÉ (Département des Bouches-du-Rhône)

Exercices 2017 à 2021

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 03/03/2023.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATION	5
INTRODUCTION.....	6
1 UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ RÉCENT, EN MUTATION	7
1.1 Un ESPIC habilité au service public hospitalier.....	7
1.1.1 Un établissement né d'un projet de coopération porté par la Fondation Hôpital Ambroise Paré	8
1.1.2 Un périmètre d'autorisations d'activités resserré présentant quelques anomalies.....	10
1.2 L'échec du rapprochement avec l'hôpital St-Joseph	12
1.3 Une politique de coopération à préciser.....	13
1.3.1 L'absence d'évaluation des partenariats	13
1.3.2 Des relations juridiques et financières à détailler avec les principaux partenaires.....	15
1.3.3 La crise COVID-19, un effort de coopération limité dans le temps	16
1.4 Une gouvernance effective	17
1.4.1 Un pilotage mené par le conseil d'administration et le bureau de la Fondation Hôpital Ambroise Paré	18
1.4.2 Une direction opérationnelle en dépit de délégations de pouvoirs tardives.....	19
1.5 Une organisation interne accordant une place importante au corps médical.....	20
1.5.1 Une commission médicale d'établissement renouvelée et à conforter	20
1.5.2 Des instances opérationnelles accordant une place importante à la communauté médicale libérale.....	22
1.5.3 Une structuration médicale à clarifier.....	23
1.6 Des orientations stratégiques en cours de renouvellement	24
1.6.1 Un projet institutionnel en attente.....	24
1.6.2 Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à traduire dans les orientations du projet institutionnel.....	25
1.7 Un système d'information à moderniser	26
2 UNE QUALITÉ DE L'INFORMATION FINANCIÈRE À AMÉLIORER.....	27
2.1 Une certification des comptes sans réserve, des recommandations formulées partiellement mises en œuvre.....	27
2.2 Les principes de la comptabilité doivent être mieux appliqués	28
2.3 Des outils de comptabilité analytique disponibles insuffisamment exploités	29
2.4 Un niveau élevé de créances à recouvrer	30
2.5 Une fonction de codage structurée et globalement satisfaisante	31
3 UNE SITUATION FINANCIÈRE FRAGILE.....	32
3.1 Des soldes intermédiaires de gestion en progression sous l'effet des aides budgétaires	32
3.1.1 Une amélioration des résultats grâce aux aides budgétaires.....	32
3.1.2 L'examen des principaux indicateurs financiers.....	33
3.2 Une progression des produits d'exploitation	35

3.2.1	Les produits versés par l'assurance maladie.....	36
3.2.2	Les autres produits de l'activité hospitalière	37
3.2.3	Les autres produits.....	37
3.3	Une évolution contenue des charges d'exploitation	37
3.3.1	Les charges de personnel	38
3.3.2	Les charges à caractère médical.....	39
3.3.3	L'analyse des autres charges	40
3.3.4	La compensation des surcoûts liés à la crise COVID-19.....	41
3.4	L'endettement et le financement de l'investissement.....	43
3.4.1	Un investissement limité et financé principalement par crédit-bail.....	43
3.4.2	Un endettement lourd et préoccupant	44
3.4.3	Le contrat de soutien à l'investissement : une aide indispensable à la restauration des capacités financières.....	45
4	UNE OFFRE DE SOINS ATTRACTIVE MAIS FORTEMENT CONCURRENCÉE	46
4.1	Un environnement concurrentiel marqué par des inégalités.....	46
4.2	Une offre de soins en constante évolution	49
4.2.1	L'adaptation capacitaire de l'établissement.....	49
4.2.2	Des évolutions en cours pour les équipements lourds	51
4.3	Les principales caractéristiques de la patientèle	52
4.3.1	Une patientèle défavorisée et de plus en plus âgée.....	52
4.3.2	Un dispositif innovant en faveur des plus précaires mis en place lors de la crise sanitaire.....	52
4.4	Une baisse de l'activité globale	53
4.4.1	Une activité d'hospitalisation complète en diminution	54
4.4.2	Des parts de marché en chirurgie et en médecine en baisse	55
4.4.3	Les effets de la déprogrammation présentant quelques spécificités	57
4.5	Une activité similaire à celle des établissements de santé privés lucratifs	59
4.5.1	La valorisation de l'activité	59
4.5.2	Une activité ambulatoire dynamique à conforter.....	61
5	LE PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT.....	63
5.1	Une progression nette des effectifs globaux	63
5.2	Le personnel médical majoritairement libéral	65
5.2.1	L'exercice libéral au regard de la mission de service public hospitalier	66
5.2.2	Le non-respect d'obligations quant au contenu des contrats d'exercice libéral	68
5.3	Les moyens mis en œuvre pour l'attractivité et la fidélisation du personnel non médical.....	69
5.4	Un taux d'absentéisme modéré	71
5.5	Les impacts de la crise COVID-19	72
5.5.1	Les changements organisationnels.....	72
5.5.2	Une rémunération incitative	73
5.5.3	Un élan de complémentarité limité dans le temps	74
ANNEXES.....		75

SYNTHÈSE

Issu de la fusion en 2013 des hôpitaux Ambroise Paré et Paul Desbief, l'Hôpital Européen est un établissement privé d'intérêt collectif situé dans le troisième arrondissement de Marseille. Il est habilité au service public hospitalier, avec pour objectif de rééquilibrer l'offre de soins dans le nord de la ville. Il constitue l'établissement pivot de la Fondation Hôpital Ambroise Paré.

Doté de 461 lits et places, il propose des activités de médecine, chirurgie, d'urgence et de réanimation. En 2020, il se place au deuxième rang en médecine et en chirurgie sur sa zone d'attractivité et respectivement septième et huitième rang au niveau régional. Il dispose d'une offre de soins de qualité avec des parcours de soins innovants, des équipements de haute technologie ainsi que des installations labellisées Haute Qualité Environnementale (HQE).

L'Hôpital Européen présente les caractéristiques d'une activité comparable à celle d'un établissement privé lucratif avec une forte dominante pour la chirurgie et la cancérologie. Engagé dans un virage ambulatoire depuis plusieurs années, l'établissement cherche à conforter cette trajectoire autant qu'à intensifier sa dynamique en faveur de l'activité de séances et de consultations externes. C'est dans ce contexte que s'inscrivent les chantiers de rédaction d'un projet médical et d'un projet institutionnel.

Si la crise COVID-19 a affecté l'activité de l'établissement, elle l'a aussi conforté comme acteur majeur de santé sur le territoire de santé marseillais.

En matière d'attractivité du personnel, avec plus de 1 189 professionnels, l'établissement doit faire face aux défis actuels de recrutement et de fidélisation. Pour le personnel médical, l'établissement fait exception dans le paysage sanitaire en ayant un recours important aux médecins libéraux, par dérogation. Dans un environnement fortement concurrentiel, cette particularité place l'établissement dans une position favorable.

Si la situation financière de l'établissement s'améliore, elle demeure néanmoins fragile. D'un budget consolidé en 2020 de 163 millions d'euros (M€), les trajectoires de développement de l'activité combinées aux efforts de maîtrise des charges se traduisent par une amélioration du cycle d'exploitation. La capacité d'autofinancement dégagée par l'activité courante a presque doublé entre 2017 et 2020 passant de 6,8 M€ à 13,3 M€.

L'encours de la dette, 187 M€ au 31 décembre 2021, conséquence de l'importance de l'investissement réalisé à l'ouverture de l'établissement en 2013, reste à un niveau préoccupant. L'aide de l'État, accordée pour un montant de 42,8 M€ au titre de la restauration des capacités financières à partir de 2021, devrait permettre à l'établissement de réaliser les investissements indispensables, notamment pour l'amélioration du système d'information.

RECOMMANDATION

Recommandation n° 1 : procéder à l'évaluation des coopérations conformément au projet institutionnel.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'Hôpital Européen (Fondation Hôpital Ambroise Paré) porte sur les exercices 2017 à 2021. Il s'inscrit dans le cadre d'une enquête commune aux juridictions financières portant sur la complémentarité et la concurrence entre établissements de santé.

Le contrôle a été ouvert par lettre du 1^{er} février 2022 du président de la chambre à la directrice générale de l'établissement en fonctions, Madame Sophie Dostert ainsi qu'à son prédécesseur, Monsieur Jean-Luc Dalmas.

Le président du conseil d'administration de la Fondation Hôpital Ambroise Paré, Maître Philippe Girard a été informé de l'ouverture du contrôle par lettre du 1^{er} février 2022. Monsieur Bruno de Cazalet, désigné président du conseil d'administration à compter du 16 mai 2022, a été informé du contrôle par courrier du 3 juin 2022.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé, chacun pour ce qui le concerne, à la directrice générale, Madame Sophie Dostert, ainsi qu'à Monsieur Jean-Luc Dalmas. Monsieur Jean-Olivier Arnaud, nommé directeur général le 5 juillet 2022 a également été destinataire du rapport de la chambre. Ils en ont accusé réception respectivement les 27 septembre, 28 septembre et 24 août 2022.

Les présidents successifs du conseil d'administration de la Fondation Hôpital Ambroise Paré, en fonctions durant la période sous contrôle, ont été destinataires du rapport d'observations provisoires.

Des extraits ont également été adressés aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites dont elle a été destinataire, la chambre a arrêté le 3 mars 2023 les observations définitives ci-après, qui portent principalement sur la gouvernance, la situation financière et l'activité de l'établissement.

1 UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ RÉCENT, EN MUTATION

La Fondation ¹ « Infirmierie protestante - Hôpital Ambroise Paré » reconnue d'utilité publique en 1875, est à l'origine de la création de l'Hôpital Ambroise Paré situé dans le sixième arrondissement de Marseille. L'association Hôpital Paul Desbief a été créée en 1920 pour l'exploitation de l'hôpital Paul Desbief implanté dans le deuxième arrondissement.

Ces deux organismes, dont les compétences étaient complémentaires, ont entamé un rapprochement en 2004 avec le soutien des pouvoirs publics. La fusion des hôpitaux Ambroise Paré et Paul Desbief a abouti le 19 août 2013 à la création, *ex nihilo*, de l'Hôpital Européen au cœur du troisième arrondissement.

1.1 Un ESPIC habilité au service public hospitalier

L'Hôpital Européen est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Les ESPIC, au nombre de 671², représentent 22 % des établissements de santé.

Définition des ESPIC*

Les ESPIC sont des établissements privés gérés par des structures à but non lucratif (association, congrégation, mutuelle, fondation, coopérative). Ils dépendent de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP). Leur mode de financement est celui des hôpitaux publics. Ils ont une mission d'intérêt général :

- égal accès à des soins de qualité pour tous ;
- permanence de l'accueil de jour comme de nuit, éventuellement en urgence ;
- continuité des soins durant l'hospitalisation ;
- adaptation afin d'assurer aux patients les soins les plus appropriés ;
- offre de soins préventifs, curatifs ou palliatifs.

Les ESPIC proposent une offre importante d'hospitalisation à domicile (HAD).

Ils consacrent une partie de leur activité à l'innovation, la recherche et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients.

*Article L. 6161-5 du code de la santé publique.

¹ Le statut juridique de la Fondation est régi par l'article 18 de la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 selon lequel : « La Fondation est l'acte par lequel une ou plusieurs personnes physiques ou morales décident l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources à la réalisation d'une œuvre d'intérêt générale et à but non lucratif ».

² Données au 31 décembre 2019, rapport de la Drees sur les établissements de santé, édition 2021.

L'établissement est habilité³ à assurer une mission de service public hospitalier (SPH) conformément à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique (CSP). À ce titre, il exerce « l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé [...] ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité »⁴. En conséquence, des obligations s'imposent à lui, en vertu de l'article L. 6112-2 telles que « l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. »

Établissement de santé généraliste, dit de court séjour, il exerce des activités de médecine et de chirurgie et se positionne sur des spécialités de pointe dans une approche territoriale de proximité.

1.1.1 Un établissement né d'un projet de coopération porté par la Fondation Hôpital Ambroise Paré

La Fondation Hôpital Ambroise Paré est l'entité juridique qui regroupe la majorité des activités hospitalières sous le nom de « Hôpital Européen – Marseille », elle détient l'établissement Hôpital Européen, qui représente son principal support opérationnel.

Distinction entre entité juridique et établissement

Selon le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), il y a lieu de distinguer l'établissement de l'entité juridique.

Un établissement « ET » correspond à une implantation géographique, il est caractérisé par une catégorie d'établissement, est obligatoirement relié à une entité juridique. À chaque établissement sont associées les activités exercées.

Une entité juridique « EJ » correspond à la notion de personnes morales qui détient des droits (autorisations, agréments, conventions) lui permettant d'exercer ses activités dans des établissements. À chaque entité juridique est associé un statut juridique.

Ainsi, au sens du fichier national des établissements sanitaires et sociaux, la Fondation Hôpital Ambroise Paré est l'entité juridique et l'Hôpital Européen, l'établissement.

L'Hôpital Européen ne détient pas la personnalité juridique ; il est contrôlé et partiellement assisté financièrement par la Fondation Hôpital Ambroise Paré. Il est doté de l'autonomie administrative avec un numéro de FINESS qui lui est attribué et de l'autonomie financière puisqu'il dispose de son propre budget doté de fonds et de moyens nécessaires à son fonctionnement.

³ Arrêté du 14 février 2017 du directeur de l'ARS de PACA relatif à la liste des ESPIC habilités à assurer de plein droit le SPH modifié.

⁴ Les missions de SPH sont définies à l'article L. 6112-1 du CSP.

D'une capacité d'accueil de 461 lits et places⁵, employant environ 1 300 salariés, il relève d'un financement fondé essentiellement sur la tarification à l'activité versée par l'assurance maladie.

La Fondation Hôpital Ambroise Paré est propriétaire des murs de l'hôpital dans le cadre d'un bail à construction d'une durée de 60 ans sur un terrain, propriété de l'association Hôpital Paul Desbief⁶. Elle gère l'association des Hôpitaux Privés Phocéens (AHPP) qui dispose d'une autorisation d'IRM (imagerie par résonance magnétique).

Deux groupements de coopération, dont la Fondation Hôpital Ambroise Paré est membre majoritaire⁷, complètent le dispositif : le groupement de coopération sanitaire (GCS) « Pharmacie Hôpital Européen Marseille » qui gère une pharmacie à usage unique au profit des différentes entités du groupe ; le groupement d'intérêt économique (GIE) qui regroupe les contrats de maintenance, énergie, informatique, télécommunication, sécurité gardiennage et mutualise des moyens fonctionnels⁸.

Le site actuel de l'Hôpital Européen héberge différentes entités qui renforcent le positionnement de l'établissement sur le territoire. Au titre des filiales de l'association Hôpital Paul Desbief, se trouvent sur le site, la SARL Sud Santé Imagerie ainsi que la SAS Euromed Cardio, spécialisée dans la cardiologie interventionnelle. La SA « Société pour le développement privé de l'imagerie médicale » (SDIM) est également implantée sur le site.

D'autres entités sont également présentes également sur le site hospitalier :

- l'UGECAM, dénommé CSSR Valmante comprenant 65 lits de service de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 45 places d'hôpital de jour, spécialisées dans la prise en charge de rééducation pour les pathologies neurologiques, orthopédiques, et traumatologies ;
- le centre de dialyse médicalisé indépendant DIAVERUM ;
- le laboratoire Alphabio, premier laboratoire indépendant de France ;
- l'institut de soins infirmiers de la Blancarde, situé à proximité. Le conseil d'administration et le bureau de l'association sont majoritairement contrôlés par la Fondation Hôpital Ambroise Paré qui en est membre de droit.

⁵Le capacitaire passe à 630 lits et places en y ajoutant les partenaires extérieurs (UGECAM, DIAVERUM).

⁶ Association fiscalisée liée à la Fondation Hôpital Ambroise Paré par un bail à construction de 60 ans au terme duquel le bâtiment reviendra à l'association pour 1 €. Cette association loue également les locaux des immeubles Neolis et Neozen à l'IFSI la Blancarde, la crèche Dame Tartine, le centre dentaire Dental Développement et des cabinets médicaux.

⁷ GCS constitué le 15 novembre 2013, la Fondation Hôpital Ambroise Paré y détient 60/105 part ; GIE constitué le 15 mars 1999 dont les statuts ont fait l'objet d'une mise à jour le 23 juin 2014.

⁸ Gestion administrative et générale, gestion des patients, système d'information, logistique, technique et qualité.

1.1.2 Un périmètre d'autorisations d'activités resserré présentant quelques anomalies

Les autorisations d'activités sanitaires⁹ (Cf. Annexe n° 1) sont accordées à la Fondation Hôpital Ambroise Paré au bénéfice de l'Hôpital Européen.

L'Hôpital Européen affirme développer autour de lui un « *écosystème en santé doté d'une offre hospitalière forte en cancérologie et en cardiologie* »¹⁰, constituant les deux premières causes nationales de mortalité. Pour autant, il propose un *panel* d'autorisations centré exclusivement sur la médecine, la chirurgie, la cancérologie, et la médecine d'urgence (dont la surveillance continue, les soins intensifs et la réanimation adulte). Cette situation le situe dans un profil proche des établissements privés à but lucratif de type clinique privée.

Le périmètre des autorisations de soins présente quelques anomalies. Ainsi, l'établissement ne dispose pas d'activité de médecine nucléaire et de radiothérapie en dépit de la volonté de chercher à se positionner en obtenant une autorisation dédiée, ni de filière gériatrique complète, ce qui constitue deux faiblesses au regard de la mission de service public qui lui est dévolue.

En effet, la circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 précise que sont compris dans la filière gériatrique complète visant l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée, une équipe mobile de gériatrie, un court séjour gériatrique, un service de soins et de réadaptation gériatrique, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), une hospitalisation à domicile (HAD) et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'établissement peine à fixer son positionnement. La situation de l'îlot 6C en est le révélateur puisque plusieurs scénarios¹¹ se sont succédés.

Sous l'impulsion de la nouvelle direction en 2019, une demande de création d'une unité de soins de longue durée (USLD) a été formulée, alors même que l'établissement avait délaissé en 2016, l'activité de soins de longue durée au motif que l'autorisation n'était pas en adéquation avec son activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)¹². Ce projet ayant été refusé par les autorités¹³, un autre a suivi et a aussi échoué (celui d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 88 lits). La Fondation Hôpital Ambroise Paré souligne qu'elle n'était plus liée par la promesse de vente de l'îlot 6C, ce qui a eu pour conséquence de permettre le transfert de l'établissement « l'Angelus » à un autre groupe. L'autre fait marquant est l'échec du projet de l'îlot 6C porté par l'association Saint Joseph Seniors qui n'a pas été retenu dans le cadre de l'appel à projets.

⁹ L'article L. 6122-1 du code de la santé publique fixe la liste des opérations soumises à autorisation par le directeur général de l'Agence régionale de santé dont la création, la conversion et le regroupement des activités de soins.

¹⁰ Extrait de la note relative à la situation de l'Hôpital Européen Marseille, février 2019.

¹¹ Terrain à construire constituant une réserve foncière, cet îlot a fait l'objet de plusieurs promesses unilatérales de vente entre la Fondation Hôpital Ambroise Paré et l'établissement public d'aménagement Euroméditerranée.

¹² Se traduisant par la fermeture des lits d'USLD et le transfert de l'autorisation au groupe ORPEA.

¹³ Avis du 9 mars 2020 de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS), instance qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.

Bien qu'il existe des actions en faveur des personnes âgées¹⁴, l'établissement ne dispose pas d'une filière gériatrique au sens de la réglementation, en dehors de partenariats existants, dont il convient d'évaluer la pertinence, ou de ceux à construire. Le fonctionnement médical majoritairement libéral de l'établissement se prête mal à la discipline gériatrique.

Même s'il ne dispose pas d'autorisation en obstétrique, l'établissement déclare des séjours en hospitalisation complète et en ambulatoire, en lien avec l'activité du service des urgences pour les cas d'interruptions volontaires de grossesse.

Tableau n° 1 : Nombre de séjours d'obstétrique déclarés

Nombre de séjours en obstétrique déclarés	2017	2018	2019	2020
Hospidiag ¹⁵	54	55	69	ND*
<i>dont séjour en hospitalisation complète</i>	17	8	20	< 10**
<i>dont séjour en ambulatoire</i>	37	47	49	30
Rapport gestion	55	55	69	24

Source : rapports de gestion 2017 à 2020 et Hospidiag.

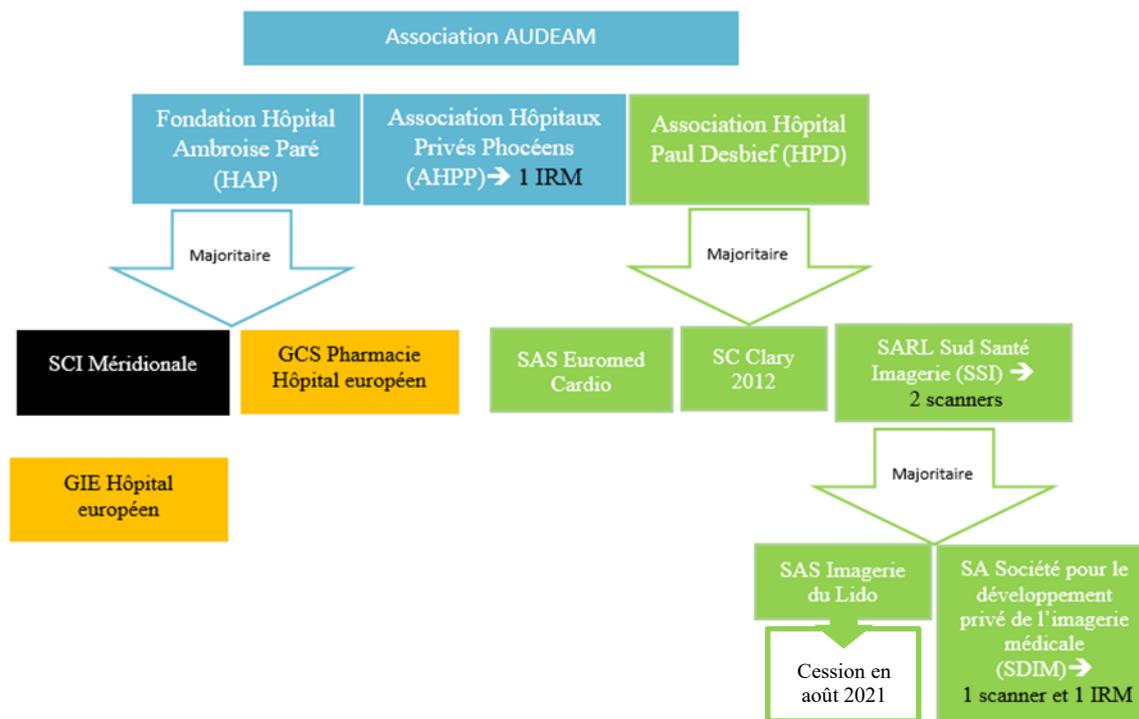
*ND : données non disponibles, ** données partielles.

¹⁴ Dès 2019, mise en place d'un infirmier en gériatrie aux urgences, accès partagé à la hotline de l'Hôpital Saint-Joseph, montée en puissance de l'équipe mobile de gériatrie, création d'un service de médecine post-urgences.

¹⁵ Hospidiag est un outil de mesure de la performance des établissements de santé (publics, privés et ESPIC) pratiquant la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, mis à la disposition par l'ANAP (agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale).

1.2 L'échec du rapprochement avec l'hôpital St-Joseph

Schéma n° 1 : Périmètre juridique de l'Hôpital Européen¹⁶ à compter de juillet 2019



Source : organigrammes juridiques de juillet 2019, au 31.12.2020, au 31.12.2021.

La Fondation Hôpital Ambroise Paré et la Fondation Hôpital St-Joseph ont envisagé un rapprochement visant à développer une offre de soins assurant « *la promotion du hors les murs grâce à un pôle domicile et intégrant les enjeux de recherche, de formation, de prévention et du digital* ». Une charte de rapprochement a été signée le 12 juin 2019. L'agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur a donné son accord le 26 juin 2019.

Le rapprochement a abouti à la création d'une association faîtière¹⁷ en juillet 2019, désignée Audeam, composée de la Fondation Hôpital Ambroise Paré, l'association Hôpital Paul Desbief, l'association Hôpital St-Joseph et la Fondation Hôpital St-Joseph. Elle avait pour mission de gérer et d'administrer les activités hospitalières de la Fondation¹⁸. La direction générale, commune aux deux fondations, assurait notamment la cohérence des projets médicaux et de stratégies d'offre de soins à travers la gestion de deux structures sanitaires.

¹⁶ Hors participations minoritaires de la SAS Medi Provence, de la SARL SILP, de la SA Hôpital privé Beaugard dans les sociétés d'imagerie.

¹⁷ Association faîtière : organisation supérieure qui contrôle les activités des associations qui lui sont liées.

¹⁸ Pour le compte de l'association hôpital St-Joseph, la Fondation Hôpital Ambroise Paré, la SARL Sud Santé Imagerie, la SAS Euromed Cardio, le GCS pharmacie Hôpital Européen Marseille, l'association de services et d'équipements des Hôpitaux privés phocéens, et la SA société pour le développement privé de l'imagerie médicale.

Dans un premier temps, seules les fonctions de communication et de direction générale ont été transférées au sein d'Audeam tandis que la gestion du personnel relevait de chacun des établissements. Les autorisations de fonctionnement sont restées au nom de chacune des fondations.

Cette restructuration présentait toutefois des faiblesses liées à une répartition inégalitaire du pouvoir décisionnaire entre les deux entités privées non lucratives. En effet, les statuts d'Audeam mentionnaient une présidence à vie, confiée au président de l'Hôpital Saint Joseph qui avait voix prépondérante et une représentation majoritaire de la fondation Hôpital Saint Joseph (60 %) aux assemblées générales du conseil d'administration. Même si une évolution des statuts était envisagée pour y remédier, le processus de rapprochement des deux établissements a cessé à la suite de la démission du président du conseil d'administration de la Fondation Hôpital Ambroise Paré le 16 mai 2022.

Le conseil d'administration a ainsi pris la décision de résilier le mandat de gestion liant la fondation à Audeam. Un protocole de cessation du rapprochement a été signé le 5 juillet 2022 et l'association a été dissoute à la clôture des comptes au 31 décembre 2022.

1.3 Une politique de coopération à préciser

Issu de la fusion de deux établissements, le projet que porte la Fondation Hôpital Ambroise Paré ayant donné naissance à l'Hôpital Européen, est d'abord un projet de coopération organique dite institutionnelle¹⁹ visant à répondre à un double enjeu : la structuration de filières de soins afin de développer l'activité et les parcours de soins, et la réponse à des contraintes d'autorisation d'activité en lien direct avec les besoins de santé du territoire.

Au-delà des partenariats établis avec les principaux interlocuteurs présents sur le site, l'Hôpital Européen dispose de 52 conventions et la Fondation Hôpital Ambroise Paré en développe 44.

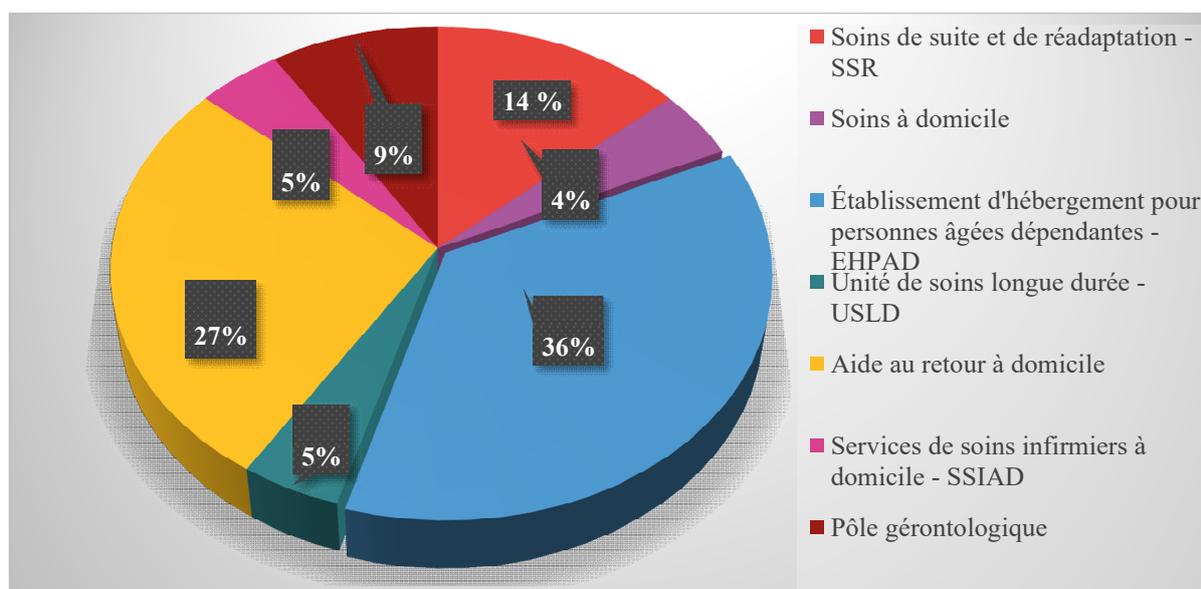
1.3.1 L'absence d'évaluation des partenariats

La politique de coopération de l'établissement n'est pas définie dans le projet médical et n'est pas formalisée, faute de projet institutionnel au sein de l'hôpital Européen. Aucun des documents stratégiques, Projet Horizon ou « orientations stratégiques 2020-2021 », n'y fait référence. La cohérence entre les enjeux stratégiques et les coopérations existantes a toutefois été recherchée par la chambre.

¹⁹ Les coopérations hospitalières ont deux grandes formes : la coopération organique ou institutionnelle qui implique le regroupement dans une même personne morale (GCS, GIE, autre) et la coopération fonctionnelle dite souple, qui se traduit par l'exercice en commun d'activités sans création de personne morale distincte et s'exprime par voie de conventions simples.

Plusieurs facteurs justifient la politique de coopération mise en œuvre par les établissements de santé : organisationnel, économique ou démographique. Pour l'Hôpital Européen, le principal facteur est celui de l'amélioration de l'offre de soins. Le quart des conventions passées concerne la prise en charge des personnes âgées, soit 23 conventions sur un total de 95. Parmi ces 23 conventions, la répartition s'établit comme présenté ci-après :

Graphique n° 1 : Répartition des conventions relatives à la prise en charge des personnes âgées



Source : données transmises par l'Hôpital Européen, retraitées CRC

Des partenariats sont mis en place dans le cadre du renforcement de l'offre de soins en addictologie (Villa Floréal), en oncologie (Clinique de Bonneveine), pour les soins à domicile des patients diabétiques (Réseau diabète), pour l'organisation de séjour hospitalier en oncologie (clinique de Bonneveine), ainsi qu'avec des réseaux de santé (réseau douleur Paca Ouest, réseau Diabète pompes à insuline). L'établissement dispose aussi de conventions pour la greffe, l'accès aux soins et les bilans de santé. D'autres conventions existent en matière de formation, de partenariat avec les entreprises locales en faveur des salariés et d'association pour les patients et les bénévoles.

La coopération avec les établissements publics de santé se limite à trois conventions. Avec l'AP-HM, principal établissement du territoire de santé, l'Hôpital Européen a établi deux conventions relatives au don d'organe et à l'autopsie ; une convention lie l'établissement avec le Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis pour des analyses de laboratoire. Ces partenariats constituent des réponses aux obligations réglementaires au regard des activités concernées et ne présument pas d'une volonté de travail partagé avec le secteur public hospitalier.

Si l'Hôpital Européen poursuit l'objectif de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et tend à élargir son offre de soins sans pour autant présenter une réelle volonté politique en matière de coopération, les partenariats sont limités en nombre et en périmètre. L'établissement explique cette situation par sa création récente.

À la lumière du rapprochement avec l'Hôpital St-Joseph, et après presque dix ans de fonctionnement, l'hôpital doit évaluer sa politique de coopération dans le cadre des travaux menés sur le projet médical et le projet institutionnel, afin sélectionner les partenariats qui répondent aux besoins de santé de la population du territoire.

L'absence d'évaluation des coopérations résulte selon l'établissement de deux éléments : les principales coopérations sont mises en place *de facto* avec les partenaires directs et font l'objet d'une évaluation permanente par le biais de la Fondation Hôpital Ambroise Paré ; les partenariats avec les acteurs externes sont encore récents. L'établissement indique avoir engagé une organisation spécifique à partir de 2022²⁰.

Si les modalités de suivi semblent garantes d'un bon fonctionnement global, elles ne présument pas de l'intérêt effectif ni de la qualité réelle de la coopération, faute d'éléments formalisés et partagés entre les parties. Au cas d'espèce, l'exemple du référencement de la convention avec une société pour l'organisation de séjours en cardiologie, témoigne des limites de certaines conventions²¹.

La chambre recommande à l'établissement d'apprécier la pertinence des conventions déclarées. Il lui appartiendra par la suite d'assurer un suivi régulier de celles qui méritent d'être poursuivies pour évaluer l'adéquation entre les résultats obtenus et les moyens engagés.

Recommandation n° 1 : procéder à l'évaluation des coopérations conformément au projet institutionnel.

1.3.2 Des relations juridiques et financières à détailler avec les principaux partenaires

Les relations juridiques entre les différentes entités donnent lieu à de nombreux échanges et flux financiers.

Tableau n° 2 : Facturation des entités à la Fondation Hôpital Ambroise Paré au 31.12.2020

Entité	Nature et objet	Montant
GIE	Quote-part de coûts	8 914 657 €
Association Audeam	Quote-part de coûts	735 705 €
SDIM	Examens	209 053 €
SSI imagerie	Examens	207 795 €
SAS EUROMED CARDIO	Prestations inter établissements	98 841 €
Association Hôpital Paul Desbief	Loyer lié au bail à construction	84 573 €

Source : Hôpital Européen.

²⁰ Une revue annuelle sera organisée afin de déterminer la pertinence et le maintien de ces partenariats. Chaque coopération identifiera une personne ressource au sein de l'Hôpital Européen ; cet interlocuteur privilégié assurera la remontée des problématiques et les modifications éventuellement envisagées.

²¹ L'établissement indique que la convention n'a pas été mise en œuvre, la société, créée en juillet 2015, ayant cessé son activité en janvier 2021.

Trois baux civils ont été signés récemment en janvier et février 2020 entre l'association Hôpital Paul Desbief et la Fondation Hôpital Ambroise Paré pour des locaux situés dans le bâtiment « Neolis » pour un montant annuel charges comprises de 235 575 € soit 250 €/m². Les loyers des locations plus anciennes se situent dans la moyenne nationale pour un secteur géographique attractif (Cf. Annexe n° 2).

Le loyer moyen annuel du bail à construction entre l'association Hôpital Paul Desbief et la Fondation Hôpital Ambroise Paré s'établit en 2017 et 2021 à 81 000 € soit 0,56 €/m².

En ce qui concerne le GIE, le montant facturé à la Fondation Hôpital Ambroise Paré pour le compte de l'Hôpital Européen s'élève à 8,9 millions d'euros (M€) en 2020. L'Hôpital Européen déclare que les coûts refacturés sont définis selon deux types de clés de répartition arrêtées par le conseil d'administration. Pour la période 2017-2021, ces deux clés de répartition retenues n'évoluent pas. La première clé consiste en une refacturation sur la base des charges réelles, notamment pour les dépenses énergétiques ou les dépenses de consommations téléphoniques. La deuxième clé se fonde sur un prorata du chiffre d'affaires, prorata « pondéré », qui permet d'affecter de manière plus réaliste les coûts du GIE. Si le choix d'une refacturation proportionnelle au chiffre d'affaires ne paraît pas discutable, celui relatif aux modalités de pondération est plus opaque.

Tableau n° 3 : Évolution des dépenses de refacturation du personnel du GIE

Nature	2017	2018	2019	2020
<i>Personnel GIE</i>	2 120 007	2 144 220	2 259 524	2 018 213
<i>Total des dépenses facturées</i>	10 407 765	10 753 403	9 578 992	8 914 657
<i>% des dépenses personnel sur dépenses totales</i>	20,37 %	19,94 %	23,59 %	22,64 %

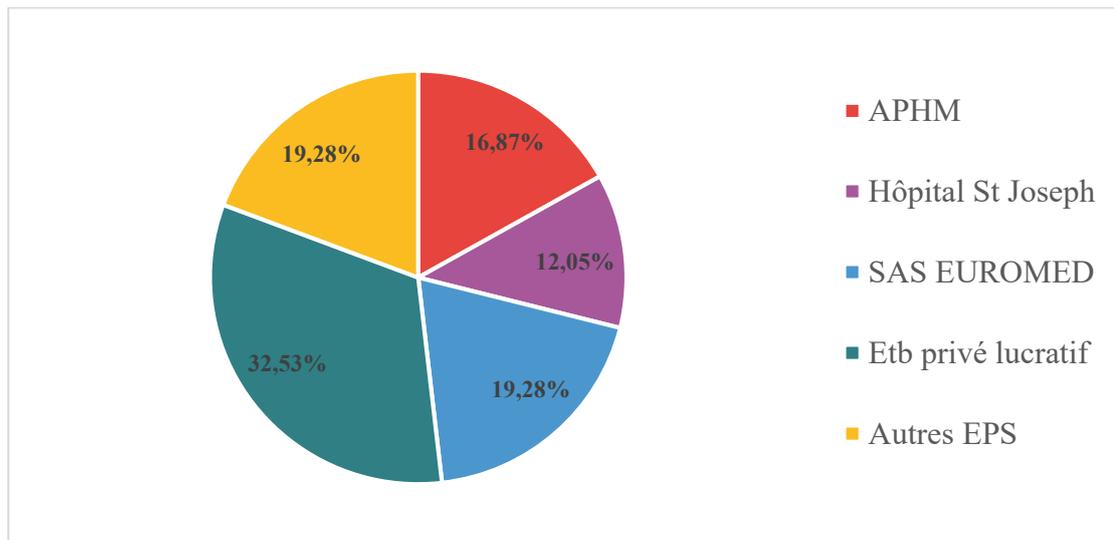
Source : Hôpital Européen.

1.3.3 La crise COVID-19, un effort de coopération limité dans le temps

La crainte d'une saturation des lits à l'occasion de la crise COVID-19 a été un élément facilitateur de la coopération entre les opérateurs situés en première ligne et notamment entre l'Hôpital Européen, l'Hôpital St-Joseph et le principal contributeur public (l'AP-HM via l'hôpital la Timone et l'Hôpital Nord). La coopération a été manifeste tout au long de la pandémie hormis quelques difficultés liées à la régulation par le centre 15.

À l'inverse, la coopération de l'Hôpital Européen avec les établissements privés lucratifs a été limitée au regard du nombre de transferts réalisés (1 681) : 56 transferts (entrée et sortie) en 2020 contre 113 en 2021 ; leurs activités de médecine ne leur permettant pas de réaliser ces prises en charge spécifiques.

Organisés sous l'égide de l'ARS, un faible nombre de transferts régionaux et interrégionaux de patients de l'établissement ont eu lieu soit sur des critères d'éligibilité préalablement définis soit en raison de réticences familiales.

Graphique n° 2 : Répartition des transferts en sortie par établissements sur 2020-2021

Source : Hôpital Européen.

L'Hôpital Européen a joué le jeu de la coopération régionale et interrégionale en ayant accueilli des patients provenant de tous types d'établissements de la région.

Cependant cette dynamique étant étroitement liée à la crise, l'établissement admet que ces complémentarités conjoncturelles ne donneront pas lieu à des créations de coopération spécifiques alors même que l'ARS PACA affirme que le critère de la coopération est désormais déterminant dans l'élaboration de la stratégie régionale²².

1.4 Une gouvernance effective

Selon la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), la gouvernance d'un ESPIC « réside dans un schéma institutionnel reposant sur un socle minimal commun qui s'adapte à la taille de l'établissement, à l'équilibre de la place de chaque instance, à une ligne hiérarchique courte et claire, à l'association étroite de la direction et des personnels médicaux dans les décisions opérationnelles »²³.

²² Sur le volet investissement, l'ARS PACA a indiqué que des enveloppes financières ont été pré-réservées dans la programmation budgétaire du Ségur de la Santé pour soutenir des projets entre opérateurs publics et privés.

²³ Contribution de la FEHAP, Ségur de la santé, 25 mai 2020.

1.4.1 Un pilotage mené par le conseil d'administration et le bureau de la Fondation Hôpital Ambroise Paré

La gouvernance de l'Hôpital Européen s'appuie, en application du statut des ESPIC et du règlement intérieur²⁴ en vigueur, sur le conseil d'administration de la Fondation Hôpital Ambroise Paré disposant d'un bureau, dont les orientations sont mises en œuvre par une équipe de direction.

Le conseil d'administration, organe exécutif de la fondation, est composé de 14 membres nommés pour six ans²⁵, renouvelé tous les deux ans par tiers. Il a classiquement pour mission d'établir la politique générale de la fondation. Chargé de la validation de la politique de l'établissement sur le plan stratégique et financier, il délibère sur les budgets, le projet de l'établissement, les programmes d'investissement, le recours à l'emprunt. Enfin, il donne aussi un avis sur les dons et les legs.

Le bureau, émanation du conseil d'administration, est composé de cinq personnes au minimum et de sept personnes au maximum²⁶ désignées pour trois ans. L'équipe de direction assiste aux réunions du bureau de façon régulière. Le bureau, doté de pouvoirs élargis, a pour principale fonction d'instruire les affaires soumises au conseil d'administration et de pourvoir à l'exécution de ses délibérations. Il est chargé d'émettre avis sur les travaux de rénovation des bâtiments ou constructions nouvelles, sur les comptes d'exploitation à partir desquels il est également consulté pour la souscription d'emprunts, l'acceptation de dons et legs. Enfin, il est consulté sur le choix des médecins. Le bureau s'est réuni quatre fois chaque année entre 2017 et 2019 puis tous les deux mois depuis 2020. Cette fréquence exprime la volonté de favoriser une gouvernance resserrée de la Fondation Hôpital Ambroise Paré sur l'Hôpital Européen.

Afin de renforcer encore l'implication des administrateurs de la fondation dans le pilotage et le contrôle du fonctionnement de l'établissement hospitalier et conformément au règlement intérieur, le conseil d'administration a décidé la mise en place en 2020 de comités spécialisés ayant pour objet d'étudier des problèmes particuliers.

Ainsi, deux comités ont été créés : un comité d'audit et un comité des finances et de l'investissement. *En sus*, un comité d'admission des médecins doit être créé en lien avec la commission médicale d'établissement : il a pour objet de rencontrer les nouveaux médecins. Enfin, un comité éthique étant déjà existant au sein de l'établissement, il a été décidé d'intégrer deux administrateurs. Chacun de ces comités dispose de son propre règlement intérieur.

L'objectif de ces sous-comités, selon la direction, est de veiller à la bonne gestion et de conforter le rôle des administrateurs de la fondation dans la vie de l'Hôpital Européen tout en préservant la souplesse de la gouvernance. Ces comités spécifiques visent aussi à développer la maîtrise de l'information pour améliorer la prise de décision du conseil d'administration.

²⁴ Règlement intérieur de la Fondation « infirmerie protestante de Marseille - hôpital Ambroise Paré » date du 23 mai 1986, le statut dans sa version en vigueur a été actualisé pour la dernière fois le 28 juin 2013.

²⁵ Trois membres de droit : maire de Marseille ou son représentant, représentant du Diaconat de Marseille, représentant de l'Église réforme de France désigné par le consistoire de Marseille ; neuf membres protestants désignés par l'ensemble des membres du conseil d'administration et de deux représentants des médecins désignés par la commission médicale.

²⁶ Dont le président, le vice-président, le secrétaire, le trésorier et un représentant de la commission médicale.

1.4.2 Une direction opérationnelle en dépit de délégations de pouvoirs tardives

Le conseil d'administration de la Fondation Hôpital Ambroise Paré détermine les grandes orientations de l'hôpital dont la conduite opérationnelle est déléguée par le président au directeur général. Le président est le responsable politique et stratégique du projet associatif, le directeur général est chargé de mettre en pratique ce projet. La répartition des missions de chacun participe d'un équilibre indispensable au bon fonctionnement de l'établissement.

Le nouveau président de la Fondation a été désigné le 16 mai 2022, son prédécesseur, était en fonction depuis le 21 juin 1988. Pour sa part, l'Hôpital Européen a connu l'arrivée d'une directrice générale en juillet 2019, après le départ du directeur en poste de janvier 2017 à avril 2019. La directrice générale est également directrice générale de la Fondation Hôpital Ambroise Paré, de l'association Audeam et de l'Hôpital St-Joseph.

Après avoir procédé à la nomination de la directrice générale²⁷, sous la précédente présidence, le conseil d'administration lui a accordé « *les pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de la fondation* ». Le 7 février 2022²⁸, une délégation de pouvoir du conseil d'administration à la directrice générale a été formalisée et signée. Responsable devant le conseil d'administration, la directrice générale se voit conférer le droit de représenter la fondation dans tous les actes de la vie civile, d'embaucher et de licencier, d'ordonner les dépenses dans le respect des délibérations du conseil d'administration et des avis de ses commissions, d'assurer la bonne marche de l'établissement²⁹.

La directrice générale est entourée d'une équipe de direction. Certains directeurs adjoints disposent d'une délégation de pouvoir subdélégué par la directrice générale comme c'est le cas pour le directeur général adjoint, directeur des affaires financières, directeur des services numériques. Pour autant, le périmètre couvert y est restreint, couvrant notamment le champ de l'astreinte administrative et ce, dans la logique de gouvernance interne à l'établissement.

²⁷ Sa date de nomination coïncide avec celle de la signature de la Fondation Hôpital Ambroise Paré du mandat de gestion à Audeam qui précisait le rôle, les fonctions, les responsabilités et les moyens mis à la disposition de son directeur général.

²⁸ En vertu des articles 7 et 8 des statuts et respectivement des articles III-2 et V du règlement intérieur de la fondation.

²⁹ La délégation de pouvoir, plus opérationnelle que décisionnelle, caractérise la gouvernance des ESPIC, le pouvoir décisionnel restant de la compétence du conseil d'administration. Le rôle du directeur général en matière de détermination du programme d'investissement, de l'adoption de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et des propositions de tarifs de prestations, n'est pas établi renvoyant ces prérogatives au conseil d'administration et à son bureau. La directrice générale administre la fondation sauf en ce qui concerne l'aliénation de biens immobiliers, de la constitution d'hypothèques et d'emprunts, de l'engagement de nouvelles constructions, de la décision de nouveaux emprunts, dons et legs, et de la validation du choix des médecins.

Socle de la répartition des pouvoirs et des responsabilités au sein de l'établissement, la délégation de pouvoir a pour vertu d'assurer la continuité de fonctionnement dans le cas où le président ou le directeur serait dans l'incapacité d'exercer ses fonctions. Ainsi, la délégation de pouvoir s'avère indispensable pour répondre aux incidents survenus à l'occasion de l'astreinte et nécessitant une réponse rapide, notamment en situations de crise, pour la gestion des décès, le renforcement des effectifs de soins, la gestion de la permanence des soins, l'appel aux forces de l'ordre ou aux instances judiciaires comme, par exemple, dans le cadre d'un dépôt de plainte (qui suppose implicitement une délégation de signature).

Implicitement, la mise en place de délégations de pouvoirs répond aussi à un objectif de protection du président face au risque de mise en cause de sa responsabilité (notamment pénale). Explicitement, la formalisation de délégations de pouvoir pose un cadre juridique clair et lisible du fonctionnement comme de l'organisation. Celle-ci permet une responsabilisation et une autonomisation encadrées de l'équipe de direction, qui se trouve, de par leurs contrats de travail et leurs missions, déjà dans l'opérationnalité.

La formalisation de délégations tardives est justifiée par la crise sanitaire selon la direction de l'établissement.

1.5 Une organisation interne accordant une place importante au corps médical

1.5.1 Une commission médicale d'établissement renouvelée et à conforter

Datant du 14 novembre 2012, le règlement intérieur de l'inter-commission médicale n'est plus d'actualité³⁰. Doté d'un bureau, il prévoyait initialement la désignation d'un président, de deux vice-présidents, la mise en place de commissions spécialisées (formation initiale, accréditation, tarification à l'activité (T2A)) et la constitution d'un bureau³¹. Ces commissions ne se sont plus réunies depuis l'organisation des élections en 2019³².

³⁰ Règlement intérieur relatif à l'interCME des hôpitaux Ambroise Paré et Paul Desbief comprenant l'entité Euromed-Cardio.

³¹ Réuni une fois seulement entre janvier 2017 et juin 2020 au regard des documents instruits.

³² Les anciens mandats de la représentation de la CME ont pris fin en 2016.

Conférence médicale d'établissement et commission médicale d'établissement

Conformément à l'article L. 6161-2 du code de la santé publique, tous les praticiens exerçant dans un établissement de santé privé à but non lucratif forment de plein droit une conférence médicale d'établissement.

La loi HSPT de 2009 précise que les praticiens exerçant dans un établissement public de santé forment une commission médicale d'établissement dont les membres sont élus.

Ce terme de commission avait donc été réservé aux seuls établissements publics de santé, désormais la loi de modernisation du système de santé (LMSS) de 2016 *via* le décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 rétablit le caractère électif des commissions médicales d'établissements (CME) dans les établissements privés à but non lucratif.

La conférence médicale de 2016 laisse place à la commission médicale d'établissement (CME) à l'Hôpital Européen dont les attributions sont à la fois générales et spécifiques³³ et avec un mode de désignation électif. Ce n'est que par courrier interne en date du 28 septembre 2020, passant de 24 à 36 membres, que le fonctionnement est modifié (cinq réunions plénières par an, rencontre tous les quinze jours avec la direction).

À l'occasion des derniers changements, le règlement intérieur de la CME n'a toujours pas fait l'objet d'une actualisation. L'établissement doit le faire et ce, même si l'absence de décret pour les ESPIC rend le règlement intérieur assez libre³⁴. En l'absence de décret d'application prévu à l'article L. 6161-2-2, le règlement intérieur s'appuie sur le décret du 5 novembre 2010 non abrogé mais caduque.

Le renouvellement de la CME en 2020 a été l'occasion pour l'établissement d'un changement des méthodes. En pratique, la CME a fait le choix de solliciter directement ses membres pour proposer des thématiques de travail ou participer à des groupes déjà actifs afin de faire avancer le projet médical. Cette démarche qui se veut participative, a été stoppée sous l'effet de la crise COVID-19 et devrait aboutir à la fin du premier trimestre 2022 à la rédaction synthétique d'orientations stratégiques médicales qui feront la base du projet médical.

La direction en place à compter de juillet 2019, considérait que, malgré les évolutions en cours, le fonctionnement actuel de la CME n'était pas optimal. Héritage de la loi HSPT, elle constitue pratiquement une assemblée générale des médecins ; au sens où tous les praticiens qui y exercent y sont associés de plein droit. Et ainsi, son organisation actuelle ne lui permet pas de répondre encore complètement aux prérogatives définies.

³³ Article 195 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et article L. 6161-1-1 et suivants du CSP.

1.5.2 Des instances opérationnelles accordant une place importante à la communauté médicale libérale

L'organisation de la gouvernance d'un ESPIC est libre et l'Hôpital Européen n'est pas tenu de disposer d'un directoire. Doté d'une ligne hiérarchique courte, l'établissement a fait le choix d'une gouvernance associant étroitement direction et personnel médical dans les décisions opérationnelles et la stratégie de l'établissement.

De fait, tous les quinze jours, une partie de la direction³⁵ se réunit avec le bureau de la CME³⁶. Ce « noyau »³⁷ échange sur des prérogatives semblables à celle du directoire³⁸ et tout du moins joue un rôle d'instance de dialogue, de concertation médico-économique et de propositions de décisions pour le conseil d'administration. Sans être un enjeu de gouvernance à proprement parler, dans la mesure où ces rencontres ne font pas l'objet d'un ordre du jour précis ni de compte-rendu formalisé, l'établissement devrait définir un cadre.

L'Hôpital Européen dispose de nombreuses instances à la manière classique d'un établissement public de santé (EPS) (Cf. Annexe n° 3) : commission médicale d'établissement, instances représentatives du personnel et des usagers et de nombreuses instances liées à la démarche qualité. Même si cette administration interne est proche de celle d'un EPS, elle s'en détache notamment par l'absence d'une commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques³⁹.

À *contrario*, l'établissement se caractérise par l'existence de comités idoines tels que le comité des blocs et la commission des urgences majoritairement composés de médecins libéraux. Ces instances supra-réglementaires concrétisent la volonté de la structure d'une part, de faciliter et fluidifier l'organisation des services par des instances souples et au plus proche du terrain et d'autre part, d'impliquer et d'accorder une place importante au corps médical dans un environnement majoritairement libéral.

La charte du bloc opératoire est un exemple de l'organisation originale et opérationnelle de l'Hôpital Européen. Elle prévoit un coordonnateur de bloc et des cadres visant la régulation, un coordonnateur médical qui, en lien avec l'équipe d'encadrement, a pour mission de résoudre les questions d'ajustement de programmation des blocs opératoires et un représentant des chirurgiens, facilitateur du dialogue avec les intervenants chirurgicaux. Autour de ces blocs, est structuré un pilotage diarchique qui repose d'abord sur un comité du bloc opératoire. Ce comité a pour mandat de valider les règles de fonctionnement du bloc qui s'imposent *in fine* à tous les acteurs. Il s'agit là d'une responsabilité stratégique qui s'appuie sur une responsabilité opérationnelle traduite ensuite par un conseil de bloc.

³⁵ Directrice générale, directeur général adjoint et directeur des soins.

³⁶ Le bureau de la CME est composé du président, du vice-président et du secrétaire.

³⁷ Terme employé par l'ancien ordonnateur de l'établissement.

³⁸ Conformément aux articles L. 6143-7-4 et suivants du CSP, les sujets qui y sont abordés portent sur les organisations médicales, la préparation des CME plénières, les recrutements et départs de médecins, les situations individuelles de médecins, et les sujets généraux de fonctionnement de l'établissement tels que la gestion de crise, l'évolution de l'organigramme, l'informatique, la gestion des ressources humaines. Les comptes rendus sont formalisés, et diffusés aux participants.

³⁹ Commission obligatoire pour les établissements publics de santé, conformément aux décret 2005-1656 du 26 décembre 2005 complété par le décret 2010-449 du 30 avril 2010 du CSP.

Enfin, une cellule de supervision se réunissant de façon hebdomadaire vise à rechercher, en permanence, l'optimisation, l'utilisation des moyens et la mobilisation des ressources afin de maximiser le nombre d'interventions réalisées.

En outre, la commission des urgences de l'Hôpital Européen n'est pas une instance obligatoire⁴⁰. Elle associe les acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs. Cette instance *ad hoc* de régulation a pour unique objet de participer à la politique d'accueil et de prise en charge des patients au sein des urgences. En lien avec la commission médicale d'établissement, elle joue un rôle déterminant en faveur de la transversalité du parcours de soins dans la prise en charge du patient et l'amélioration des pratiques.

1.5.3 Une structuration médicale à clarifier

L'Hôpital Européen en tant qu'établissement privé n'étant pas soumis à l'obligation d'organisation par pôles d'activité⁴¹, est structuré en « *unités de soins* » pour une plus grande cohérence de prise en charge par spécialités médicales ou chirurgicales. Les médecins s'organisent ainsi par « famille médicale » tenant compte de la permanence et de la continuité des soins. Un document interne intitulé « organisation médicale » dont la mise à jour date de juillet 2020 décrit l'organisation médicale de l'établissement répartie en quinze départements autour de quarante-huit spécialités.

De fait, il n'y a ni pôle ni service, ni médecin chef de pôle ni médecin chef de service ni cadre de pôle. Autre explication donnée à cette organisation, l'activité à dominante libérale des médecins de l'hôpital qui, par nature, ne permet pas une organisation bipolaire hiérarchisée. Les médecins libéraux étant liés à l'établissement par contrat d'exercice libéral, sans qu'il n'y ait d'échelle d'autorité entre confrères, l'organisation polaire est, par définition, inopérante et inappropriée.

Cependant, si cette organisation par famille médicale présente selon l'établissement des avantages, elle peut induire quelques difficultés en raison de sa nature *intuitu personae*. Le président de la CME a indiqué que, même si un interlocuteur médical était identifié (sans être formellement désigné) au sein de chaque famille de par sa légitimité et son *leadership*, une fragilité existe sur ce système pour l'organisation de la permanence des soins et la gestion des congés des médecins qui se fondent sur la bonne volonté de ces derniers. De fait, si pour certaines spécialités, l'organisation est agile et facilitée, comme c'est le cas des urologues qui partagent par ailleurs un cabinet en ville, certaines autres spécialités nécessitent l'intermédiation du président de CME et l'arbitrage de la direction, sans que, pour autant, ces derniers disposent de moyens coercitifs.

⁴⁰ Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

⁴¹ En vertu de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et la loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé territoire et de l'article L. 6146-1 modifié du CSP.

1.6 Des orientations stratégiques en cours de renouvellement

1.6.1 Un projet institutionnel en attente

Un projet institutionnel d'établissement « horizon 2020 » en date du 19 mai 2015 a été substitué courant 2019, en lien avec le changement de direction, par une feuille de route comprenant de nouveaux objectifs 2020-2021. Ce document ne constitue pas un projet institutionnel au regard de la réglementation en vigueur. Le document n'a pas fait l'objet d'une présentation et d'une discussion formelles aux instances ; conformément à l'article D. 6161-4 alinéa 1 du CSP qui dispose que le projet institutionnel soit délibéré par le conseil d'administration après avis de la conférence médicale et de la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge des établissements de santé.

Cette feuille de route se décline d'abord sous la forme d'une analyse « SWOT »⁴² en quatre grandes orientations : la relance du projet médical, la mise en œuvre de mesures permettant le retour à l'équilibre (dans le respect du maintien des conditions et relations sociales, de la qualité immobilière et mobilière et des projets innovants), la poursuite de la dynamique qualité et sécurité des soins⁴³ et l'amorce de l'intégration opérationnelle au sein d'Audeam.

Au terme des exercices 2020-2021, l'établissement a dressé un premier bilan de cette feuille de route. Il souligne la dynamique engagée visant à élargir le *panel* des activités dans un contexte de ressource médicale contraint, en vue de « *sécuriser et restructurer l'activité* ». Puis, le bilan pointe les efforts entrepris en matière de rétablissement de l'équilibre financier *via* le recours aux financements par appels à projets, le renforcement de la fonction contrôle de gestion et le fonctionnement du DIM. Sur ce point, l'établissement gagne à restructurer l'activité de recherche clinique visant précisément la recherche de financements *ad'hoc*. En 2020-2021, la professionnalisation de l'équipe et la création d'un comité scientifique se sont traduites par un bilan économique prometteur avec un montant de 0,69 M€ de produits facturés et 3,28 M€ de subventions de type missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)⁴⁴.

Sur la base de ces travaux, la direction indique que la préparation d'un nouveau projet institutionnel stratégique se fondant à la fois sur la rédaction d'un projet médical et sur les objectifs de rapprochement avec l'hôpital St-Joseph devait être finalisé au cours de l'année 2022. À ce stade, tout en tenant compte du contexte sanitaire difficile entre 2020 et 2021, le document de présentation en séminaire de comité de direction en date du 5 février 2020 ainsi que le bilan établi à deux ans constituent les seuls documents de pilotage stratégique de l'établissement depuis 2019.

⁴² La matrice SWOT ou force faiblesse opportunité menace (FFOM) est un outil d'analyse stratégique de l'entreprise qui permet d'obtenir une vision synthétique d'une situation.

⁴³ L'Hôpital Européen a été certifié « A » par la Haute Autorité de Santé sans recommandation ni réserve en 2014. La prochaine certification initialement prévue en 2021 est programmée en novembre 2022 en raison de la crise sanitaire.

⁴⁴ Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la participation des établissements de santé aux missions d'enseignement, de recherche et d'innovation est financée *via* une enveloppe budgétaire spécifique MERRI.

Même si cette démarche est pertinente, l'établissement doit formaliser rapidement son projet institutionnel. En vertu de l'article D. 6161-4-1 du décret n° 2010-535 du 20 mai 2010, ce projet devra être complété des travaux manquants ou partiels tels que la politique générale relative au système d'information, les actions et projets de coopération, les modalités d'implication des usagers et leurs associations respectives à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques définies pour lesquels aucun élément formalisé ou communiqué n'a été fourni. Selon le précédent directeur général de l'établissement en fonction jusqu'en 2019, « *le projet stratégique pour la période 2023 à 2030 [...] devra s'attacher à définir une nouvelle dynamique dans un contexte sanitaire et urbain qui a continué de se dégrader. Ce projet devra redonner à la Fondation une attractivité nouvelle, lui permettant de fédérer les ressources internes mises à mal par plusieurs années de crise sanitaire et de remise en cause de leur efficacité. Il leur redonnera la force d'attirer de nouveaux talents médicaux, paramédicaux et de gestion.* »

1.6.2 Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à traduire dans les orientations du projet institutionnel

Outil de régulation de l'offre de soins, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) repose sur une procédure de négociation entre l'ARS et l'établissement, incluant dans un dialogue de gestion, un suivi périodique et une évaluation finale du contrat. Il détermine les autorisations dont dispose l'établissement ainsi que les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont dévolues en lien avec les financements octroyés. En termes d'enjeu, le CPOM constitue le principal levier de la mise en œuvre opérationnelle des orientations stratégiques régionales à l'échelle de l'établissement et la validation des projets de l'établissement. Il intègre des éléments relatifs à l'amélioration de la performance et de la gestion interne et s'articule avec d'autres contrats parmi lesquels le contrat de performance, le contrat de retour à l'équilibre. Enfin, il constitue en théorie un appui au pilotage interne des établissements en tant que support des transformations majeures attendues sur le plan du positionnement de l'offre.

Pour l'Hôpital Européen, il y a lieu de distinguer deux CPOM et leurs avenants intervenus entre 2017 et 2021.

Un premier CPOM couvrant la période 2012-2018⁴⁵ précise huit orientations stratégiques en lien avec le plan régional de santé (PRS) ainsi que treize actions d'amélioration du pilotage interne (relatif à la qualité, la performance, la gouvernance et les ressources humaines) de niveau, d'enjeu et de difficulté divers. Le bilan établi en 2018 adressé par l'établissement ne permet pas de fournir une analyse exhaustive sur la pertinence et la mise en œuvre des actions d'amélioration définies initialement dès lors qu'il se fonde sur des éléments déclaratifs de l'établissement, faute de valeurs cibles et d'indicateurs permettant un suivi précis. De plus, la majorité des objectifs est déconnectée des orientations du projet « horizon 2020 ».

Le deuxième CPOM couvrant la période 2019-2024, signé le 27 mars 2019, prévoit trois orientations stratégiques déclinées en 19 actions et 21 indicateurs. Là aussi, 57 % des actions ne fixent pas de cibles annuelles précises.

⁴⁵ Le contrat signé en date du 10 novembre 2014 pour une période initiale de cinq ans a été prorogé de six mois après publication du projet régional de santé en date du 1^{er} janvier 2018.

Seize avenants, sur la période 2019-2021, visent uniquement l'attribution de crédits liés au fonds d'intervention régional et aux missions d'intérêt général.

Dans le cadre de la refonte de son projet institutionnel, l'établissement doit tenir compte des engagements figurant au CPOM, qui doit être un instrument de pilotage interne et de dialogue pour la régulation de l'offre de soins.

1.7 Un système d'information à moderniser

L'établissement a indiqué disposer d'un schéma directeur informatique partiel datant de 2015, celui-ci est devenu obsolète et inexploitable. Une démarche similaire a été lancée en juin 2020 *via* Audeam, sans qu'elle ne soit suivie d'effet⁴⁶. Le retard pris par l'établissement dans la réalisation de nouveaux investissements relève de plusieurs facteurs.

La première difficulté porte sur l'organisation interne de la direction des systèmes d'information où pas moins de cinq directeurs se sont succédé entre 2017 et 2021. Si des efforts sont actuellement en cours pour consolider l'organigramme de la direction des services informatiques sous l'effet, un temps, du portage par Audeam, l'enjeu reste important pour l'Hôpital Européen. De cette gouvernance instable découlent mécaniquement des carences sur la maîtrise de l'environnement informatique.

À la difficulté de pilotage s'ajoute une difficulté de ressources internes et de compétences « métiers ». Au regard de la taille de l'établissement et des enjeux que représente un système d'information hospitalier performant, la direction reconnaît que les moyens humains mis à la disposition de la direction des SI, comme les difficultés de gouvernance, constituent des freins aux enjeux de performance et d'efficacité.

La troisième difficulté résulte d'un effort d'investissement limité pour le développement de nouveaux outils et la mise à jour des logiciels. Cette insuffisance a eu pour conséquence d'aggraver la situation. Celle-ci se caractérise par une inadéquation entre la performance des logiciels métiers (en raison de leur coût financier) et les moyens humains requis pour accompagner l'évolution des infrastructures techniques. Il en résulte un système d'information non stabilisé, mal adapté et ayant atteint ses limites.

Le commissaire aux comptes (CAC) a réalisé un audit en septembre 2017 mettant en exergue deux écueils majeurs relatifs au paramétrage de sécurité des mots de passe et à la gestion des données personnelles et quelques axes de progrès⁴⁷. Si l'intérêt de ce diagnostic n'est pas remis en cause, son périmètre circonscrit aux méthodes comptables et financières, ne permet pas d'établir une cartographie précise des forces et faiblesses du système d'information dans son ensemble.

⁴⁶ Une tentative d'élaboration du schéma directeur a eu lieu courant 2020, celle-ci ayant avorté au motif que le rendu de l'étude de l'existant ne correspondait pas aux attentes et livrables dans la démarche.

⁴⁷ Les axes de progrès intermédiaires concernent trois volets : la revue périodique des accès aux salles de machines, la gestion des comptes génériques dans le logiciel « hôpital manager » et la restriction d'habilitation / suppression des comptes utilisateurs.

Un document intitulé « synthèse investissements informatiques » retrace la projection des investissements informatiques sur la période 2017-2026. Or, sa lecture permet de constater un montant sous-estimé et donc des investissements limités⁴⁸, insuffisants et sans stratégie cohérente ni vision d'ensemble. La direction de l'établissement reconnaît ces difficultés confirmées également par le commissaire aux comptes, le président de la CME et par le médecin du département de l'information médicale (DIM).

La chambre recommande à l'établissement de réaliser sans délai un audit complet du système d'information afin de définir un schéma directeur définissant un plan d'actions et les moyens financiers et humains adéquats.

2 UNE QUALITÉ DE L'INFORMATION FINANCIÈRE À AMÉLIORER

2.1 Une certification des comptes sans réserve, des recommandations formulées partiellement mises en œuvre

Les comptes annuels des exercices 2017 à 2020 de l'Hôpital Européen ont été établis et présentés conformément aux dispositions du plan comptable particulier applicables aux établissements sanitaires gérés par des organismes privés à but non lucratif (dit M21) et des règlements en vigueur⁴⁹.

Au titre de la période sous revue, ces comptes ont été certifiés sans réserve par le CAC. Sur la base des rapports 2017 à 2020, le cabinet Deloitte indique que les comptes annuels sont « réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la fondation ». Néanmoins, à l'occasion de revues de contrôle interne annuelles réalisées par le commissaire aux comptes en lien avec la direction des affaires financières, plusieurs recommandations relatives à la trésorerie (contrôle de caisse, règlement des patients), aux immobilisations, au contrôle interne, à la gestion des accès, aux stocks, ont pu être formulées.

Dans la mesure où certaines recommandations présentent un risque important ou majeur au regard de la fiabilité et de la qualité des comptes, la chambre recommande à l'établissement de finaliser la mise en œuvre des recommandations du CAC à l'exception de celles relatives à la trésorerie et au contrôle de caisses pour lesquelles les réserves ont été levées en 2019.

⁴⁸ Compte tenu des capacités d'investissement limitées, un arbitrage budgétaire de 540 000 € en 2022 a été décidé sur la base d'un montant prévisionnel de 2,66 M€.

⁴⁹ Règlement des autorités des normes comptables (ANC) 2016-07 modifiant le règlement ANC 2014-03 relatif au plan comptable général.

2.2 Les principes de la comptabilité doivent être mieux appliqués

La qualité des comptes assurant le respect des principes comptables implique, entre autres, la conformité des comptes aux règles et procédures en vigueur, la permanence des méthodes afin d'assurer la comparabilité entre exercices comptables et la fiabilité des écritures comptables dont la pertinence et l'intelligibilité visent à donner une image fidèle de la situation financière.

Principe de régularité et de sincérité selon la nomenclature comptable M21⁵⁰

La comptabilité est conforme aux règles et procédures en vigueur qui sont appliquées avec sincérité afin de traduire la connaissance que les responsables des comptes ont de la réalité et de l'importance relative des événements enregistrés. Ce principe n'est pas nouveau, mais l'état des prévisions des recettes et des dépenses rend compatible son respect avec celui des crédits autorisés.

Principe de la permanence des méthodes

La cohérence des informations comptables au cours des périodes successives implique la permanence dans l'application des règles et procédures. Toute exception à ce principe de permanence doit être justifiée par un changement exceptionnel dans la situation de l'établissement ou par une meilleure information. Lors du changement de méthodes comptables, il convient de calculer de façon rétrospective, l'effet de la nouvelle méthode comme si elle avait toujours été appliquée. L'impact du changement déterminé à l'ouverture est imputé en report à nouveau dès l'ouverture de l'exercice. Ainsi, l'annexe doit fournir, dès lors qu'elles sont significatives, les informations relatives aux changements de méthodes comptables et notamment la justification de ce changement.

Des écarts sont relevés entre les soldes intermédiaires de gestion (SIG) calculés à partir des comptes financiers communiqués par l'établissement et ceux déterminés à partir des rapports du commissaire aux comptes. Ils s'expliquent par des saisies opérées par l'établissement ayant des conséquences sur le titre ou le solde auquel les données se rattachent.

Si les montants liés aux résultats financiers, résultat net et à la capacité de financement sont fiables, les autres soldes ne sont pas cohérents et rendent l'exploitation de la situation financière difficile.

L'écart est notamment significatif pour les charges externes et les charges de personnel en raison d'une imputation comptable des honoraires médicaux modifiée à partir de 2018. L'établissement les intègre ainsi dans les charges de personnel alors que le plan comptable général comme la nomenclature M21 applicable aux établissements publics de santé les reprend en charges externes (cadre normalisé opposable aux ESPIC). Or, cette différence influe en premier lieu sur l'excédent brut d'exploitation qui passe de 17,23 M€ pour l'établissement à 6,84 M€ pour le CAC et sur les principaux indicateurs des SIG.

⁵⁰ Arrêté du 17 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 16 juin 2014 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé.

Tableau n° 4 : Extrait écart SIG CAC / comptes financiers

<i>En €</i>		2017	2018	2019	2020	ECART
CHARGES EXTERNES	Source CAC	60 054 575	60 931 222	61 999 502	60 436 698	34 842 503
	Source CF	57 384 154	25 773 601	25 058 252	25 594 196	
CHARGES DE PERSONNEL	Source CAC	43 212 422	45 081 581	43 702 134	46 464 303	- 31 823 849
	Source CF	43 212 422	77 548 682	77 792 995	78 288 151	
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	Source CAC	- 752 666	- 2 953 534	- 2 843 042	6 840 069	- 10 387 484
	Source CF	10 080 212	9 076 573	9 615 981	17 227 553	

Source : Hôpital Européen.

Les provisions, passant de 14,40 M€ à 19,08 M€, reposent sur des évaluations sincères et justifiées.

2.3 Des outils de comptabilité analytique disponibles insuffisamment exploités

La comptabilité analytique hospitalière constitue un outil d'aide au pilotage. Elle est à la source de toute démarche d'analyse des équilibres internes hospitaliers, dont l'objectif est d'examiner leur contribution au résultat final. Outil de diagnostic, elle permet de repérer les secteurs d'activités qui nécessitent un traitement adapté et un suivi particulier. Outil de dialogue médico-économique, la comptabilité analytique permet les échanges entre acteurs reliant approche médicale par l'analyse des recettes issues des séjours dans le contexte de tarification à l'activité et approche gestionnaire par les dépenses associées. Outil de comparaison, elle permet aux responsables hospitaliers de disposer d'éléments comparatifs internes ou avec d'autres établissements de mêmes caractéristiques au service de la prise de décision.

Selon l'établissement, faute d'existence d'un dialogue de gestion et d'une organisation par pôle, la stratégie de la comptabilité analytique est réductrice. Elle constitue un outil permettant d'affecter les coûts aux spécialités génératrices d'activité et de chiffre d'affaires.

À cette fin, les activités de l'Hôpital Européen sont décomposées en unités fonctionnelles au sein d'un fichier de structure. Cette démarche analytique est couplée par des études médico-économiques permettant de calculer la marge sur les coûts variables des activités. Des rencontres annuelles médico-économiques sont organisées avec les professionnels médicaux et paramédicaux de chaque spécialité avec pour finalité d'analyser leur activité, le projet médical de la spécialité et un retour sur leur contribution au résultat de la structure.

Deux faiblesses sont à relever qui concernent l'affectation des coûts fixes sur la base d'une clé de répartition qui n'est pas réalisée « en routine⁵¹ ainsi que l'absence d'exploitation du travail de retraitement comptable hospitalier mené par l'établissement.

Si des outils de requêtage existent, l'établissement justifie un usage limité de la comptabilité analytique par la taille réduite de l'équipe de contrôle de gestion.

Bien que des données de comptabilité de gestion soient disponibles, et que des analyses médico-économiques permettent d'arbitrer des investissements ou de nouvelles activités, il n'en demeure pas moins que l'Hôpital Européen dispose d'une marge de progrès manifeste au regard du degré de maturité attendu.

2.4 Un niveau élevé de créances à recouvrer

Une des méthodes du contrôle interne consiste à investiguer le circuit de la facturation ; élément déterminant de sécurisation des recettes. L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 précise que la dérogation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés non lucratifs pour les séjours⁵² prend fin au 1^{er} mars 2022. Sur ce point, l'enjeu pour l'établissement qui va devoir passer d'une valorisation anonymisée mensuelle et cumulée à une facturation individualisée au fil de l'eau, est de produire une facturation exhaustive et de qualité. Ce travail suppose un niveau de maîtrise élevé en matière de recueil et de complétude des données de séjour.

Or, l'établissement est confronté à un niveau de créances patients préoccupant : l'indicateur relatif aux créances patients et mutuelles non recouvrées en jours d'exploitation est toujours supérieur à 150 sur la période 2017-2020 alors qu'un niveau inférieur à 90 jours est recommandé. S'il permet de mesurer le délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients hospitalisés ou externes et les mutuelles et ainsi d'apprécier le risque d'impayés, l'indicateur met en outre en évidence le niveau de performance de l'organisation liée à la facturation et au recouvrement.

Le niveau de créances s'explique en partie par l'accueil de patients en situation de précarité (15 % contre 8 % pour l'AP-HM et l'Hôpital Saint-Joseph). À ce titre, l'établissement a perçu une subvention dite « précarité » d'un montant de 1,5 M€ en 2021, financée dans le cadre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC).

⁵¹ D'après l'Hôpital Européen, afin de couvrir à minima les coûts fixes, toute activité doit pouvoir dégager une marge de l'ordre de 15 à 20 % sur les coûts variables.

⁵² La facturation individuelle des établissements de santé est depuis janvier 2015 généralisée pour les actes et consultations externes.

Tableau n° 5 : Évolution des créances « patients et mutuelles »

	2017	2018	2019	2020
Montant créances patients	5 096 918 €	4 890 304 €	5 998 132 €	4 567 815 €
Créances patients non recouvrées exprimées en nombre de jours d'exploitation*	159,18	152,15	183,08	174,84

* Indicateur Hospidiag : solde du compte créances clients au 31/12 rapporté aux produits de titre 2.

Source : Hôpital Européen.

L'établissement a été sollicité par l'agence nationale de l'appui à la performance (ANAP) en juillet 2019 pour expérimenter un outil d'évaluation des compétences de la chaîne « accueil, facturation, recouvrement » (AFR). L'application permet de mettre en évidence les points forts et faibles des équipes à partir de diagnostics ciblés. Au terme de l'expérimentation, plusieurs actions correctrices ont été identifiées et sont en cours de traitement. Dans la continuité, un audit du circuit de facturation interne a été réalisé courant 2021 dont la restitution s'est faite le 27 octobre 2021. Un nouveau plan d'actions a été défini comprenant 37 actions d'améliorations, dont 11 étaient déjà réalisées.

Ces éléments sont de nature à conduire l'établissement à analyser son processus de production de la facture, à sécuriser son dispositif de contrôle, à cartographier les risques et à adapter leurs organisations. De fait, l'hôpital indique que les indicateurs existants (suivi bimensuel des dossiers sans actes pour correction, suivi mensuel des taux et motifs de rejets et délai de codage et de facturation) doivent encore être complétés.

Si la chambre observe les engagements de l'établissement en faveur de l'amélioration du circuit de facturation, elle l'encourage à accélérer les changements et à finaliser la réalisation des actions retenues.

2.5 Une fonction de codage structurée et globalement satisfaisante

L'organisation établie au sein du DIM permet une exploitation efficace de l'analyse de l'activité grâce à un système de codage satisfaisant.

Avec 10,6 ETP⁵³ et un rattachement direct à la direction financière, l'Hôpital Européen s'est doté de moyens assurant la maîtrise de l'information médicale à travers la fonction de codage, fonction déterminante pour valoriser l'activité d'un établissement de santé financé par T2A.

Plusieurs niveaux de contrôle interne sont structurés afin de fiabiliser le codage des diagnostics et des actes.

Cette structuration garantit un repérage important d'erreurs facilitant la régularisation de la codification par le DIM des sous-codages essentiellement. La qualité générale du codage est évaluée pour partie *via* le tableau OVALIDE sur E-PMSI. Interrogé sur l'efficacité de cette organisation et le recueil d'indicateurs, l'établissement a indiqué qu'il ne disposait pas d'éléments d'analyse de synthèse.

⁵³ 1 ETP médecin, 2,8 ETP secrétariat et 6,8 ETP technicien de l'information médicale.

Si la qualité du contrôle de codage est à souligner, la mise en place d'une analyse synthétique et qualitative permettant d'apprécier l'efficacité du dispositif existant viendrait compléter le dispositif.

En outre, l'implication des médecins dans le processus de codage et *in fine* sur la facturation nécessite, compte tenu des évolutions réglementaires et tarifaires fréquentes et des retours d'expérience, une organisation plus décentralisée de l'information par le DIM auprès de la communauté médicale. Des temps d'échanges entre DIM et certaines spécialités (réanimation, urgences, cardiologie...) existent ; l'élargissement à d'autres spécialités compte tenu de la spécificité médicale libérale comme la formalisation des éléments restent à organiser.

3 UNE SITUATION FINANCIÈRE FRAGILE

Les règles budgétaires et financières des établissements de santé à but non lucratif sont précisées dans l'instruction budgétaire et comptable M21.

L'Hôpital Européen dispose d'un seul budget et l'analyse des données budgétaires et financières porte sur les exercices 2017 à 2020, en l'absence du vote du compte financier 2021.

3.1 Des soldes intermédiaires de gestion en progression sous l'effet des aides budgétaires

L'analyse des soldes intermédiaires de gestion issus des rapports du CAC entre 2017 et 2020 met en évidence une amélioration de la rentabilité de l'établissement (Cf. annexe n° 4).

De 2017 à 2020, les dépenses sont moins dynamiques que les recettes et permettent l'amélioration de la situation budgétaire. Si la progression du chiffre d'affaires (+ 11,79 %) est constante, il faut en relativiser l'évolution sous l'effet d'une part de l'augmentation des achats consommés (11,35 %) et d'autre part, de la hausse des charges de personnel (+ 7,53 %), et ce, malgré une maîtrise des charges externes.

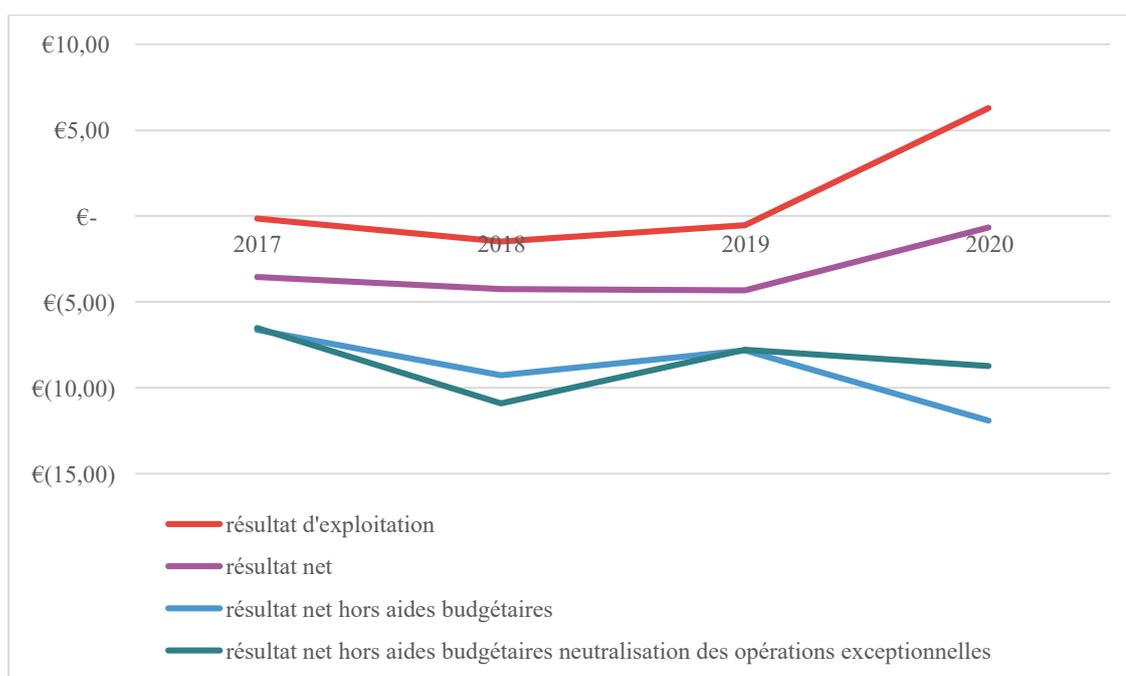
3.1.1 Une amélioration des résultats grâce aux aides budgétaires

Le résultat d'exploitation est déficitaire durant toute la période sauf en 2020, l'évolution s'explique par un rythme de progression des produits supérieur à celui des charges, qui stagnent sur la période. Si la hausse d'activité comme l'optimisation des séjours conjuguée à une maîtrise des charges externes entraîne une amélioration de la situation, le retour à l'équilibre résulte principalement d'une hausse des aides à la contractualisation.

Sous l'effet de la crise COVID-19, l'exercice 2020 apparaît atypique, avec notamment une augmentation importante des produits de 8 M€ entraînant un résultat d'exploitation excédentaire de 6,28 M€ et un résultat net à l'équilibre. Or, hors aides budgétaires, le résultat cumulé serait déficitaire de 11,92 M€.

Nonobstant les efforts de la structure, l'équilibre économique de l'Hôpital Européen est conditionné aux aides versées par l'ARS. Le président de la Fondation Hôpital Ambroise Paré précise que la garantie de financement et les facilités de remboursement obtenues des organismes financiers sur les prêts et les crédits baux expliquent également l'amélioration de la situation financière.

Graphique n° 3 : Évolution des résultats



Source : comptes financiers.

Le résultat courant se dégrade en 2018 pour s'améliorer sur 2019 et 2020 sur la même trajectoire que le résultat d'exploitation ; le résultat financier est structurellement déficitaire en raison du paiement des intérêts des emprunts pour financer la construction du nouvel hôpital. Durant toute la période, le résultat financier négatif résulte des intérêts et charges assimilées qui constitue 99,97 % des charges financières et 2,10 % des charges totales en 2020.

Le résultat exceptionnel enregistre une hausse sur 2018 pour finalement se dégrader en 2020 passant à un solde déficitaire de 3,4 M€. Cette tendance s'explique par l'augmentation significative des charges exceptionnelles entre 2019 et 2020 passant de 4,73 M€ à 8,49 M€.

3.1.2 L'examen des principaux indicateurs financiers

L'excédent brut d'exploitation (EBE) est déficitaire entre 2017 et 2019, avec un rebond significatif en 2020 de 6,84 M€. Le chiffre d'affaires connaît une hausse significative entre 2019 et 2020 (11,1 M€) alors que la hausse des charges de personnel est limitée de 2,76 M€ et que le poids des charges externes se réduit. Entre 2017 et 2018, une variation du poste « autres produits et charges d'exploitation » s'explique par une reprise sur amortissements, dépréciations et provisions. Durant les trois premières années, l'EBE ne permet pas de couvrir les dotations aux amortissements et aux provisions.

Tableau n° 6 : Bilan fonctionnel

En euros	2017	2018	2019	2020
Fonds de roulement	- 6 040 983	3 266 130	- 4 728 570	13 952 829
Fonds de roulement net global en jours de charges courantes	- 16,8	8,9	- 12,6	37,1
Besoin en fonds de roulement calculé	- 10 738 812	- 8 095 473	- 10 513 567	- 7 654 322
Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes	-29,8	- 22,0	- 28,0	- 20,4
Trésorerie calculée	4 697 829	11 361 604	5 784 997	21 607 151
Trésorerie en jours de charges courantes	13,0	30,9	15,4	57,5

Source : comptes financiers.

Le fonds de roulement mesure la capacité de l'établissement à financer le cycle d'exploitation par des ressources stables. D'importantes variations sont constatées entre 2017 et 2020. En 2018, sont inscrits en emploi 9,15 M€ d'immobilisations en cours et 1,95 M€ au titre de la participation au groupement de coopération.

La trésorerie est satisfaisante et s'améliore significativement en 2020, passant de 4,7 M€ à 21,6 M€ soit 57,5 jours de charges courantes. Elle est toutefois soutenue par le niveau des dettes fournisseurs et des dettes sociales et fiscales.

Principal indicateur de l'équilibre financier, la marge brute traduit la capacité de l'établissement à couvrir par les recettes de son activité les investissements courants ainsi que les charges financières, les amortissements et les provisions. Le taux de marge brute hors aides se situe entre 7 % et 8 % selon la circulaire du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

Le taux de marge brute diminue entre 2017 et 2019, se situant en-deçà de la cible recommandée, puis augmente significativement en 2020 pour atteindre 11,1 %. Au cours de la même période, le taux de marge brute hors aides pérennes diminue passant de 4,6 % à 1,4 % ; ce taux est inférieur au niveau considéré comme nécessaire pour assurer le renouvellement des investissements courants de 3 %⁵⁴.

Tableau n° 7 : Évolution du taux de marge brute

	2017	2018	2019	2020
Taux de marge brute	7,2 %	5,9 %	6 %	11,1 %
Taux de marge brute hors aides pérennes en AC	4,6 %	0,8 %	3,3 %	1,4 %

Source : comptes financiers.

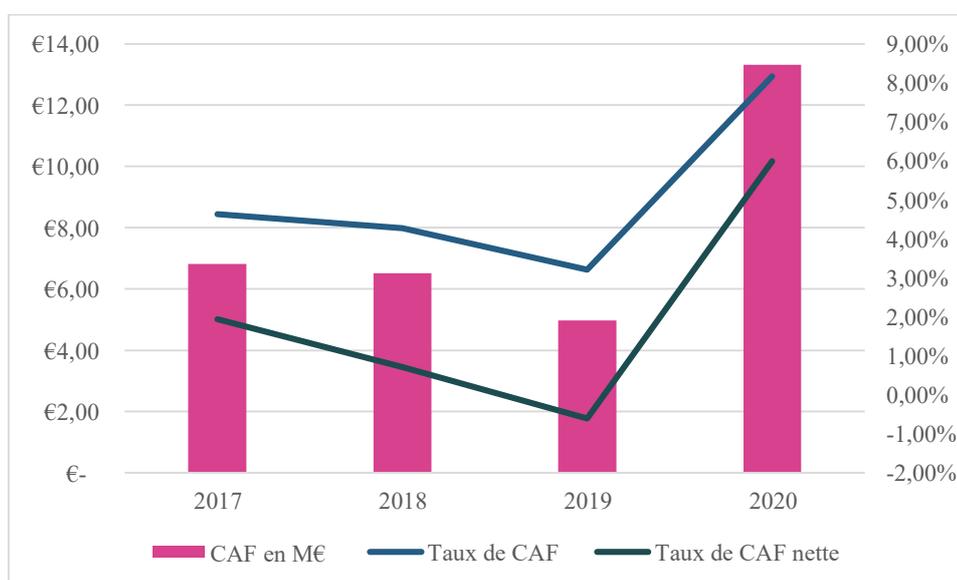
⁵⁴ L'instruction ministérielle du 4 mars 2016 indique qu'il y a lieu de retraiter la marge brute des aides financières reçues : aides à l'investissement comptabilisées en exploitation et aides ponctuelles budgétaires. La marge brute non aidée doit financer l'investissement courant incompressible estimé à 3 % des produits d'exploitation et le service de la dette.

La marge brute hors aides de l'Hôpital Européen reste insuffisante durant la période analysée. La sensible amélioration en 2020 ne permet pas de conclure au rétablissement durable de la situation.

La situation financière de l'hôpital Européen se caractérise par la nécessité d'aides extérieures pour retrouver un équilibre financier, soutiens également déterminants pour couvrir les besoins d'investissement à venir.

La capacité d'autofinancement permet de financer sur ressources propres les investissements ou le remboursement de dettes. Elle caractérise l'excédent de ressources internes dégagé par l'activité de l'établissement.

Graphique n° 4 : Analyse de l'autofinancement



Source : comptes financiers.

Les indicateurs se dégradent au cours de la période 2017-2019 avec notamment un taux de CAF nette négatif en 2019 représentant une insuffisance d'autofinancement. Cette évolution s'explique par une évolution plus rapide des charges d'exploitation que des produits.

En 2020, les indicateurs repartent significativement à la hausse sous l'effet de la hausse importante des produits d'exploitation dont les crédits non reconductibles (+ 6,3 M€).

3.2 Une progression des produits d'exploitation

Les produits d'exploitation d'un montant de 163 M€ en 2020 progressent de 15,9 M€ par rapport à 2017 (+ 10,8 %).

Tableau n° 8 : Évolution des produits par titre

En €	2017	2018	2019	2020	Évolution 2017/2020	Variation montant
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	124 392 036	124 983 232	128 118 104	139 101 146	11,83 %	14 709 110
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	8 898 913	9 031 356	9 215 475	8 153 063	- 8,4 %	- 745 850
Titre 3 - Autres produits	13 887 160	18 651 960	17 709 472	15 807 336	13,8 %	1 920 176
TOTAL PRODUITS	147 178 110	152 666 548	155 043 050	163 061 544	10,79 %	15 883 435

Source : comptes financiers et balances générales des comptes 2017-2020 Hôpital Européen.

3.2.1 Les produits versés par l'assurance maladie

Les produits versés par l'assurance maladie (Titre 1 de l'EPRD) concernent les produits d'hospitalisation, les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique ainsi que ceux du fonds d'intervention régional. Entre 2017 et 2020, ils ont augmenté de 12 %. La hausse est similaire pour les produits d'hospitalisation (12 %) tandis qu'elle est de 16 % pour les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique. Cette évolution est en corrélation avec celle relative à l'activité.

Le montant des produits forfaitaires, constitués des aides financières de l'ARS dont les missions d'intérêt général (MIG), les aides à la contractualisation (AC) et le fonds d'intervention régional (FIR), passe de 10 M€ à 18,5 M€ entre 2017 et 2020 soit une hausse de 87 % (Cf. annexe n° 5). Cette hausse s'explique essentiellement par l'évolution importante des aides à la contractualisation budgétaires sur 2020 en raison de la crise COVID-19, dont deux subventions accordées⁵⁵ par l'ARS PACA pour ce dispositif de 4,15 M€.

Durant la période sous revue, l'établissement a perçu treize subventions d'exploitation au titre du FIR pour un montant légèrement en baisse passant de 1,92 M€ à 1,79 M€.

L'Hôpital Européen doit porter une attention particulière à l'évolution des crédits perçus au titre du forfait relatif à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), accordés en fonction de l'amélioration de la prise en charge des patients.

L'établissement n'est pas en mesure d'évaluer les conséquences financières de la réforme sur le financement des urgences. Une gestion anticipée est néanmoins nécessaire et suppose une prospective budgétaire plus fine en lien avec le renforcement du contrôle de gestion.

Conséquence directe de la crise COVID-19, la baisse d'activité a entraîné une perte de recettes importante portant notamment sur la valorisation des séjours GHS *via* l'assurance maladie. Au titre de l'année 2020, l'établissement déclare 18,53 M€ soit 17,5 % de perte de recettes. En 2021, l'établissement déclare un montant des pertes de recette de 9,95 M€ soit 8,9 %, niveau se situant légèrement au-dessus par rapport à la baisse d'activité des séjours.

⁵⁵ Deux subventions au titre des surcoûts COVID pour un montant total de 4 146 141 € dont 112 964 € d'investissements.

3.2.2 Les autres produits de l'activité hospitalière

Les produits de l'activité hospitalière sont les produits enregistrés au titre 2. Ces produits non pris en charge par l'assurance maladie sont ceux restant à la charge des patients ou des organismes de protection complémentaire, les produits sur patients étrangers non assurés sociaux en France et les produits sur les malades d'autres établissements de santé.

Ces produits s'élèvent à 8,15 M€ en 2020 soit 5 % du total des produits. Du fait de la crise sanitaire, ils sont en retrait au cours de la période 2017-2020 de 8,38 %.

Les recettes issues du reste à charge pour les patients (ticket modérateur) augmentent sensiblement entre 2017 et 2019 soit 8,33 %. L'augmentation est particulièrement marquée pour l'activité ambulatoire et caractérise l'engagement de l'établissement en ce sens. La tendance haussière se confirme avec une augmentation nette de 9 % des recettes liées aux actes et consultations externes, l'évolution est comparable pour le forfait journalier.

Les données issues de 2020 sont à examiner à la lumière de la crise sanitaire et de la baisse de l'activité. Ainsi, la perte des recettes relevant des autres produits de l'activité hospitalière s'élève à 1,1 M€ en 2020 et 0,3 M€ en 2021 par rapport à 2019. Seules les recettes issues de l'activité d'hospitalisation complète augmentent légèrement entre 2019 et 2020 de 0,18 M€.

3.2.3 Les autres produits

Les autres produits relevant du titre 3 de l'EPRD sont constitués des reprises sur amortissements, dépréciations et provisions, des ventes de produits et services et des autres produits de gestions courantes.

Les reprises sur amortissement, dépréciations et provisions représentent 49 % du titre 3 en 2020, elles évoluent significativement entre 2017 et 2020 passant de 4,75 M€ à 7,8 M€.

Les ventes de produits représentent 35,40 % du titre 3 en 2020 et se composent des recettes provenant des activités subsidiaires, soit les prestations de services, les ventes de marchandises et les produits des activités annexes comme la facturation des chambres particulières dont le montant des recettes est passé de 1,98 M€ en 2017 à 1,1 M€ en 2020. La diminution de ces produits s'explique par la nécessité d'isoler les patients en chambre simple durant la crise sanitaire.

Les « autres produits de gestion courante » passent de 2,7 M€ en 2017 à 1 M€ par la forte baisse de l'activité. Cette perte n'est pas compensée par la garantie de financement.

3.3 Une évolution contenue des charges d'exploitation

De 2017 à 2020, les charges de personnel représentent en moyenne 52,42 % des charges d'exploitation contre 21,8 % pour les charges à caractère médical, 11,42 % pour les charges à caractère hôtelier et général, et 14,35 % pour les autres charges (amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles).

Les charges évoluent moins vite que les produits, 8,62 % contre 11 %. Si la baisse des charges relatives aux achats à caractère hôtelier et général est constatée, la hausse des dépenses du titre 1 et du titre 4 est marquée.

Tableau n° 9 : Évolution des charges par titre

En €	2017	2018	2019	2020	Evolution 2017/2020	Variation montant
Titre 1 - Charges de personnel	79 313 602	82 460 134	84 082 378	84 792 530	6,91 %	5 478 929
Titre 2 - Charges à caractère médical	33 825 807	33 270 006	35 660 602	34 740 737	2,70 %	914 929
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	18 346 765	18 478 846	17 568 485	17 665 881	- 3,71 %	- 680 885
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, dépréciations financières et exceptionnelles	19 243 670	22 716 588	22 054 200	26 518 598	37,80 %	7 274 928
TOTAL CHARGES	150 729 844	156 925 574	159 365 665	163 717 746	8,62 %	12 987 902

Source : comptes financiers et balances générales des comptes 2017-2020 Hôpital Européen.

3.3.1 Les charges de personnel

En 2020, les charges de personnel constituent le premier poste de dépenses. Elles évoluent de 6,9 % sur la période traduisant notamment le développement de nouvelles activités. La hausse de 3,8 % en 2018 s'explique par l'effet en année pleine des embauches de 2017 et des effectifs supplémentaires (+ 23 ETP) dans le cadre de nouveaux services déployés. Elle intègre l'application de revalorisations de salaires conformément à la convention collective.

Les dépenses de rémunération du personnel non médical augmentent significativement entre 2017 et 2020 passant de 29,7 M€ à 32,9 M€ (+ 10,9 %) en raison de la crise COVID-19 et des revalorisations salariales qui en découlent. L'augmentation des charges de personnel contractuel à durée indéterminée est de 12 %. Si les charges relatives au personnel contractuel progressent globalement de 8 %, la tendance est à la baisse entre 2017 et 2019 puis, sous l'effet de la crise COVID-19, repart à la hausse (+ 24,6 %).

Les dépenses de rémunération du personnel médical augmentent de 1,59 % entre 2017 et 2020. Celles relatives aux praticiens permanents évoluent faiblement passant de 0,45 M€ en 2017 à 0,54 M€ en 2020 en raison du recours important aux praticiens libéraux (rémunérés à l'acte). En revanche, les dépenses relatives aux médecins libéraux fluctuent sur la période entre 28,9 M€ et 29,3 M€ en 2020 avec une pointe en 2019 à 32 M€. Les dépenses résultant de la permanence des soins diminuent entre 2017 et 2019 pour rebondir en 2020, elles sont minorées de 6,4 % durant la période sous contrôle. La baisse est confirmée en projection à l'EPRD 2021.

Les dépenses de personnel externe sont en forte progression (17,5 % entre 2017 et 2020). Cette tendance est en lien avec le rapprochement entre l'Hôpital Européen et l'Hôpital St-Joseph *via* l'association Audeam dans le cadre de mise à disposition du personnel notamment en 2019 et 2020. L'augmentation se poursuit en 2021 avec une hausse prévisionnelle de 18,7 %.

3.3.2 Les charges à caractère médical

L'évolution des charges à caractère médical est maîtrisée au cours de la période 2017-2020 à 2,7 %. Hormis les dépenses des produits pharmaceutiques et des fournitures médicales qui augmentent respectivement de 56 % et 5,8 % entre 2017 et 2020, les autres postes de dépenses diminuent.

En 2019, une hausse de 7,2 % des dépenses soit 2,4 M€ est constatée. Le rapport de gestion 2019 relativise cette tendance due au mécanisme de rétrocession des médicaments, l'évolution des charges à caractère médical ainsi corrigée est de 1,7 M€.

Tableau n° 10 : Évolution des charges à caractère médical

En €	2017	2018	2019	2020	Évolution 2017-2020
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	9 359 819	9 492 958	12 476 647	14 601 194	56 %
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	11 634 040	11 270 294	10 265 723	8 851 382	- 24 %
Fournitures médicales	660 701	661 496	641 777	698 785	6 %
Variation des stocks à caractère médical			63 228	133 757	
Sous-traitance générale	6 479 414	6 196 212	6 508 451	6 010 260	- 7 %
Locations à caractère médical	4 270 702	4 400 946	4 494 373	3 109 656	- 27 %
Entretiens et réparations de biens à caractère médical	1 421 132	1 248 101	1 210 403	1 335 703	- 6 %
TOTAL CHARGES TITRE 2	33 825 807	33 270 006	35 660 602	34 740 737	3 %
EVOLUTION ANNUELLE		- 1,6 %	7,2 %	- 2,6 %	

Sources : comptes financiers.

3.3.3 L'analyse des autres charges

Enregistrées au titre 3, les dépenses à caractère hôtelier et général reculent de 3,7 %. Cette baisse est particulièrement marquée entre 2018 et 2019 (- 4,9 %) et résulte principalement de la diminution de trois postes : les locations de crédit-bail (- 72,4 %), les autres charges de gestion courante (- 56,4 %), puis les impôts et taxes (- 29,2 %). En 2020, l'établissement a obtenu le report de six mois des échéances des crédits-baux. Il a fait le choix d'alterner le recours au crédit-bail et à la location pour les biens mobiliers. Initialement, la stratégie de l'établissement a été de financer la majeure partie des équipements mobiliers en crédit-bail aux motifs suivants : préservation d'un certain niveau de trésorerie, taux d'intérêts faibles auxquels s'ajoutent un niveau d'endettement élevé corrélé à une capacité d'investissement quasi nulle. Depuis, l'Hôpital Européen, du fait de la remontée des taux, entend « *panacher le recours au crédit-bail et l'autofinancement* ». L'établissement précise que le recours à la location constitue une alternative intéressante pour du matériel à forte évolution technologique dès lors que la levée d'option ne paraît pas pertinente.

Le recul des autres charges de gestion courante provient essentiellement des refacturations au GIE Hôpital Européen. Entre 2017 et 2019, l'ensemble des charges du GIE hors personnel et contrats de prestations externes était enregistré sur les autres charges diverses (compte 658800). En 2020, l'établissement a décidé d'affecter les charges par nature dans le cadre de la construction d'un plan de compte unique entre Hôpital Européen et Hôpital St-Joseph pour les besoins de la nouvelle gestion économique et financière (GEF).

Enfin, la baisse du montant des impôts est la conséquence de la révision du calcul de la taxe foncière en 2018.

Entre 2017 et 2020, les restes à recouvrer augmentent de 1,13 %. Leur taux de provisionnement⁵⁶ passe de 7,85 % à 9,31 %, ce qui apparaît acceptable. Selon les rapports des comptes financiers, les restes à recouvrer correspondent essentiellement à ceux des caisses de sécurité sociale (75,44 %) mais compte tenu des enjeux financiers importants, l'établissement doit continuer à maintenir une évaluation sincère et objective de ces éléments.

Le montant des pertes sur créances irrécouvrables progresse entre 2017 et 2019 et se rétracte en 2020. Selon l'établissement, les créances passées en perte concernent principalement les créances des patients arrivés la nuit aux urgences sans moyen de paiement ; ce volume doit être minoré des règlements perçus (organismes de régime obligatoires et complémentaires pour l'essentiel) pour lesquels il indique ne pas avoir trouvé d'imputation et qu'il solde dans la même temporalité que la créance.

⁵⁶ Rapport entre le montant des restes à recouvrer et le montant des dépréciations pour comptes de tiers.

Tableau n° 11 : Restes à recouvrer et dépréciation de comptes de tiers

Restes à recouvrer - Créances d'exploitation en €	2017	2018	2019	2020	Évolution 2020/2017
Hospitalisés consultants	1 588 063	2 007 648	1 962 239	2 223 772	40,03 %
Caisse de sécurité sociale	16 422 005	17 443 436	16 634 376	17 017 707	3,63 %
Autres tiers payants	3 508 856	2 882 656	4 035 793	2 344 044	- 33,20 %
Autres	218 463	313 061	495 034	396 808	81,64 %
Sous-total créances	21 737 386	22 646 801	23 127 442	21 982 330	1,13 %
c/49 Dépréciation comptes de tiers	1 707 225	1 848 065	1 705 176	2 059 282	20,62 %
TOTAL Créances - dépréciations	20 030 161	20 798 736	21 422 266	19 923 049	- 0,53 %
Taux de provisionnement des restes à recouvrer	7,85 %	8,16 %	7,37 %	9,37 %	19,28 %
Pertes sur créances irrécouvrables (c654)	730 860	857 630	936 268	685 531	- 6,20 %

Source : retraitement CRC à partir des données issues des comptes financiers.

Le ralentissement de l'évolution des charges n'est pas la résultante d'économies engagées par l'établissement mais la conséquence de facteurs extérieurs indépendants ou de changement d'imputation comptable. La direction de l'hôpital indique avoir renégocié certains contrats dont celui de la maintenance des bâtiments en 2017 ou de la blanchisserie en 2019 pour réduire les dépenses afférentes, ce qui a généré une économie de 1,3 M€ durant la période. Dans le même temps, les dépenses relatives aux services extérieurs, représentant deux tiers des charges du titre 3, ont augmenté jusqu'à 16,8 %.

Les autres charges issues du titre 4 représentent 14,35 % en moyenne des charges totales et comprennent les charges financières (13 %), les charges exceptionnelles (15,3 %) et les dotations aux amortissements et provisions (71,7 %). Les charges du titre 4 ont augmenté de 37,80 % durant la période sous revue.

3.3.4 La compensation des surcoûts liés à la crise COVID-19

L'Hôpital Européen déclare un montant de 17,89 M€ sur 2020 et 2021 au titre des surcoûts COVID-19 dont 6,76 M€ au titre de la compensation de la perte d'activité des médecins libéraux, les données 2021 étant, selon l'établissement, sous-évaluées.

Les dépenses liées à la crise COVID se déclinent comme suit : 7,3 M€ au titre des charges de personnel dont 6,03 M€ à destination du personnel non médical (prime dispositif COVID, heures supplémentaires et dépenses d'intérim incluses) ; 1,25 M€ pour la permanence des soins ; 2,25 M€ pour les dépenses à caractère médical ; 0,50 M€ pour les dépenses à caractère général et 1,07 M€ d'investissement.

En compensation, l'établissement a perçu 15,9 M€ sur la base notamment de la garantie de financement⁵⁷, l'impact des déprogrammations et de la baisse d'activité n'a pas eu de conséquence négative sur les recettes de titre 1, au contraire, elles ont été majorées.

Tableau n° 12 : Compensation des surcoût COVID-19

Intitulé	2020	2021
Surcoûts COVID-19	4 033 177 €	7 093 246 €
Compensation pertes recettes (TM/FJ) - champ MCO	617 225 €	480 701 €
Compensation tests RT-PCR - COVID-19 19	596 377 €	1 018 296 €
Vaccination		435 835 €
Prime exceptionnelle COVID-19 19 aux EBNL	1 352 926 €	
Total exploitation	6 599 705 €	9 028 078 €
Surcoûts COVID-19 - Investissements	112 964 €	187 088 €
Total investissement	112 964 €	187 088 €
Total général	6 712 669 €	9 215 166 €

Source : données Hôpital Européen.

Un prêt garanti par l'État (PGE) d'un montant de 8 M€ a été contracté en mai 2020 par l'établissement pour permettre de couvrir les potentielles impasses de trésorerie alors que, par ordonnance du 25 mars 2020 n° 2020-309, l'État annonçait la garantie de financement. Qui plus est, l'État laissait le choix de le rembourser à l'issue des douze premiers mois ou de l'amortir sur une durée de cinq ans. L'établissement a d'abord justifié cet emprunt en raison de l'absence de précision sur les modalités de cette garantie de financement⁵⁸ et a indiqué ensuite que le conseil d'administration en séance du 17 mars 2021 avait décidé de son remboursement étalé sur cinq ans.

Selon l'établissement, la décision de ce prolongement s'appuie d'une part, par le faible taux d'intérêt (0,5 %) et d'autre part, par l'incertitude sur l'évolution de la crise sanitaire. En l'absence de projet d'investissement justifiant à court terme de le conserver, compte tenu de son niveau d'endettement et de résultats financiers meilleurs, l'établissement aurait pu saisir cette occasion pour rembourser rapidement cet emprunt.

En dépit des surcoûts présentés par l'Hôpital Européen, ce dernier enregistre des résultats financiers améliorés durant les deux années de la crise sanitaire.

⁵⁷ Ayant pour objet de compenser les effets des consignes de déprogrammation de l'activité des établissements et notamment de sécuriser la trésorerie des établissements.

⁵⁸ Les modalités de versement ont fait l'objet d'une publication par arrêté ministériel du 6 mai 2020.

3.4 L'endettement et le financement de l'investissement

3.4.1 Un investissement limité et financé principalement par crédit-bail

Entre 2017 et 2020, l'Hôpital Européen a réalisé des investissements limités à hauteur de 14,65 M€ dont 91,75 % au titre de travaux.

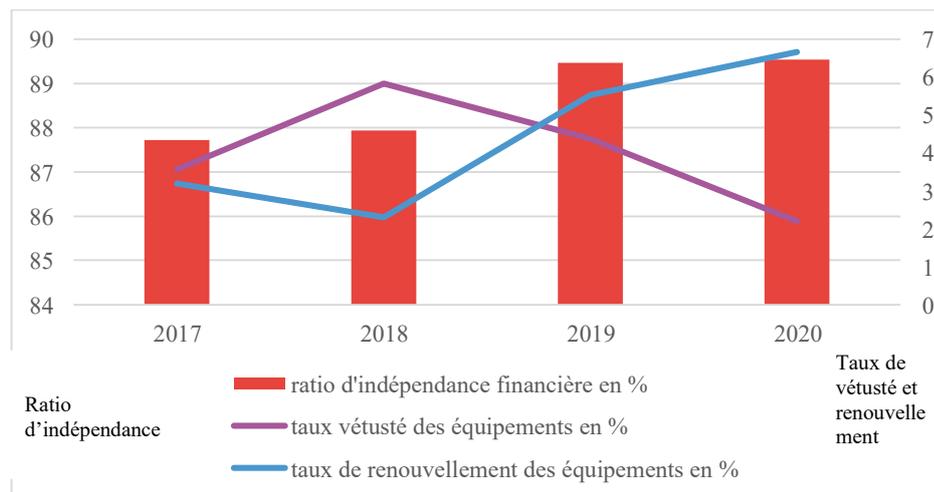
Ce niveau faible d'investissement s'explique principalement par la jeunesse de l'établissement et par un bâtiment récent, datant de 2013. Deux autres éléments concourent à cette situation : d'une part le renouvellement des équipements dont la quasi-totalité des équipements médicaux est intégrée en exploitation par un financement par crédit-bail et d'autre part, des investissements informatiques qui sont réalisés au sein du GIE Hôpital Européen.

Néanmoins, cette situation est aussi la conséquence de difficultés structurelles combinant résultat d'exploitation déficitaire et niveau d'endettement très élevé.

Les investissements sont financés par l'autofinancement auquel s'ajoute l'emprunt ; seules deux subventions d'investissements ont été obtenues pour un montant total de 487 989 € pour la création d'un troisième salon des familles et la sécurisation des établissements de santé. En 2018, l'établissement a engagé le projet de création de six salles de bloc opératoire dans le cadre du virage ambulatoire pour un montant de travaux évalué à 9 M€.

L'établissement finance ses équipements au moyen de crédits-baux. Ainsi, le taux de vétusté doit être retraité, les immobilisations n'apparaissant pas au bilan. Ce taux se détériore passant de 61 % en 2017 à 73 % en 2020 alors que le taux de renouvellement des équipements s'améliore sensiblement en lien avec son objectif d'affecter 40 % des capacités d'investissement aux équipements.

Graphique n° 5 : Analyse de la politique d'investissement – focus équipement



Source : tableaux ratios financiers – Hôpital Européen.

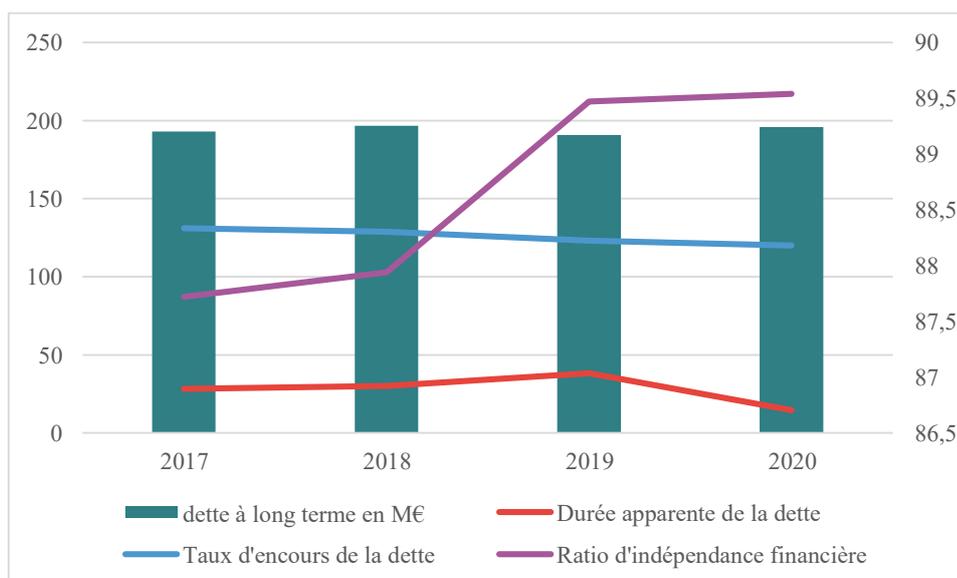
3.4.2 Un endettement lourd et préoccupant

Le capital restant dû au 31 décembre 2020 était de 195,83 M€, il évolue peu entre 2017 et 2020 (+ 2,85 M€). Il était de 187 M€ au 31 décembre 2021. Si le taux d'intérêt moyen est de 1,85 %, la dette à taux fixe représente seulement 10,15 % de la totalité des emprunts. Plusieurs ratios permettent d'apprécier le niveau d'endettement à moyen et long terme de l'établissement et le poids de la charge de la dette. Le niveau de risque des encours est faible.

Deux ratios servent à mesurer le niveau de l'encours de la dette : le ratio de durée apparente de la dette qui évalue la capacité de l'établissement à apurer sa dette, le ratio d'indépendance financière qui s'attache au respect des grands équilibres du bilan. Ceux de l'Hôpital Européen présentent des niveaux dégradés.

Les échéances d'emprunts ayant un profil croissant au fil des ans, atteignant un montant maximum en 2035, confirment l'engagement dès 2020 de l'établissement en faveur d'une renégociation de la dette globale. Cette renégociation doit permettre de travailler le profilage des échéances d'emprunt afin de limiter l'impact exponentiel sur les années à venir et de l'étirer dans le temps.

Graphique n° 6 : Évolution de l'encours de la dette



Source : Comptes financiers et Hospidiag.

L'amélioration des ratios de la dette inscrits au PGFP 2021-2025 qui prévoit un encours de la dette financière à long terme à 148 M€, un taux d'endettement à 85,29 %, une durée apparente de la dette à 11,6 et un taux d'indépendance financière à 86,67 %, se base sur une trajectoire excédentaire du résultat, combinant développement de l'activité et maîtrise des charges ; tout en supposant une aide extérieure pour la restauration des capacités financières.

Si la structure de la dette semble s'améliorer pour la période à venir, l'établissement étant engagé dès 2022 sur des travaux de renégociation, la situation demeure fragile en raison d'un encours de dettes élevé et d'une politique d'investissement limitée.

3.4.3 Le contrat de soutien à l'investissement : une aide indispensable à la restauration des capacités financières

Dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021⁵⁹, l'établissement a signé un contrat en date du 14 décembre 2021 avec l'ARS PACA en vue du versement annuel d'une dotation dédiée à la restauration des capacités financières à hauteur de 8,5 M€ au titre de 2021.

Initialement fixé à 38 M€, le montant de l'aide est porté à 42,8 M€ pour la période 2021-2029. Ce dispositif, en application de l'alinéa 2 de l'article 4 du contrat n'est pas exclusif d'autres soutiens financiers dont pourrait bénéficier l'établissement dans le cadre de dispositifs d'accompagnement des projets structurants. En contrepartie, l'établissement s'est engagé sur deux objectifs.

Le premier objectif concerne le processus d'assainissement de la trajectoire financière visant l'amélioration des ratios d'exploitation et de financement. L'indicateur de suivi proposé pour cet objectif est le taux de CAF nette. Cependant, l'annexe au contrat ne détermine pas un échéancier et une cible opposable pour cet indicateur ; ce point pourrait être corrigé à l'occasion de la révision par avenant du contrat. Des indicateurs financiers ont été formulés par avenant en date du 1^{er} août 2022 fixant une CAF nette de 3,7 % en 2028 et 2,3 % en 2030.

Le deuxième objectif vise à assurer la maîtrise de l'endettement en cohérence avec les orientations stratégiques. Ici, l'indicateur retenu est celui de l'encours de la dette rapporté aux produits : fixé à 114 % en 2021, il devra être réduit à 84 % d'ici 2025 et maintenu à ce niveau jusqu'en 2030. Dans ce même avenant signé en août 2022, il est fixé à « 98 % en 2022 » et « devrait progressivement diminuer au fil du temps jusqu'à atteindre 52 % en 2030 ».

Le contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier prévoit un suivi annuel entre l'établissement et l'ARS PACA afin de garantir l'adéquation entre les montants versés et les charges compensées ainsi que la tenue des engagements par l'établissement. Sur ce point, l'ARS précise que l'atteinte des objectifs sera évaluée chaque année dans le cadre du dialogue de gestion lors de l'analyse de l'EPRD et du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) de l'établissement.

Décrites en annexe du contrat, les modalités opérationnelles du suivi intègrent l'examen contradictoire du bilan des actions prévues au contrat et selon l'échéancier préalablement fixé, l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs définis, l'analyse des perspectives pour l'année n et celles à venir, la définition d'éventuels avenants ainsi que la détermination des reprises de financements en cas de surcompensation constatée. Un rapport final d'exécution du contrat doit être transmis par l'établissement bénéficiaire dans l'année qui suit la fin du contrat.

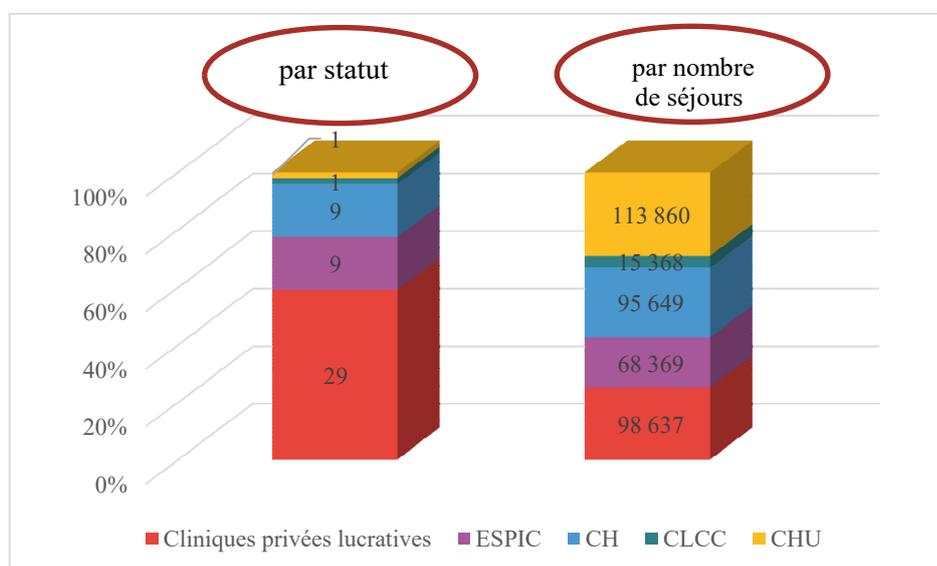
⁵⁹ Conformément à la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2020, notamment son article 50 et l'instruction n° DGOS/PF1/DSS :1A/2021/165 du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien de l'investissement et à la transformation du service public hospitalier.

4 UNE OFFRE DE SOINS ATTRACTIVE MAIS FORTEMENT CONCURRENCÉE

4.1 Un environnement concurrentiel marqué par des inégalités

L'offre de soins dans le département des Bouches-du-Rhône est marquée par une forte concurrence au regard du nombre d'établissements en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Graphique n° 7 : Répartition des établissements de santé dans le département des Bouches-du-Rhône



Source : Hospidiag, 2019 (Données 2020 non significatives en raison de la crise sanitaire et données 2021 non disponibles).

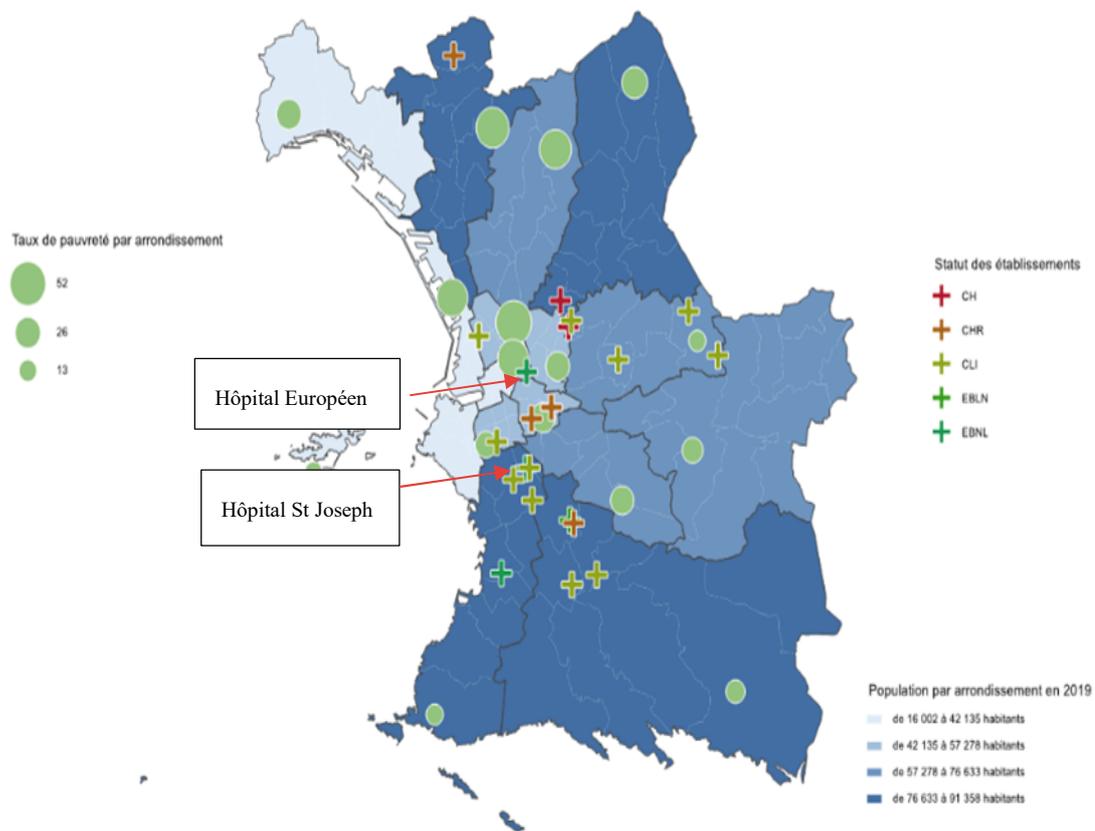
Cette concurrence s'illustre également à travers le nombre de lits et places pour 100 000 habitants, ainsi celui du département des Bouches-du-Rhône est de 270 en médecine et 171 en chirurgie⁶⁰ contre 233 et 118 au niveau national ; le plaçant également premier département de la région.

Au niveau du département, les ESPIC, au nombre de neuf représentent 18,4 % des établissements, mais seulement 17,5 % de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique en hospitalisation complète tandis que les 29 établissements du secteur privé lucratif sont en progression sur la période, représentant 25,2 % de l'activité proche des 29 % de l'AP-HM.

La densité d'établissements de santé sur la commune de Marseille se double d'une forte disparité dans la répartition ainsi qu'une hétérogénéité des statuts.

⁶⁰ Données Insee, le court séjour hospitalier – lits et places publics et privés installées au 31 décembre 2019 par discipline : comparaisons départementales.

Carte n° 1 : Implantation des établissements de santé sur Marseille à partir de la densité de population et du taux de pauvreté par arrondissement



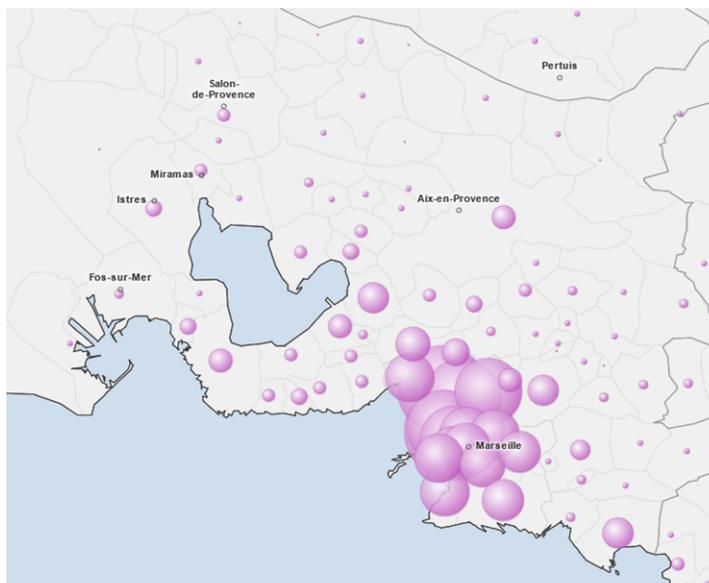
Source : Cour des comptes, CRC PACA, Cartes et données.

La situation des arrondissements du nord de la ville se caractérise par un sous-équipement hospitalier et par une surmortalité avant 65 ans supérieure de 30 % à la moyenne nationale. Au Nord de Marseille, la précarité sociale conjuguée au manque de structures sanitaires constitue un facteur d'inégalités dans l'accès aux soins et aggrave la situation d'une partie de la ville déjà déficitaire ; le tissu hospitalier au Nord de la ville (13, 14, 15 et 16^{ème} arrondissements) reposant sur trois établissements : l'hôpital Nord, l'hôpital interarmées Laveran et l'Hôpital Européen.

L'Hôpital Européen est un établissement sanitaire de proximité et de premier recours dont la patientèle est locale. Sa zone d'attractivité⁶¹ est centrée sur la ville de Marseille et sa périphérie. Seulement 13 % des séjours concernent des patients hors des Bouches-du-Rhône. Aussi, malgré une forte concurrence, le taux de fuite en médecine⁶² y est faible.

⁶¹« La zone d'attractivité est définie par les communes (classées par ordre décroissant du nombre de séjours), dans lesquelles un établissement réalise 80% de ses séjours Une analyse basée sur la zone d'attractivité permet de bien rendre compte de l'activité de proximité d'un établissement. » Source : site de l'Agence nationale de la performance sanitaire médico-sociale (ANAP).

⁶² 6,20 % pour le département des Bouches-du-Rhône en 2019 selon l'ATIH.

Carte n° 2 : Séjours de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) par rapport au lieu de résidence

Source : Hospidiag - activité 2018.

En pratique, son emplacement sur le site d'Euroméditerranée, quartier en développement au Nord-Ouest de la cité phocéenne lui confère un rôle d'établissement pivot. Il tend à répondre aux besoins de rééquilibrage de l'offre de soins en faveur du centre-ville et des quartiers nord (Cf. Annexe n° 4).

Le plan « Marseille en Grand » lancé en septembre 2021 prévoit un volet santé par la mobilisation de près de 200 M€⁶³ au titre de l'urgence sanitaire afin de répondre aux faiblesses du système de santé et précisément à la défaillance du réseau de soins de proximité dans les quartiers en difficulté de la commune. L'ARS PACA considère que, au regard de son positionnement géographique stratégique, l'Hôpital Européen serait susceptible d'être associé au regard de certaines de ses actions et notamment la gestion du dispositif de médiateurs anti COVID-19⁶⁴.

⁶³ Par communiqué publié sur le site de la Présidence de la République en date 02 septembre 2021, l'État soutiendra un plan d'investissement : 169 M€ pour la réhabilitation de l'AP-HM (Timone et hôpital Nord), 50 M€ pour le financement du pôle mère-enfant, et soutien à la réalisation d'une maison des femmes.

⁶⁴ Dit « dispositif CORHESAN ».

4.2 Une offre de soins en constante évolution

4.2.1 L'adaptation capacitaire de l'établissement

4.2.1.1 L'adaptation au virage ambulatoire

L'Hôpital Européen compte 461 lits et places. Sur la période examinée, conformément d'une part, aux orientations nationales visant à la diminution des lits installés au profit de l'ambulatoire, et d'autre part aux engagements pris dans le cadre du CREF, l'établissement malgré la création de nouveaux services⁶⁵ a vu ses capacités d'hospitalisation complète, diminuer, alors que les lits en soins critiques ont été augmentés. Le service de rééducation post réanimation (SRPR) créé en 2019 compte en 2021 12 lits. La capacité d'accueil en ambulatoire a progressé de 35 lits supplémentaires en chirurgie et en médecine.

Tableau n° 13 : Évolution du capacitaire de 2017 à 2021

Nombre de lits et places		2017	2018	2019	2020	2021
Hospitalisation complète		341	331	317	317	287
<i>dont SIMA</i>				17	27	27
Hôpital de jour	Chirurgie ambulatoire	34	34	49	49	49
	Chimiothérapie	15	15	15	15	15
	Médecine ambulatoire	15	15	15	15	35
	Endoscopies	30	30	32	32	32
	Total	94	94	111	111	131
Chambres grand confort et appartements thérapeutiques		18	18			
Soins critiques	Réanimation, soins intensifs cardiaques, surveillance médicale continue	31	31	31	31	31
	SRPR			6	6	12
	Total	31	31	37	37	43
<i>Total Hôpital Européen</i>		483	474	465	465	461

Source : Données Hôpital Européen.

À la suite du projet d'extension du bloc ambulatoire et du déménagement de l'endoscopie en 2018, six salles ont été créées mais une seule est exploitée par le scanner interventionnel. En ce qui concerne les blocs opératoires, six salles ont été ouvertes en 2018, quatre autres salles de blocs opératoires supplémentaires prévues en 2020 ont été ouvertes en 2021. Au total, le bloc opératoire central est constitué de 23 salles dont 19 d'intervention chirurgicale, deux de coronarographie, une d'imagerie interventionnelle et une de scanner interventionnel.

⁶⁵ En 2019, ouverture du centre d'exploration et de traitement des troubles somatiques fonctionnels résistants par l'hypnose médicale appelé projet SAFETY qui dispose de dix lits puis ouverture du service d'investigation des maladies aiguës (SIMA) au bénéfice de la prise en charge des personnes âgées dont le capacitaire est passé de 27 lits en 2019 à 35 lits en 2022.

Le bloc central a une réserve de cinq salles dont quatre sont entièrement équipées et seront opérationnelles pour répondre à un éventuel surcroît d'activité. Six salles accueillent les endoscopies digestive et pulmonaire, les échographies transoesophagiennes.

4.2.1.2 L'adaptation à la crise COVID-19

L'aval des urgences a été fortement affecté. Des unités COVID-19 ont été créées et leurs capacités ont été adaptées à l'évolution de l'épidémie. Cette transformation a réduit le nombre d'unités dédiées au reste de l'activité, limitant l'aval disponible pour les urgences. Ce phénomène a été aggravé par l'hospitalisation des seuls patients COVID-19 en chambre double réduisant chaque unité d'hospitalisation d'une dizaine de lits⁶⁶.

L'établissement a dû adapter ses capacités d'hospitalisation tout au long de la crise sanitaire. Lors de la première vague, l'hôpital a armé jusqu'à 36 lits de réanimation sans pour autant jamais avoir été saturé⁶⁷. Ce n'est qu'à l'occasion de la cinquième vague que l'établissement a retrouvé ses capacités initiales hormis le SRPR⁶⁸ dont le capacitaire est passé de 6 à 12 lits durant la période, permettant selon l'établissement de disposer d'une « véritable soupape de fonctionnement ». Pour l'hospitalisation, jusqu'à trois unités ont été dédiées à la prise en charge des patients COVID-19, ce qui représente 75 lits⁶⁹ soit plus du quart des capacités totales de l'établissement. En raison de la politique d'accueil en chambre particulière sur laquelle, selon l'établissement, il a été difficile de revenir lors de phases d'accalmie de la pandémie, l'établissement s'est retrouvé amputé de 110 lits sur la période.

L'évolution capacitaire a varié sous l'effet des différentes vagues en favorisant le maintien des activités de chirurgie et de séances selon le schéma suivant :

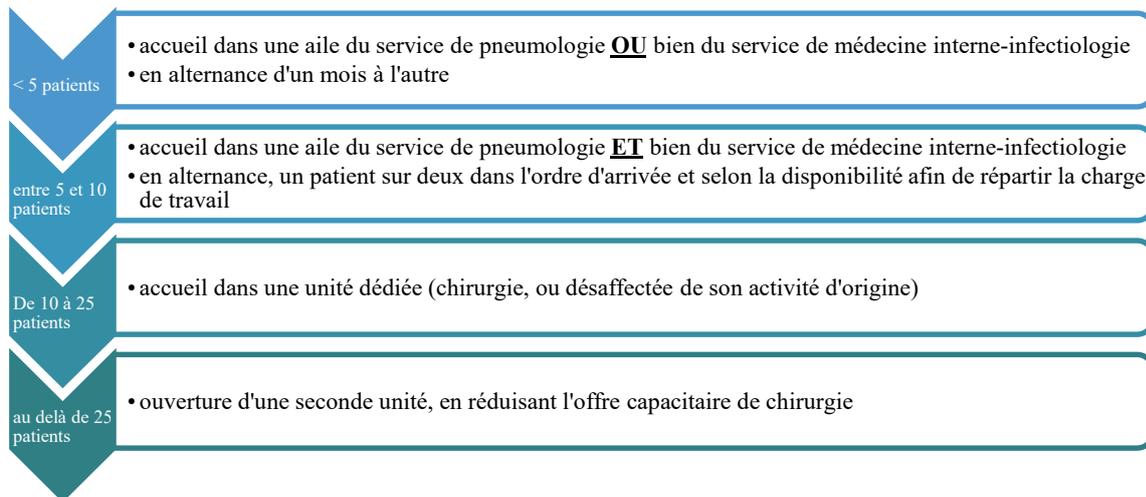
⁶⁶ Les consignes nationales relatives à l'hospitalisation de patients COVID-19 n'interdisaient pas l'hospitalisation en chambre double, l'établissement ayant pris cette décision en interne.

⁶⁷ Le maximum observé a été de 32 lits de réanimation occupés simultanément ; sur les autres vagues, c'est l'ARS qui fixait les objectifs capacitaires individualisés de chaque établissement pour les lits de réanimation.

⁶⁸ Seul service de réadaptation post réanimation de la région PACA.

⁶⁹ Contre 105 lits habituellement, en raison de la limitation des chambres doubles. L'établissement a mis en place une politique d'accueil en chambre particulière généralisée sur laquelle il indique qu'il a été difficile de revenir lors de phases d'accalmie de la pandémie.

Schéma n° 2 : Adaptation du capacitaire



Source : Hôpital Européen.

4.2.2 Des évolutions en cours pour les équipements lourds

Afin d'assurer l'ancrage de l'établissement sur le territoire mais aussi d'adapter la réponse aux besoins d'offre de soins, l'établissement revendique un complément d'autorisation depuis 2017 pour ce qui relève de l'activité d'électrophysiologie interventionnelle, de la médecine nucléaire, et de la radiothérapie, dans le respect de la coordination avec les autres entités partenaires de la Fondation Hôpital Ambroise Paré.

Ce complément se heurte aux limites des règles entourant le régime des autorisations sanitaires en la matière. Conséquence directe, la mise en concurrence des projets des promoteurs nécessite et implique un travail de coopération au préalable. Dans le département, les autorisations délivrées en matière d'imagerie médicale sont soumises à une forte concurrence avec un niveau haut d'équipement en scanner et IRM⁷⁰.

Durant la période sous revue, des travaux visant l'installation de nouveaux équipements d'imagerie lourde à savoir un troisième scanner et une troisième IRM ont été finalisés courant 2017. Une demande d'autorisation a été obtenue le 12 mai 2022 par l'Hôpital Européen pour une quatrième IRM afin de conforter son positionnement sur l'activité.

⁷⁰ Selon le rapport sur les établissements de santé édition 2021 de la DREES, le département des Bouches-du-Rhône se situe au-dessus de 3,6 scanners et de 2,7 IRM pour 200 000 habitants en 2019.

4.3 Les principales caractéristiques de la patientèle

4.3.1 Une patientèle défavorisée et de plus en plus âgée

L'âge moyen des patients est passé de 56 ans à 56,8 entre 2017 et 2021. Il est similaire à celui du centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis en 2021 alors que celui des patients de l'hôpital St-Joseph et de l'AP-HM avoisine 52 ans.

La proportion des patients âgés de plus de 75 ans ne cesse d'augmenter au cours de la période et atteint 19,2 % en 2021 mais le nombre de passages aux urgences des plus de 80 ans suivis d'une hospitalisation est stable entre 2017 et 2021.

Le pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 est un indicateur d'Hospidiag obtenu à partir du codage des actes sélectionnés en fonction de la lourdeur des cas pris en charge par l'établissement incluant les comorbidités (diabète par exemple) ou des complications liées à leur état de santé.

Avec un taux de 7,14 en 2020, sa position est médiane par rapport aux établissements de la même région puisque ceux du 2^{ème} décile ont un taux de 1,74 et ceux du 8^{ème} décile, un taux de 16,13 comparativement à l'AP-HM dont le taux est de 10,15 et celui de l'Hôpital St-Joseph de 10,58.

Parmi les établissements situés à Marseille, l'Hôpital Européen est celui qui accueille en 2021 le plus de patients en situation de précarité avec un taux de 15 % contre 8 % pour l'AP-HM ou l'hôpital St-Joseph (Cf. Annexe n° 6). La part des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de la complémentaire santé solidaire⁷¹ (CSS) à partir du 1^{er} novembre 2019 est stable entre 2017 et 2019 (7 %)⁷² mais atteint 9 % en 2021.

4.3.2 Un dispositif innovant en faveur des plus précaires mis en place lors de la crise sanitaire

Depuis novembre 2020, un nouveau dispositif « CORHESAN » porté par l'Hôpital Européen, en partenariat avec l'hôpital St-Joseph⁷³, financé exclusivement par l'ARS PACA vise à l'accompagnement médico-social des patients suspects de COVID-19 pour les arrondissements du 1^{er} au 8^{ème} de Marseille.

⁷¹ Elle remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) (articles L. 861-1 et 2 du code de la sécurité sociale).

⁷² Patients accueillis pour des séjours en ambulatoire, hospitalisation complète et séances.

⁷³ Et l'association Prospective et Coopération ainsi que les unités de recherche et services hospitaliers de Santé Publique.

Dispositif proposé en interne par un infectiologue sur la base d'expériences comparables à Haïti ou en Ile de France, il s'agit d'une équipe mobile composée principalement de médiateurs en santé qui travaillent avec un réseau d'acteurs de terrain, du soin et de la solidarité afin de permettre une prise en charge adaptée autour de quatre leviers : l'information, la réalisation de tests, l'accompagnement et la vaccination.

Ce dispositif a bénéficié à 3 633 patients jusque fin 2021, essentiellement originaires des trois premiers arrondissements de Marseille (soit 58,51 %). Il a ciblé des populations éloignées du soin ou précaires. Fort de son succès, il a été repris au niveau national dans le cadre du dispositif « MEDILAC ».

Tableau n° 14 : Bilan d'activité du dispositif CORHESAN

Période	2020	2021
	<i>1,5 mois d'activité</i>	<i>12 mois d'activité</i>
<i>Nombre de patients pris en charge hors prévention</i>	125	3 508
<i>% d'hommes</i>	36 %	48 %
<i>% de femmes</i>	64 %	52 %
<i>Age moyen des patients</i>	40 ans	42 ans
<i>% AME</i>	6,40 %	9,69 %
<i>% patients sans droits</i>	6,40 %	4,70 %

Source : Hôpital Européen.

4.4 Une baisse de l'activité globale

Si l'évolution de l'activité d'hospitalisation globale est en progression de 5 % entre 2017 et 2019 avec un nombre de séjours passant de 50 677 à 53 077, le décrochage est net en 2020 en ce qui concerne l'hospitalisation ambulatoire en raison de la crise sanitaire mais retrouve une dynamique l'année suivante contrairement à l'activité d'hospitalisation à temps complet qui continue de décliner. Selon le précédent directeur général de l'établissement, le seuil d'équilibre financier se situe à hauteur de 50 000 séjours par an.

Tableau n° 15 : Activité globale de l'Hôpital Européen

Indicateur	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017/2019	Evolution 2020/2021	Evolution 2017/2021
Nombre de séjours en hospitalisation complète (HC)	18 470	17 883	17 940	13 594	13 244	- 3 %	- 3 %	- 28 %
Nombre de séjours en ambulatoire	23 832	24 443	25 347	20 116	24 600	6 %	22 %	3 %
Total HC + ambulatoire	42 302	42 326	43 287	33 710	37 844	2 %	12 %	- 11 %
Part ambulatoire/HC	56 %	58 %	59 %	60 %	65 %			
Nombre de séances	8 375	8 231	9 790	9 925	11 026	17 %	11 %	32 %
Total général	50 677	50 557	53 077	43 635	48 870	5 %	12 %	- 4 %
Nombre d'ATU	29 214	31 759	32 168	26 555	29 087	10 %	10 %	- 0,4 %

Source : Hôpital Européen.

4.4.1 Une activité d'hospitalisation complète en diminution

Le nombre de séjours en hospitalisation complète baisse entre 2017 et 2019 de 3 % et de 24 % à partir de 2020 en raison de la crise COVID-19 sans retrouver le niveau de 2017 (- 5 226 séjours), soit sur la période une diminution de 28 %. Toutes les spécialités sont concernées notamment la chirurgie digestive, l'urologie, la gastro-entérologie, la pneumologie et la chirurgie orthopédique alors qu'elles génèrent la moitié de l'activité en hospitalisation complète.

Si la durée moyenne d'hospitalisation par séjour (DMS) baisse de 2017 à 2019 en passant de 5,47 jours à 5,38 jours, soit un niveau comparable à celui constaté par la DREES en 2019 pour les établissements privés à but non lucratif (5,4 jours), elle s'allonge néanmoins durant la crise sanitaire avec six jours en 2021. La DMS des patients COVID-19 atteint 12 jours en 2021.

Tableau n° 16 : Évolution de la durée moyenne de séjour

En jours	2017	2018	2019	2020	2021
DMS	5,47	5,5	5,38	5,93	6,06
DMS COVID-19				10,5	12,1

Source : Hôpital Européen.

D'après les données d'Hospidiag, le taux d'occupation des lits en chirurgie progresse au cours de la période atteignant 77,2 % en 2020, en deçà du taux de 87 % d'un établissement le plus performant au niveau régional. Il est de 68,5 % en moyenne sur la période. Le taux d'occupation en hospitalisation complète est bien inférieur au taux cible de 95 % recommandé par le Ministère de la Santé et ce, malgré la réduction du nombre de lits.

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)⁷⁴ chirurgie mesure l'efficacité économique d'un établissement dans sa capacité à traiter d'une pathologie suivant le rythme de la moyenne nationale. Compte tenu des données nettement au-dessus de la valeur cible fixée par la DGOS à 0,94, soit 1,121 en 2017 et 1,105 en 2020, l'Hôpital Européen fait partie des 20 % des établissements les moins performants.

En médecine, le taux d'occupation augmente entre 2017 et 2018, marque une baisse en 2019 pour remonter en 2020. Il est de 81 % sur la période. De même, l'IP-DMS est toujours supérieur à 1 sur la période et par comparaison aux établissements de la même région ou de la même typologie, il se situe au niveau des établissements les moins performants.

L'établissement, dans ses rapports de gestion successifs, constate la dégradation de cet indicateur sur la période en dépit de l'accompagnement de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dès 2017 et la justifie par la difficulté de trouver des lits d'aval malgré des conventions de partenariat avec les structures d'aval.

Des pistes d'amélioration sont envisagées par l'établissement dès la préadmission sur les modalités de sortie du patient, en chirurgie avec la RAAC qui anticipe la recherche de places ou bien en sollicitant le service de retour à domicile des patients hospitalisés dénommé PRADO⁷⁵ initié par l'assurance maladie.

4.4.2 Des parts de marché en chirurgie et en médecine en baisse

D'après les indicateurs de performance Hospidiag, les parts de marché en médecine diminuent de 2 % entre 2017 et 2019 comme celles en chirurgie (- 3 %). La chirurgie ambulatoire connaît une évolution quasi-constante (+ 1 %) de 2017 à 2019.

La progression la plus importante observée concerne les parts de marché en cancérologie (+ 9 %). Cette hausse comme celle des parts de marché en séances de chimiothérapie de 12 % entre 2017 et 2020 contre 3 % entre 2017 et 2019 sont la conséquence du dynamisme des spécialités qui portent la majeure partie de ces pathologies dans l'établissement.

La mobilisation de l'établissement pour faire face à la crise COVID-19 explique le retrait des parts de marché de l'établissement en médecine comme en chirurgie pour l'année 2020.

⁷⁴ Mode de calcul de l'IP-DMS : comparaison entre le nombre de journées MCO réalisées en hospitalisation complète et le nombre de journées théoriques, à activité identique, permettant d'approcher l'efficacité des établissements étudiés. Selon la DGOS, la valeur cible est de 0,94 en MCO. Il doit être au plus proche de 1 et en deçà de 1.

⁷⁵ « Les principaux enjeux de PRADO qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé sont de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients, d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital, de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant et d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin » source : <https://www.ameli.fr>.

Tableau n° 17 : Évolution des parts de marché sur la zone d'attractivité (2017 à 2019 et 2017 à 2020)

En %	2017	2018	2019	2020	Evolution 2019/2017	Evolution 2020/2017
Parts de marché en médecine	12,1	12,1	11,9	9,6	- 2 %	- 21 %
Parts de marché en chirurgie	12,6	12,2	12,2	10,8	- 3 %	- 14 %
Parts de marché en chirurgie ambulatoire	13,4	13,6	13,5	13,3	1 %	- 1 %
Parts de marché en cancérologie	11,5	11,8	12,5	11,9	9 %	3 %
Parts de marché en séances de chimiothérapie	12,1	11,1	12,5	13,6	3 %	12 %

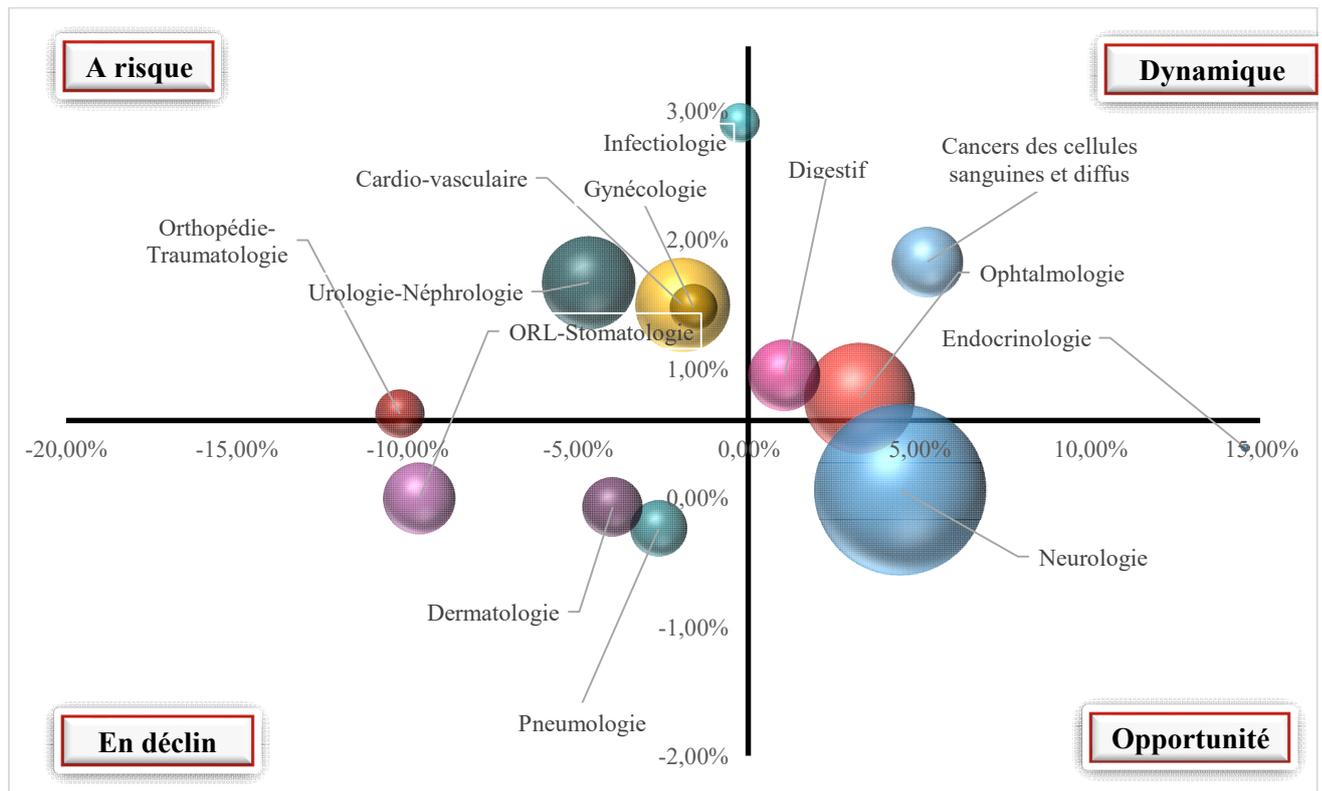
Source : Hospidiag.

L'approche par activités au moyen de la matrice Boston Consulting Group (BCG)⁷⁶ vise à caractériser l'environnement concurrentiel dans lequel se situe l'Hôpital Européen. De 2017 à 2019⁷⁷, l'établissement perd des parts de marché en dermatologie (- 3,97 %), pneumologie (- 2,63 %), ORL (- 9,64 %) dans un marché en décroissance comme dans les spécialités d'urologie (- 4,67 %), orthopédie (- 10,22 %), cardiologie (- 1,93 %) gynécologie (- 1,6 %) soumises à une forte concurrence. Au contraire, la plupart des activités dont la neurologie, l'ophtalmologie, l'hématologie, le digestif se concentrent sur un marché dynamique avec un taux d'évolution positif de leurs parts de marché.

⁷⁶Outil d'analyse de l'activité de l'établissement en fonction du taux de croissance du marché et des parts de marché détenues.

⁷⁷ Traitement des données sur les seules années 2017 à 2019 hors période COVID-19.

Carte n° 3 : Le positionnement stratégique des activités de l'hôpital Européen (2017-2019)



Source : Données CMD (comorbidité) du DIM – Hôpital Européen ; données d'activité Scan santé.
 En abscisse, taux d'évolution moyen annuel de la part de marché relative en %.
 En ordonnée, taux d'évolution moyen annuel du marché en %.

4.4.3 Les effets de la déprogrammation présentant quelques spécificités

Au cours des différentes vagues de la crise COVID-19, l'établissement a dû s'adapter de façon variable pour répondre aux enjeux de la situation sanitaire exceptionnelle. Il a été confronté à des annulations de consultations, des déprogrammations d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales. Ainsi, les conséquences sur l'activité ont été importantes mais des spécificités sont soulignées (Cf. Annexe n° 7).

Durant la première vague de février à mai 2020, la baisse d'activité a été massive. Les consultations sont passées de mille à soixante par jour. L'activité du bloc central a été largement limitée : initialement armé de 19 salles, l'établissement n'en a utilisé plus que quatre⁷⁸. Le même ralentissement a été observé sur l'activité endoscopique. Le flux des urgences a également été impacté avec une activité divisée par deux.

⁷⁸ Hors imagerie interventionnelle et coronarographie.

Tableau n° 18 : Évolution de l'activité pendant la crise COVID-19

Année de référence 2019	2020	2021
Évolution du nombre de séjours en hospitalisation complète	- 24,2 %	- 26,2 %
Évolution du nombre de séjours en hospitalisation ambulatoire	- 14,5 %	1,4 %
Évolution du nombre de consultations externes	- 23,7 %	- 0,3 %
Passages aux urgences	- 14,8 %	- 7,8 %

Source : Données Hôpital Européen.

L'établissement souligne que les retards de prise en charge concernent notamment les maladies chroniques tels que le diabète ou les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, sans pour autant être en mesure de les analyser. L'établissement déclare avoir priorisé durant la crise sanitaire, les activités d'urgence ainsi que les activités dont le report aurait entraîné une perte de chance significative pour les patients (activités d'urgence de traumatologie, de pneumologie et de cardiologie)⁷⁹ ; y compris les activités de la filière oncologique et celles de la chirurgie.

À *contrario*, certains secteurs n'ont pas été affectés par la baisse d'activité. C'est le cas notamment de la cardiologie dont les activités dites d'urgence n'ont pas connu de recul à l'occasion de la pandémie. Le service d'investigation des maladies aiguës (SIMA) a même vu son activité se développer passant de 17 lits en 2019 à 27 en 2021 puis 35 lits en 2022.

La contrainte des chambres particulières pendant la crise COVID-19 a limité le nombre de lits d'hospitalisation notamment en pneumologie dont l'activité a baissé de moitié entre 2017 et 2021.

La crise sanitaire n'a pas eu d'effet sur l'activité des séances de chimiothérapie dont la hausse de 32 % sur la période contrôlée s'explique par la volonté très forte de l'établissement de développer l'activité de cancérologie.

La période a été l'occasion de renforcer l'offre de soins pour la prise en charge des personnes âgées en restructurant l'équipe mobile de gériatrie, en créant un poste d'infirmière gériatrique aux urgences, en associant l'établissement au projet de « *hotline* gériatrique » dans le cadre d'Audeam et en prévoyant un temps complémentaire de gériatre et neuro-gériatre afin de déployer une activité d'hospitalisation de jour gériatrique avec bilan cognitif et prise en charge globale.

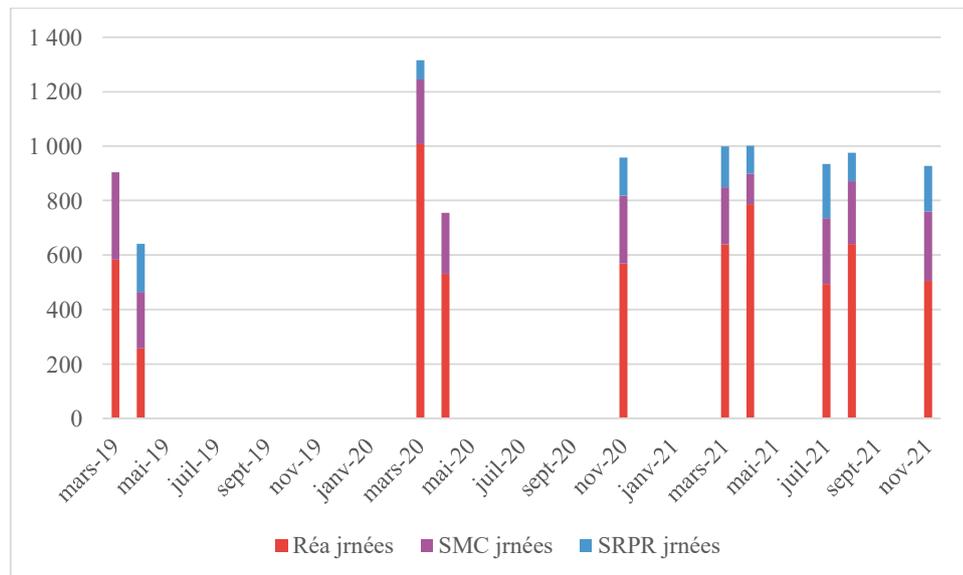
L'établissement explique que le ralentissement de l'activité de consultation n'est pas seulement l'effet de limitations décidées lors de la première vague mais aussi le résultat d'un ralentissement spontané des prises de rendez-vous par les patients eux-mêmes. L'établissement a mis en place un dispositif de suivi des patients COVID-19 s'occupant du *tracing* et du suivi post hospitalisation grâce à la constitution d'une cellule COVID-19.

La télémedecine a été mise en œuvre à l'occasion de la crise COVID-19. Si le nombre de consultations a été important au cours de la première vague d'avril à juin 2020 avec 993 téléconsultations, le déploiement de la télémedecine n'a pas connu de dynamique durable puisque le nombre de téléconsultations en 2021 est inférieur à celui de 2020 sur une période plus courte (1 238 contre 1 340).

⁷⁹ L'établissement a précisé qu'une évaluation médicale des besoins était systématique.

Les secteurs de réanimation et de soins intensifs ont également subi les conséquences de la situation sanitaire. L'indicateur marquant a été celui de la durée moyenne de séjour qui a augmenté. Dans ces secteurs, la prise en charge de patients COVID-19 a nécessité un renfort important en moyens humains se traduisant par le passage de deux à quatre infirmiers pour cinq patients lors de la première vague à trois infirmiers pour les autres.

Graphique n° 8 : Nombre de journées de soins critiques lors des différentes vagues



Source : données Hôpital Européen.

Tout au long de la crise sanitaire, l'établissement a eu la volonté de prioriser la reprise d'activité tout en assurant la prise en charge de patients COVID-19 et la sécurité des personnels. Dès juin 2020, l'établissement, s'est engagé dans une reprise progressive des activités de chirurgie ambulatoire sans pour autant retrouver sa capacité initiale.

Fin 2021, la pression épidémique étant encore élevée ; l'Hôpital Européen a amorcé les travaux du plan de reprogrammation d'activité et de désarmement progressif des extensions capacitaires conjoncturelles de réanimation.

4.5 Une activité similaire à celle des établissements de santé privés lucratifs

4.5.1 La valorisation de l'activité

La baisse en volume de l'activité d'hospitalisation entraîne *de facto* une dégradation de la valorisation de - 3,1 % entre 2017 et 2018.

Selon l'hôpital, cette situation résulte de la compensation entre le développement de la médecine interne, la radiologie interventionnelle, la diabétologie et des départs à la retraite non suivis d'un remplacement immédiat, notamment celui d'un chirurgien digestif au second semestre 2018. La perte financière est liée à un *case-mix* plus défavorable et une baisse des tarifs de 1 % en 2018⁸⁰. En 2019, il est observé un ralentissement de l'activité sur des spécialités lourdes telles que la chirurgie digestive et la neurologie tandis que la montée en puissance du service de réadaptation poste réanimation (SRPR) et du SIMA, lancés en avril et septembre 2019 explique l'augmentation des séjours en médecine (+ 2 193) par rapport à 2018.

L'activité externe témoigne d'une évolution positive aussi bien pour les forfaits d'accueil et traitement des urgences (ATU) qui augmentent de 11 % hors période COVID-19, ce qui est significatif dans un contexte fortement concurrentiel.

Entre 2017 et 2021, la valorisation des séjours en hospitalisation complète baisse de 16 % tandis que celle de l'ambulatoire et des séances augmente respectivement de 20 et 33 %.

Tableau n° 19 : Évolution de la valorisation des séjours

Montant des GHS En €	2017	2018	2019	2020	2021	2017/ 2021	Part séjours/total
Ambulatoire	23 462 814	24 399 871	25 510 104	21 202 328	28 071 617	19,64 %	33,04 %
Hospitalisation	62 476 602	60 169 932	59 638 070	48 847 156	52 420 489	- 16,10 %	61,70 %
Séances	3 365 889	3 141 955	3 685 251	3 741 054	4 462 047	32,57 %	5,25 %
Total général	89 305 305	87 711 758	88 833 425	73 790 538	84 954 154	- 4,87 %	

Source : Hôpital Européen.

L'établissement est positionné sur des spécialités qui donnent lieu à des volumes de séjours les plus importants, comme les endoscopies, les séances de chimiothérapie, les interventions sur le cristallin en ambulatoire qui représentent en 2021, 69 % du nombre de séjours total. La part des séjours relatives aux activités développées habituellement par les établissements de santé privés telles que des interventions sur la main en ambulatoire, greffes de peau est passée de 9 % à 7 % en 2020 et 2021. Le président de la Fondation Hôpital Ambroise Paré nuance ce constat par une offre de soins diversifiée qui propose un service d'urgence, des consultations externes très complètes, de la médecine interne et de post-urgence, en aucun cas orientée vers les seules activités chirurgicales les plus rémunératrices.

⁸⁰ Baisse des tarifs de 1,45 % en 2016 puis 0,9 % en 2017.

Durant la période sous revue, les tarifs des dix GHM les plus représentatifs pour l'établissement⁸¹ du secteur privé non lucratif progressent de 10,18 % mais entre 2017 et 2020 l'augmentation est de 3,30 %. À titre de comparaison, pour le secteur public, les mêmes tarifs de GHM progressent de 7,29 % entre 2017 et 2021. De fait, il réside un écart entre le secteur public et le secteur privé de 9 232 € pour le secteur public, 4 613 € pour le secteur privé (Cf. Annexe n° 9). Cet écart s'explique par des grilles tarifaires différentes qui s'appliquent aux établissements privés à but non lucratif. L'échelle tarifaire des établissements publics de santé intègre les honoraires des médecins contrairement aux établissements de santé privés.

De 2017 à 2021⁸², le chiffre d'affaires médical par GHS est en baisse de 4,35 M€ en raison d'une part de la baisse du nombre global de séjours de 3,6 % en dépit du développement de l'ambulatoire et des séances et d'autre part, de l'évolution limitée des tarifs moyens des GHS en MCO. La part du chiffre d'affaires en hospitalisation complète est en recul de huit points tandis que celle relative à l'ambulatoire est en hausse de sept points durant la période sous revue. Si l'amélioration de la productivité *via* le développement de l'ambulatoire qui contribue à optimiser la durée de séjour en hospitalisation, entraîne une diminution de la facture moyenne par patient pour l'établissement, la hausse du chiffre d'affaires en ambulatoire ne compense pas la perte du chiffre d'affaires en hospitalisation.

Entre 2017 et 2021, les tarifs moyens de GHS en hospitalisation complète et en ambulatoire ont respectivement augmenté de 17,01 % et de 13,72 % (Cf. Annexe n° 10), témoignant de la dynamique engagée par l'établissement.

4.5.2 Une activité ambulatoire dynamique à conforter

L'évolution de l'activité en ambulatoire en diminution est conjoncturelle en 2020 (- 21 %) mais en 2021, le nombre de séjours est supérieur à celui constaté en 2017 (+ 768), soit une augmentation de 3 %. L'activité de chirurgie ambulatoire évolue sensiblement passant de 8 874 RSA⁸³ en 2017 à 9 801 en 2021.

La part de l'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète ne cesse de croître passant ainsi de 56 % en 2017 à 65 % à 2021. Cette progression du nombre de séjours s'explique par une réorganisation de l'espace afin d'agrandir le service de chirurgie ambulatoire. Le déménagement du service d'endoscopie fin janvier 2020 a pu libérer 30 places d'hébergement et cinq salles de bloc opératoire. Avec l'ouverture d'un salon dénommé J0 [zéro] en juillet 2021, l'accueil des patients arrivant le jour même de leur intervention a été facilité. Grâce à ce dispositif mis en place, il en est résulté, à l'issue de l'analyse de l'activité chirurgicale dans les blocs opératoires que l'objectif fixé en 2021 à 100 % des patients de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) venant au bloc debout était en voie d'être atteint puisqu'ils étaient 94 % fin septembre 2021.

⁸¹ Sur la base des 10 meilleurs GHM du chiffre d'affaires 2017 – indicateurs produits par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

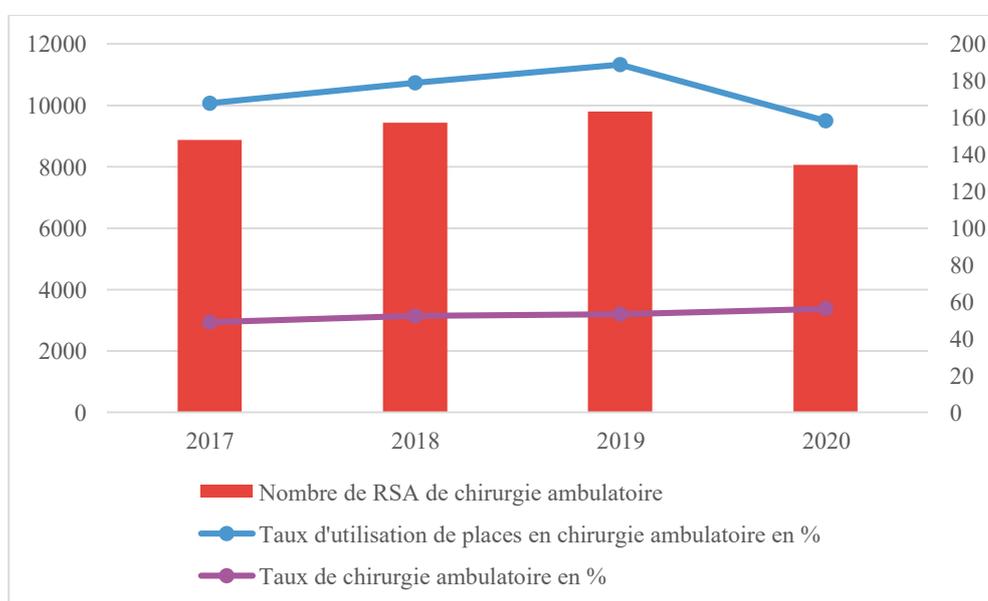
⁸² Données 2021 fournies par l'établissement non consolidées *via* le compte financier et la balance générale des comptes.

⁸³ Le nombre des résumés de sortie anonyme (RSA) permet d'évaluer le volume d'activité pris en charge en ambulatoire.

Même si l'activité générée par les gastro-entérologues a baissé notamment à la suite du départ de praticiens à la retraite alors qu'elle représente 47 % des séjours en ambulatoire, le renouvellement générationnel des spécialistes en chirurgie digestive a valorisé l'activité de 56 % au cours de la période. En chirurgie orthopédique, grâce à la démarche RAAC, le nombre de séjours a également augmenté de 17 % (Cf. Annexe n° 11).

L'indice composite de performance de chirurgie ambulatoire (ICPCA) tient compte de trois données : le volume de chirurgie ambulatoire, le case-mix avec l'indice d'organisation et la capacité d'innover en ambulatoire. Cet indice est de 47,7 en 2019, ce qui place l'Hôpital Européen largement au-dessus du niveau régional (8^{ème} décile 30,6). Si ces indicateurs montrent que le virage ambulatoire engagé par l'Hôpital Européen est satisfaisant, l'indice d'organisation reste encore perfectible et encourage l'établissement en ce sens compte tenu d'un case-mix ambulatoire large.

Graphique n° 9 : Organisation de la chirurgie ambulatoire

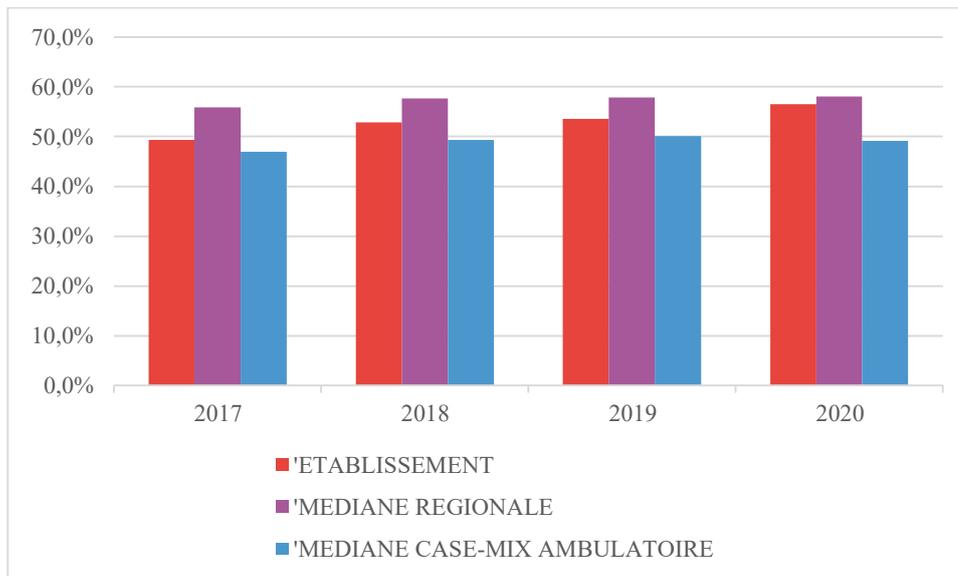


Source : Hospidiag - données 2021 non disponibles.

En outre, à partir des actes CCAM, l'application VISUCHIR84 permet de comparer l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire de l'Hôpital Européen par rapport aux autres établissements de la région PACA au regard du *case-mix* spécifique. Avec un taux de 56,5 % en 2020 en progression par rapport à 2017, il est classé devant l'hôpital St-Joseph (50,5 %), l'APHM-Nord (36,6 %) ou encore le centre hospitalier intercommunal d'Aix-pertuis (45,6 %) même si ce taux se situe en deçà des recommandations en vigueur⁸⁵. La stratégie nationale de santé 2018-2022 vise à porter à 70 % le taux de chirurgie ambulatoire et à 55 % de séjours hospitaliers en médecine en ambulatoire à horizon 2022.

⁸⁴ Outil en ligne sur le site « Scan Santé ».

⁸⁵ Instruction de la DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, qui préconise un taux de chirurgie ambulatoire de 66 %.

Tableau n° 20 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire

Source : Scan Santé – Application VISUCHIR – data-données.

5 LE PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement compte 1 189 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2021, auxquels s'ajoutent 309 médecins libéraux.

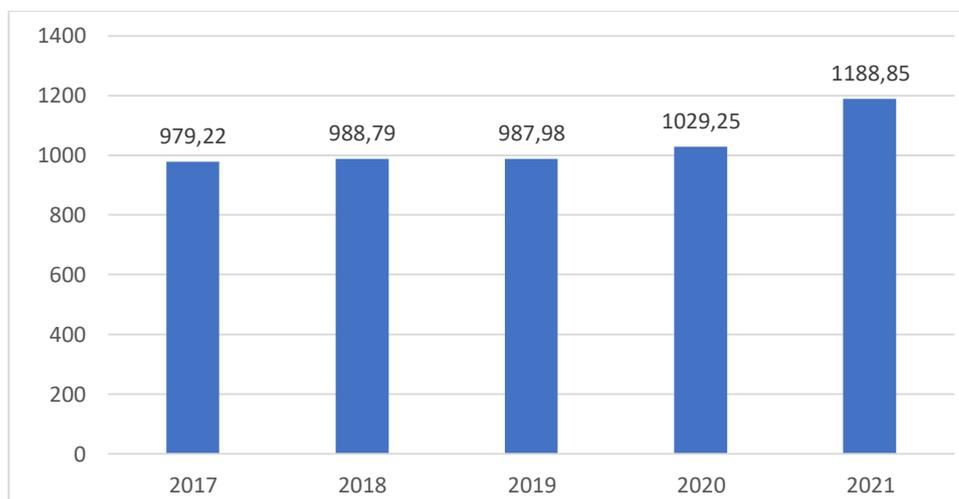
5.1 Une progression nette des effectifs globaux

Les remontées d'informations dans la base de données « Statistique annuelle des établissements » (SAE)⁸⁶ sont incohérentes avec les pièces justificatives fournies par l'établissement. En effet, en 2020, le nombre d'ETP médicaux était de 187,3 et celui d'ETP non médicaux de 1 015,95 pour un total de 1 203,25 ETP alors que l'effectif médical salarié n'en compte que 22 en 2021. Cet écart s'explique par l'intégration « chaque année, d'une évaluation approximative du temps passé par les médecins libéraux qui sont considérés comme du personnel afin de pouvoir fournir des données qui puissent être comparées à celles des EPS » compte tenu du particularisme de l'Hôpital Européen de recruter quasi exclusivement des médecins libéraux.

⁸⁶ La SAE est l'une des principales sources de données sur les établissements de santé (hôpitaux publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées). Elle produit deux types de données : une base « administrative » restituant les déclarations des établissements ; une base « statistique » traitant la non-réponse totale et partielle et destinée aux études.

La direction affirme néanmoins qu'il opère un contrôle de cohérence permettant de valider les effectifs à partir du registre unique et de la liste des mouvements par rapport aux données Hospidiag issues de la SAE.

Graphique n° 10 : Nombre d'ETP rémunérés de 2017 à 2021



Source : Hôpital Européen.

Les effectifs globaux ont augmenté de 21 % depuis 2017 (979 ETPR). Le personnel des services de soins qui représente les trois quarts de l'effectif total, soit 861 ETPR en 2021, est en hausse de 16 % en raison de la gestion de la crise sanitaire qui a nécessité le renforcement des équipes. Cette augmentation est confirmée également par les données Hospidiag qui mettent en évidence un coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes, passant de 18,5 en 2017 à 19,1 % en 2019. S'il est inférieur à celui de l'Hôpital Saint Joseph (19,8 % en 2019) et de l'AP-HM (22,1 %), les deux établissements voient néanmoins leur coût diminuer sur les trois années, respectivement d'un point et de 0,4 %.

Le développement de nouvelles activités avec notamment l'ouverture d'un centre de prévention de l'obésité, du SRPR, le projet SAFETY et le SIMA explique également cette progression. Tout comme le dispositif CORHESAN, mis en place fin 2020, pour lequel les effectifs étaient de 3,7 ETP pour atteindre 9 ETP sur 2021 dont 7 ETP médiateurs.

Entre 2017 et 2021, le personnel administratif et de direction, en moyenne 180 ETPR connaît la plus forte augmentation avec 31 %. L'établissement justifie la hausse de ces effectifs par un besoin de personnel à la direction des ressources humaines en lien avec le déploiement des nouveaux logiciels de gestion de temps et de paie, la création de la section « contrôle de gestion ». La démarche de certification a nécessité également le recrutement d'1,5 ETP. De plus, une unité administrative constituée de cinq équivalents temps plein (ETP) dédiée au contact *tracing* a été créée en 2020 durant la crise COVID-19. Si les raisons invoquées de ces nouvelles embauches sont légitimes, l'impact sur le budget d'exploitation n'étant pas neutre, les dépenses liées aux charges de personnel administratif et de direction doivent être maîtrisées dans un contexte de stabilisation des effectifs hospitaliers au plan national⁸⁷.

⁸⁷ D'après « les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier », rapport les établissements de santé, DREES édition 2021.

Selon les bilans sociaux, l'ancienneté moyenne des salariés pour 58 % d'entre eux est de moins de six ans. Ce qui s'explique en raison d'une part de la jeunesse de la structure et du déploiement régulier de nouvelles activités justifiant de nouvelles embauches et d'autre part en raison de la crise COVID-19. En conséquence, l'établissement doit prendre en compte deux enjeux : l'accompagnement des nouveaux salariés et la fidélisation de ces derniers.

5.2 Le personnel médical majoritairement libéral

Selon les dispositions de l'article L. 6161-9 du CSP, un ESPIC⁸⁸ peut être admis par le directeur général de l'ARS à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions, sous réserve d'être habilité à assurer le service public hospitalier.

Alors que le recours aux médecins libéraux par l'établissement est dérogatoire⁸⁹, l'Hôpital Européen en dénombre 309 au 31 décembre 2021, soit 92 % du personnel médical. Seuls six établissements privés à but non lucratif en France sont dans cette situation, ce qui place l'établissement dans un modèle d'exception.

L'hôpital justifie cette situation par le fait qu'« *il était placé antérieurement sous le régime de financement par prix de journée préfectoral et qu'il a librement opté pour le régime de financement par la dotation globale. Les médecins très majoritairement libéraux sont demeurés avec ce statut* ».

Cependant, les jeunes médecins nouvellement recrutés continuent de choisir d'exercer en libéral après un début de carrière en tant que salariés compte tenu des spécificités liées aux conditions d'exercice des médecins dans les ESPIC. En effet, ils ne sont pas autorisés à cumuler deux demi-journées d'activité libérale avec leur activité salariée temps plein contrairement à leurs confrères du secteur public et du secteur privé à but lucratif.

De plus, l'attractivité médicale reste forte puisque l'hôpital ne rencontre aucune difficulté de recrutement de radiologues, d'anesthésistes ou de cardiologues mais il souhaite renforcer son offre dans d'autres spécialités telles que l'endocrinologie, la neurologie, la chirurgie du rachis, la gynécologie médicale et chirurgicale ainsi que la dermatologie. C'est seulement en psychiatrie que le départ à la retraite d'un médecin n'a pas donné lieu à son remplacement faute de candidats. Certains postes qui ont vocation à être salariés concernent un mi-temps de gériatre et 0,6 ETP de médecin en soins palliatifs. Les spécialités de cardiologie, gastro-entérologie, radiologie, anesthésie/réanimation, chirurgie orthopédique sont majoritairement représentées. Seulement 23 médecins sont salariés, recouvrant plusieurs spécialités⁹⁰.

⁸⁸ Article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

⁸⁹ Arrêté du 19 janvier 2022 de l'ARS PACA fixant la liste des établissements de santé privés d'intérêt collectif habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier.

⁹⁰ Effectifs salariés : 1 algologie, 1 chirurgie digestive, 1 chirurgie endocrine, 1 chirurgie gynécologique, 1 dermatologie, 1 infectiologie, 1 oto-rhino-laryngologie, 5 médecins généralistes, autres effectifs dont DIM, pharmacie, médecine du travail (11).

5.2.1 L'exercice libéral au regard de la mission de service public hospitalier

5.2.1.1 Une attractivité de l'Hôpital Européen non remise en cause par la fin des dépassements d'honoraires

L'article 8 du contrat d'exercice libéral prévoit que « tout dépassement du tarif de responsabilité des caisses d'assurance maladie ne peut être opposé à l'établissement et doit faire l'objet par le praticien d'une information du patient et de l'hôpital, antérieurement aux soins aux fins qu'aucun dépassement ne puisse constituer une violation des conventions conclues avec les caisses susceptibles de compromettre le conventionnement de l'établissement ».

Selon l'hôpital, les dépassements pratiqués sont modérés avec « comme objectif de tendre vers un reste à charge zéro pour les patients ». Les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires adressés directement aux patients étaient au nombre de 72 en 2017 contre 74 en 2020. Le montant des dépassements ne représente en 2020 que 3,9 % du montant des honoraires de consultations et d'hospitalisations, soit 0,9 M€ sur un volume total de 24,3 M€. Néanmoins, plus de la moitié des dépassements, 0,5 M€ est réalisée par à peine dix médecins spécialistes de la chirurgie du rachis, digestive, esthétique, orthopédique et en ORL.

Le dispositif législatif qui encadre l'exercice libéral dans les ESPIC a fixé des échéances⁹¹ de mise en conformité des contrats pour mettre fin aux dépassements d'honoraires des praticiens libéraux. La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé laisse un délai supplémentaire jusqu'au 24 juillet 2022. La loi du 26 avril 2021 a introduit un alinéa complémentaire à l'article L. 6161-9 du CSP : « Par dérogation au 4° du I de l'article L. 6112-2, les professionnels médicaux libéraux ayant conclu un contrat avec les établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 qui [...] pratiquent des honoraires ne correspondant pas aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale sont autorisés à facturer des dépassements de ces tarifs ». Ces professionnels médicaux libéraux fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

La direction n'a pas modifié la clause du contrat d'exercice libéral pour les nouveaux entrants les autorisant toujours au dépassement. La majorité des médecins arrivés à compter de juillet 2019, environ une soixantaine, n'en ont pas facturé sauf deux d'entre eux en 2020, ce qui démontre que l'établissement sans avoir régularisé les contrats des médecins libéraux n'a pas perdu de son attractivité. L'établissement indique avoir rédigé des avenants qui ont été signés par la majorité des praticiens. En outre, les contrats d'exercice conclus après le 24 juillet 2022 prennent en compte la modification relative aux dépassements d'honoraires. C'est ainsi que conformément à l'article L. 6112-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement a inséré dans le nouveau modèle de contrat et les avenants, l'engagement du praticien à ne pas pratiquer des dépassements d'honoraires pour les patients admis en urgence, hospitalisés, bénéficiaires de la CMU ou de l'AME ou les patients sollicitant de la direction de l'établissement les garanties liées à l'exercice public.

⁹¹ 1^{ère} échéance : 10 août 2013 fixée par la loi « Fourcade » du 10 août 2011 interdisant aux ESPIC d'avoir recours après le 1er janvier 2012 à des médecins libéraux autrement que dans le cadre de l'article 6161-9 et, pour les contrats conclus avant cette date. 2^{ème} échéance : 26 janvier 2019 fixée par la loi du 26 janvier 2016 (art. 99), date à partir de laquelle les ESPIC devront établir avec ces médecins libéraux un contrat qui soit en conformité avec l'article L. 6161-9 et dont les modalités de mise en œuvre sont définies aux articles R. 6161-38 du CSP.

Pour autant, la remise en cause du principe du dépassement d'honoraire dans un ESPIC exerçant des missions de service public hospitalier risque à terme de créer une distorsion par rapport aux établissements publics de santé ou des établissements de santé privé à but lucratif comme les cliniques privées puisqu'ils ne sont pas concernés par ces évolutions législatives.

De surcroît, l'article L. 6112-2 du CSP qui dispose que « *les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services [...] l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale* » donne lieu à des divergences d'interprétation.

Ainsi, dans la décision n° 2019-792 rendue le 21 juin 2019 par le conseil constitutionnel, les médecins libéraux employés dans un établissement de santé privé assurant le service public hospitalier « *n'ont pas nécessairement vocation à y consacrer l'intégralité de leur carrière* » et peuvent donc cumuler celle-ci avec la pratique d'une activité libérale non soumise à interdiction des dépassements d'honoraires, en ville ou dans un autre type d'établissement.

La direction de l'Hôpital Européen estime que si les dépassements sont interdits lors de l'exercice de l'activité de SPH, ils demeurent possibles lors de l'exercice de l'activité purement libérale. La Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône précise que l'absence de commission d'activité libérale dans les ESPIC ne permet pas de contrôler l'activité libérale ni de détecter le cas échéant des dépassements d'honoraires pour les séjours hospitaliers comme pour les actes et consultations externes. Par ailleurs, les médecins libéraux qui exercent à titre exclusif au sein de l'hôpital Européen ne sont pas éligibles à l'option tarifaire Optam ou Optam-CO⁹².

5.2.1.2 Le non-respect de l'obligation d'information du patient

L'article R. 4127-53 du CSP dispose que « *les honoraires du médecin sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la complexité de l'acte, de la situation du patient et d'autre part que le médecin se conforme aux dispositions des articles L. 1111-3-2 et L. 1111-3-3 en ce qui concerne l'information du patient sur les frais afférents à ses prestations et aux conditions de prise en charge et de dispense d'avance de ces frais. Il veille à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires* ».

Le patient est informé du dépassement d'honoraires par le médecin qui lui fournit le devis. Mais l'information sur les tarifs des consultations et actes ne fait pas l'objet d'un affichage dans les bureaux de consultations. La direction indique qu'elle procédera à l'avenir à un affichage systématique quant aux différents tarifs pratiqués incluant les éventuels dépassements d'honoraires et clairement identifiables par médecin.

⁹² L'option pratique tarifaire maîtrisée ou l'option pratique tarifaire chirurgie et obstétrique permet aux praticiens libéraux s'ils s'engagent « *à maîtriser leurs dépassements d'honoraires, de bénéficier de majorations et actes spécifiques ainsi que d'une prime calculée au prorata de l'activité réalisée à tarif opposable* ».

5.2.2 Le non-respect d'obligations quant au contenu des contrats d'exercice libéral

L'exercice de l'activité libérale au sein d'un ESPIC n'étant pas autorisé par principe⁹³, un contrat d'exercice libéral est établi entre le praticien et l'Hôpital Européen pour une durée indéterminée assortie d'une période probatoire de six mois, précisant les conditions d'exercice de son activité dans sa spécialité. Il est tenu de participer à la permanence des soins⁹⁴ et de trouver son remplaçant en cas d'absence.

En contrepartie, conformément aux dispositions de l'article L. 6161-9 du CSP, l'établissement lui verse des honoraires aux tarifs prévus au paragraphe 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, minorés le cas échéant d'une redevance pour mise à disposition du plateau technique et du personnel salarié⁹⁵.

L'article 9 du contrat précise pour les tarifs que « *sauf accord contraire, aucune redevance n'est perçue par l'établissement* ». En réponse à l'absence de redevance, l'établissement a choisi d'appliquer les tarifs opposables de base sans se laisser la possibilité de verser au professionnel libéral un complément d'honoraires qui serait justifié au regard des missions assurées par le médecin et qui ne contredit pas l'intérêt financier⁹⁶.

Il est constaté que les honoraires dus aux médecins valorisés à partir de la grille tarifaire issue de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sont minorés. L'annexe 2 relative à la valorisation monétaire interne des actes prévoit, en effet, l'application d'un pourcentage différencié en fonction de la prise en charge du patient : s'il est hospitalisé, le praticien perçoit 93,8 % du montant dû et si le patient vient en consultation externe, le pourcentage varie de 60 % à 70 %. L'établissement indique appliquer un taux de réfaction pour tenir compte de l'utilisation du plateau technique et du personnel mis à la disposition des praticiens mais aussi des frais liés à la souscription de leurs contrats de prévoyance. L'annexe 3 du contrat d'exercice libéral prévoit, en effet, la prise en charge par l'établissement des cotisations afférant au régime de protection sociale qui couvre le risque de perte de revenus liés à la maladie, l'invalidité et le décès. De plus, durant la période de contrôle, ces tarifs appliqués n'ont pas fait l'objet d'une revalorisation par l'établissement.

Certaines spécialités comme l'anatomo-pathologie, la cardiologie, l'anesthésie, l'imagerie ou les urgences sont exclues de ce dispositif « *en raison de négociations historiques avec les équipes médicales* », ce qui signifie une mise à disposition gratuite des installations et du personnel.

Selon l'article D. 6154-10-1 du CSP, « *la redevance mentionnée à l'article L. 6154-3 due à l'établissement par les praticiens qui exercent une activité libérale, est fixée en pourcentage des honoraires perçus au titre de cette activité*⁹⁷. »

⁹³ Réponse du ministère auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargé de l'organisation territoriale et des professions de santé – Journal officiel du 17/11/2022.

⁹⁴ Article 7 du contrat « continuité des soins, gardes, astreintes ».

⁹⁵ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

⁹⁶ En référence à l'article L. 6161-9 du CSP.

⁹⁷ « *Toutefois, ne sont pas soumis à redevance les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil* ».

Si la réfaction opérée ne peut être assimilée au calcul de la redevance, pour autant, l'Hôpital Européen est un établissement assurant des missions de service public hospitalier (comparable aux EPS) qui compte une majorité de médecins libéraux sans être soumis aux mêmes règles du droit d'exercer une activité libérale à l'hôpital public⁹⁸.

Par son statut d'ESPIC, l'établissement n'est pas tenu de facturer une redevance contrairement aux EPS qui l'enregistrent dans un compte de produits, au compte « retenues et versements sur activité libérale » comme le prévoit la circulaire⁹⁹ sur les règles de facturation des soins, ce qui a pour but de comptabiliser distinctement les produits de redevance des charges relatives à la redevance dans le respect du principe de sincérité des comptes.

En outre, la redevance due par les médecins libéraux étant assujettie à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) au taux de 20 %, l'établissement s'en trouve exonéré puisqu'il opère une minoration de la tarification des actes du praticien et non le versement d'une redevance.

Le dispositif de l'Hôpital Européen s'apparente à celui en vigueur dans le secteur privé à but lucratif, au sein duquel les médecins reversent une part de leurs honoraires en contrepartie des moyens mis à leur disposition conformément à l'article R. 162-26 du code de la sécurité sociale et ont la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires

En outre, le contrat spécifie un âge limite d'exercice de 65 ans, au-delà duquel il est possible de poursuivre son activité sous réserve d'une autorisation délivrée par l'établissement et après avis de la commission médicale consultative. Au 31 décembre 2021, 30 médecins avaient un âge compris entre 65 ans et 83 ans. Ceux arrivés dans l'établissement avant 2009 ne sont toutefois pas concernés par la limite d'âge en l'absence de mention au contrat. Pour les autres, l'établissement indique ne pas formaliser la demande de reconduction de contrat et la CME n'est pas consultée. L'hôpital devrait systématiser dorénavant cette pratique.

Ce modèle de rémunération basé sur le recours aux médecins libéraux autorisant le dépassement d'honoraires, constitue un levier fort de l'attractivité de l'établissement. Il constitue aussi un argument de plus pour caractériser l'Hôpital Européen dans un modèle dérogatoire proche des établissements privés à but lucratif.

5.3 Les moyens mis en œuvre pour l'attractivité et la fidélisation du personnel non médical

Les effectifs sont majoritairement (81 %) en contrat à durée indéterminée (CDI) affectés en plus grand nombre dans les structures de médecine d'urgence, de réanimation, de bloc et services d'hospitalisation. L'évolution de ces contrats est à la hausse de 2017 à 2021 (16 %).

⁹⁸ La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle les praticiens sont astreints et le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

⁹⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Tableau n° 21 : Répartition du personnel de soins (CDI) par spécialité médicale/chirurgicale en 2021

Nombre de salariés	Ambulatoire		Médecine		Endoscopie	Bloc SSPI	Réa / SRPR	Urgence	Total général
	Chirurgie	Médecine	Consultation	Hospitalisation					
IDE JOUR	15	9	26	45	25	64	42	57	283
IDE NUIT	0	0	0	33	0	0	36	46	115
AS JOUR	9	2	17	50	13	13	23	27	154
AS NUIT	0	0	0	34	0	0	19	23	76
SURVEILLANT	1	1	1	7	2	5	2	1	20
ASH JOUR	5	3	14	40	3	15	10	12	102
ASH NUIT	0	0	3	0	0	2	3	8	16
TOTAL	30	15	61	209	43	99	135	174	766
Surveillant de nuit	4								770

Source : Hôpital Européen - données au 31/12/2021.

Le nombre de contrats à durée déterminée (CDD) progresse moins vite (+ 13 %) entre 2017 et 2021 passant de 143 à 162 ETPR (Cf. Annexe n° 12). Mais, selon les bilans sociaux, le recours aux contrats de courte durée (entre un et trois mois) a progressé sur la période de moitié et concerne 82 % de l'effectif (Cf. Annexe n° 12).

Entre 2019 et 2020, le nombre d'ETPR des services de soins a augmenté de 14,15 ETPR en raison de la crise sanitaire, notamment sur les secteurs de réanimation et de soins intensifs. Dans ces services, le renfort d'effectif s'est traduit par le passage de deux à quatre infirmiers pour cinq patients lors de la première vague à trois infirmiers pour les autres. Concrètement, cela a généré pour cinq lits de réanimation un renfort de 9,6 ETP pour la première vague et 4,8 ETP pour les autres. Cette situation a été bien gérée dans la mesure où sous les effets conjugués de la baisse d'activité liée à la déprogrammation et de la réduction des chambres double à un lit, des marges sur le personnel soignant ont été observées permettant de rationaliser les effectifs présents.

L'établissement déclare un volume de 14 553 heures supplémentaires pour un montant valorisé à 463 000 € (charges comprises) représentant l'équivalent de huit ETP. Ces heures supplémentaires ont été réalisées essentiellement par le personnel non médical, dont les infirmiers à hauteur de 68,4 % et les aides-soignants à hauteur de 18,06 %. Ce niveau d'heures supplémentaires peut être analysé comme faible et ne caractérise pas une situation de tension. D'ailleurs, l'absentéisme n'a que légèrement évolué durant la période et le passage définitif en douze heures de services est intervenue en fin de crise sanitaire, en novembre 2021.

Au 31 décembre 2021, l'Hôpital Européen comptait 22 postes vacants¹⁰⁰ d'ETP dont notamment 15 IDE et trois aides-soignants. Il a ainsi fait appel, en dernier recours, à des intérimaires (2,45 ETP en 2021) pour pallier le manque de personnel. Le recours à l'intérim demeure limité. En 2017, le nombre quotidien d'équivalents temps plein en intérim était de 1,53, contre 1,72 en 2020¹⁰¹.

¹⁰⁰ Un brancardier, une secrétaire médicale et un agent de restauration collective.

¹⁰¹ Selon les données issues des bilans sociaux.

Face à la difficulté de recrutement du personnel soignant, l'établissement a depuis novembre 2021, réorganisé le travail de ses équipes en 12 heures, ce qui a permis une économie de 9,56 ETP d'IDE et 6,9 ETP d'aides-soignants, dont plus de la moitié dans les services de blocs et des urgences. La mise en place d'un pool de remplacement de 3,33 ETP d'IDE supplémentaires est la conséquence de ce passage en 12 heures.

Afin de favoriser les recrutements, l'Hôpital Européen prévoit également des actions de formation dans le cadre de contrats d'apprentissage (6 en 2017, 9 en 2020) en alternance pour permettre au personnel hospitalier de valider une formation diplômante d'aide-soignant avec une création de cinq postes en 2022.

La Fondation Hôpital Ambroise Paré relève de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (CCN 51).

Au-delà de ce que prévoit la convention, la politique d'attractivité de l'établissement en matière de rémunération dans un contexte de pénurie de main d'œuvre a été renforcée par le biais d'accords d'entreprise. Des primes de service sont notamment versées au personnel au regard de leur fonction et de leur expertise ; 373,45 ETP en ont été bénéficiaires pour un montant mensuel allant de 80 € à 344 €. La reprise d'ancienneté à hauteur de 100 % contre 75 %¹⁰² fixés par la convention collective a concerné 360 infirmiers et 13 manipulateurs en radiographie. En outre, l'établissement verse, à compter de 2022, dans les conditions prévues par la loi de finances 2021 la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat d'un montant de 150 €. Les cadres de santé perçoivent une prime d'objectif d'un montant maximum de 750 €.

Pour les cadres supérieurs, le forfait annuel en jours appelé « forfait jour » leur est appliqué : il comprend 216 jours travaillés par an durant lesquels les salariés disposent d'une totale liberté dans l'organisation de leur temps de travail. En outre, une prime sur objectifs dont le montant est compris entre 5 et 10 % de la rémunération annuelle leur est versée en fonction du niveau d'encadrement.

5.4 Un taux d'absentéisme modéré

Le nombre de jours de maladie a augmenté sur la période de 36 % en raison de la crise sanitaire comme celui des accidents du travail (+ 31 %) alors que jusqu'en 2019, les tendances observées des deux indicateurs sont à la baisse (- 4 % et - 9 %). En 2018, des départs pour inaptitude au poste sont intervenus, ce qui explique le taux de 6 %.

Le taux d'absentéisme du personnel non médical est de 8,6% en 2019 et diminue de manière significative en 2021 puisqu'il s'élève à 7,5 % (Cf. Annexe n° 3).

¹⁰² La CCN 51 dans sa version en vigueur depuis juin 2014 prévoit également une reprise d'ancienneté à 100 % si celle-ci est acquise dans un établissement du même groupe ou un établissement appliquant la même convention collective, sinon la reprise d'ancienneté est de 75 %.

Tableau n° 22 : Évolution de l'absentéisme 2017-2020

	2017	2018	2019	2020	2020/2017	2019/2017
Nombre de jours de maladie	24 514	24 225	23 650	33 335	36 %	- 4 %
Nombre de jours d'accident du travail	5 676	5 638	3 930	6 120	8 %	- 31 %
Nombre total de jours d'absence hors maternité	30 190	29 863	27 580	39 455	31 %	- 9 %
Taux d'absentéisme global (personnel médical et non médical)	8,40 %	6 %	8,70 %	9,50 %		

Source : Bilans sociaux

À titre de comparaison, selon Hospidiag, le taux d'absentéisme du personnel non médical du centre hospitalier intercommunal d'Aix en Provence-Pertuis (CHIAP) est de 7,9 % et celui de l'AP-HM de 9,4 % en 2019.

5.5 Les impacts de la crise COVID-19

5.5.1 Les changements organisationnels

La crise sanitaire a été l'occasion pour l'Hôpital Européen de mettre en œuvre de nouvelles pratiques en matière de gestion des ressources humaines.

Deux accords d'entreprise¹⁰³ ont été signés entre la direction et les partenaires sociaux. Ils visent à mettre en place des mesures incitatives pour améliorer la prise en charge des salariés. Un accord en date du 15 juin 2020 fixe les conditions d'un service minimum « renforcé » en cas de grève ; accord ayant fortement limité les impacts négatifs des situations de grève lors des revendications sur le COVID-19 au bénéfice de la prise en charge des patients.

Un autre accord du 07 décembre 2021 concerne, entre autres, l'encadrement des effets du chômage partiel et des absences dérogatoires (garde d'enfant notamment) sur la prime décentralisée et l'acquisition de droits aux congés. Le dispositif de chômage partiel a concerné 191 agents toutes catégories confondues et notamment des infirmiers et infirmiers spécialisés et des aides-soignants pour une durée de 3 344 jours.

Un nouveau mode d'organisation des méthodes de travail a été formalisé au moyen d'une charte du télétravail à destination des professionnels dont les missions sont compatibles : agents de l'administration, direction, techniciens de l'information médicale, techniciens informatiques. Elle a été négociée dans l'urgence avec les représentants du personnel et s'est conclue par un accord sur le télétravail applicable à compter de septembre 2020. Ainsi, deux périodes de télétravail sont prévues et ont été observées : une phase normale qui concerne 8 agents sur 79 soit 10 % des effectifs pour une moyenne de 0,5 jours par salariés ; une phase dite de « crise sanitaire » qui permet à 34 agents sur 79 (soit 43 %) de bénéficier en moyenne de 2,2 jours de télétravail.

¹⁰³ En date du 18 juin 2020 et du 07 décembre 2021.

Tout au long de la crise, soucieux de maintenir un dialogue social de qualité, l'établissement s'est efforcé de travailler de concert avec les représentants du personnel afin de limiter les impacts négatifs de la crise sanitaire. Ainsi, il met en avant les efforts de concertation avec les instances concernées (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, Comité Social Économique, délégués syndicaux) lors de réunions extraordinaires¹⁰⁴ en complément de réunions régulières techniques visant l'adaptation du protocole sanitaire.

En lien avec la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et le service de santé au travail, l'hôpital a entrepris une démarche d'évaluation des risques psychosociaux permettant de définir un plan d'actions.

À l'inverse, des éléments de concurrence sont observés pour les recrutements de professionnels paramédicaux et notamment des métiers d'infirmiers.

5.5.2 Une rémunération incitative

Dès les premiers mois de la crise sanitaire, l'Hôpital Européen n'a pas été en mesure d'anticiper les effets liés aux versements du Ségur de la Santé du fait de la diffusion tardive de directives gouvernementales à destination des ESPIC.

Pour faire face à ce problème, l'établissement a instauré un système de motivation reposant sur un circuit de recrutement court, un contrat prévoyant un droit de vacation et/ou une promesse d'embauche, et la signature de contrat à durée déterminée long (supérieur à trois mois). L'établissement a donc travaillé sur la construction d'un « plan politique salarial » incitatif en lien avec l'hôpital St-Joseph et la FEHAP qui n'a finalement pas été concrétisé. Sans être clairement formalisé, ce plan s'articule autour de plusieurs dispositifs : prime dispositif COVID-19, congés payés, et prime de réanimation – urgence.

Les salariés qui effectuent une journée de travail supplémentaire d'une séquence minimale de cinq heures ont perçu la prime « dispositif COVID-19 » d'un montant de 60 € pour les infirmiers, psychologues, manipulateurs radios et aide-soignant et 40 € pour les agents des services logistiques, brancardiers, service technique et agent administratif.

Ainsi, en 2020 et 2021, des primes ont été versées pour un montant total de 334 000 €, soit plus de 60 % de l'effectif des soins et des services techniques.

De la même façon, un mécanisme inédit de compensation de la perte d'activité des médecins libéraux a été mis en œuvre pour un montant de 4,65 M€ en 2020 et 2,11 M€ en 2021 (Cf. Annexe n° 14). Ainsi, ce sont quatre protocoles qui ont été conclus entre le président de la CME et le président de la Fondation Hôpital Ambroise Paré¹⁰⁵, ils précisent le dispositif mis en place par l'établissement pour compenser une partie de la perte d'honoraires des praticiens libéraux ont été établis sur 19 mois entre mars 2020 et décembre 2021.

¹⁰⁴ CHSCT réuni en séances extraordinaires les 14 avril 2020 et 02 avril 2021, et CSE réunit en assemblée plénière le 20 mars 2020.

¹⁰⁵ Protocole validé en assemblée générale de CME le 15 juin 2020 et en Conseil d'administration de la Fondation Hôpital Ambroise Paré le 26 juin 2020, transmis à l'ordre des médecins.

Cette compensation d'honoraires, qui se justifie selon l'établissement par le principe de la garantie de financement accordé aux établissements de santé à l'occasion des différentes vagues COVID-19, est calculée individuellement sur la moyenne mensuelle des honoraires nets versés sur les 12 mois de l'année 2019, incluant l'activité hospitalière et externe¹⁰⁶. Cette compensation est exclusive des dépassements d'honoraires et des actes non remboursés par l'Assurance maladie. Ces protocoles précisent également les montants de rémunération forfaitaire des secteurs COVID-19 : 500 € pour 12 heures pour les praticiens libéraux impliqués dans les nouvelles lignes de garde ; 200 € par tranche de 4 heures pour l'astreinte téléphonique ; et 200 € pour une vacation de 4 heures de prélèvement.

5.5.3 Un élan de complémentarité limité dans le temps

Si la crise sanitaire a été l'occasion d'une complémentarité inédite entre établissements publics et privés, certes régulée par l'ARS, la concurrence entre les secteurs a notamment été aggravée dans le domaine des ressources humaines.

L'Hôpital Européen a subi dans les premiers temps de la crise les limites d'une approche sectorielle du système de santé où les mesures nationales prises (mesures salariales, garantie de financement, organisation et distribution des approvisionnements d'équipements de protection individuelle *via* les établissements supports de GHT) visaient d'abord les établissements publics de santé.

Cette primauté a placé l'établissement, plus généralement les ESPIC, dans une difficulté de gouvernance au plus fort de la crise sanitaire. Par exemple, les interrogations comme les doutes portant sur le maintien d'une rémunération des médecins libéraux au moment de la baisse d'activité, alors qu'aucun dispositif national compensatoire n'était envisagé, ont engendré des dissensions internes.

Si la direction, la communauté médicale et les administrateurs ont réagi rapidement et mis en œuvre un dispositif dit « parachute », la concurrence en matière d'attractivité médicale et de recrutement s'en est trouvée dans l'intervalle directement renforcée et ce, dans les mêmes proportions pour la gestion du personnel paramédical¹⁰⁷.

Ainsi, si un élan de la solidarité a pu être observé à l'occasion de la crise sanitaire, la prolongation de celui-ci demeure hypothétique. Les logiques sectorielles restant fortes, les coopérations entre établissements publics et privés s'inscrivent dans un périmètre circonscrit : le caractère intrinsèquement concurrentiel du système de santé reprenant *de facto* le dessus aux sorties de la crise.

¹⁰⁶ La compensation d'honoraires versée à l'ensemble des praticiens ne peut dépasser 80 % de la moyenne des honoraires nets versés en 2019 rapportée à la période sauf cas particulier traités en Commission mixte, composée de représentants du bureau de la CME et de la Direction.

¹⁰⁷ Exemple d'écart entre secteur public et privé, celui de l'indemnité compensatrice de congés non pris. En vertu du décret n° 2020-1685 du 23 décembre 2020, les congés refusés entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2020 pour raison de service peuvent faire l'objet d'une indemnisation compensatrice d'un montant brut journalier variant de 110 à 200 euros selon la catégorie hiérarchique. Ce dispositif n'est applicable qu'aux établissements publics.

ANNEXES

Annexe n° 1. Liste des activités soumises à autorisation communiquée par l'établissement...	76
Annexe n° 2. Analyse des locations de la Fondation Hôpital Ambroise Paré	77
Annexe n° 3. Organigramme des instances actualisé à décembre 2020	78
Annexe n° 4. Évolution des soldes intermédiaires de gestion.....	79
Annexe n° 5. Évolution du montant des MIGAC et FIR	80
Annexe n° 6. Déséquilibre Nord – Sud dans la répartition des lits d'hospitalisation par nombre d'habitants à Marseille	81
Annexe n° 7. Part des hospitalisations des patients bénéficiaires de la protection universelle maladie	82
Annexe n° 8. Évolution de l'activité pendant la crise COVID-19	84
Annexe n° 9. Évolution des tarifs des 10 principaux GHM de l'Hôpital Européen et comparaison public / privé	85
Annexe n° 10. Évolution du chiffre d'affaires relatifs aux groupes homogènes de soins et des tarifs GHS Moyens	86
Annexe n° 11. Évolution de l'activité par spécialité.....	87
Annexe n° 12. Nombre d'ETP rémunérés par type de contrat.....	89
Annexe n° 13. Taux de recours au personnel en contrat à durée déterminée (CDD)	90
Annexe n° 14. Évolution de l'absentéisme	91
Annexe n° 15. Synthèse financière des protocoles d'accord relatif à la compensation des honoraires médicaux pendant la crise COVID-19	92
Annexe n° 16. Glossaire	93

Annexe n° 1. Liste des activités soumises à autorisation communiquée par l'établissement

ACTIVITE	DOMAINE	DATE D'AUTORISATION OU DE RENOUELEMENT	DATE D'ECHEANCE	REFERENCE ARHGOS ARS
<i>Cancer</i>	Activité de soins de traitement contre le cancer - chimiothérapie (hospitalisation complète et partielle de jour), pathologies digestives, mammaires, gynécologiques, ORL, cervico-faciales et maxillo-faciales, thoraciques, urologiques : hospitalisation complète et partielle de jour), - chirurgie carcinologique soumise à seuil	14/10/2019	14/04/2027	93-93-4098 ; 93-93-44273 ; 93-93-44274 ; 93-93-44276 ; 93-93-44277 ; 93-93-44278 ; 93-93-46822 ; 93-93-48617 ; 93-93-64072
<i>Chirurgie</i>	Chirurgie - Hospitalisation complète - Hospitalisation ambulatoire	03/08/2016, 03/02/2022	03/08/2021, 03/02/2029	93-93-3083 ; 93-93-3085
	Chirurgie Esthétique	10/04/2019	10/10/2024	
<i>Médecine</i>	Médecine - Hospitalisation Complète - Hospitalisation Ambulatoire	03/08/2016, 03/02/2022	03/08/2021, 02/02/2029	93-93-3082 ; 93-93-3084
<i>Réanimation</i>	Réanimation médico-chirurgicale	20/10/2017	20/04/2024	93-93-3086
<i>SMC</i>	Surveillance médicale continue (11 lits)	01/09/2013	Non communiqué	
<i>Urgences</i>	Médecine d'urgence	26/03/2017	26/09/2022	93-93-2052
<i>DUV</i>	Dépôt de sang	06/01/2019	05/01/2024	
<i>Éducation thérapeutique</i>	Diabète de type II	12/01/2020	12/01/2024	
	VIH	02/03/2020	01/03/2024	
	Euro-Respi (Maladies respiratoires chroniques obstructives)	10/03/2020	01/03/2024	
	Euro-Immun (Maladies auto immunes et auto inflammatoires du système digestif)	09/06/2021	08/06/2025	
<i>Équipement</i>	Scanner interventionnel	Pas de durée prévue		
<i>LISP</i>	Soins palliatifs (2 x 8 lits)	15/05/2014, 01/02/2017	Indéfinie	
<i>Vaccination</i>	Centre Vaccination Internationale	22/12/20216	Non communiqué	

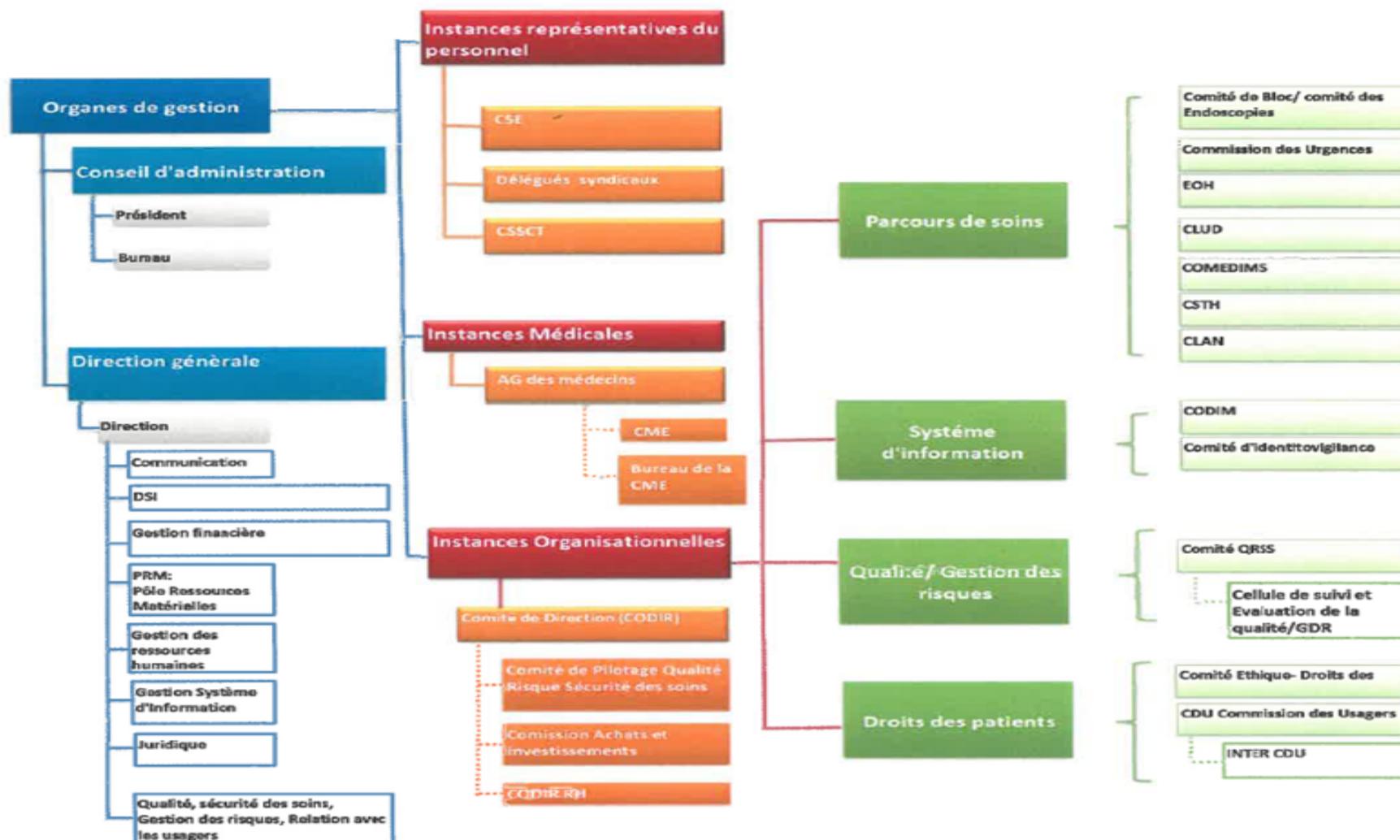
Source : Hôpital Européen

Annexe n° 2. Analyse des locations de la Fondation Hôpital Ambroise Paré

Évolution des loyers	2017	2018	2019	2020	Moyenne sur la période	Superficie	Coût €/m ²	Évolution 2020/2017
Locaux loués par la Fondation Hôpital Ambroise Paré								
à AHPP								
Loyer	85 590 €	93 171 €	96 349 €	98 691 €	93 450 €	367	254,63 €	15,31 %
Charges	5 293 €	4 740 €	3 922 €	9 679 €				- 22,57 %
à SSI								
Loyer	113 606 €	125 883 €	130 177 €	133 341 €	125 752 €	496	253,53 €	17,37 %
Charges	8 522 €	7 283 €	9 305 €	18 228 €				- 10,41 %
à Euromed Cardio								
Loyer	631 531 €	639 569 €	661 385 €	677 460 €	652 486 €	2 520	258,92 €	7,27 %
Charges	113 288 €	107 097 €	73 242 €	79 098 €				- 53,19 %
à SDIM								
Loyer	181 064 €	247 105 €	255 535 €	261 745 €	236 362 €	969	243,92 €	44,56 %
Charges	9 230 €	7 573 €	14 588 €	26 966 €				18,93 %
Locaux loués par l'association Hôpital Paul Desbief à la Fondation Hôpital Ambroise Paré								
Loyer	78 091 €	80 523 €	81 983 €	84 573 €	81 293 €	45 394	0,56 €	8,30 %
Charges								

Source : Hôpital Européen après retraitement des charges entre les différents types de refacturations (consommables) sur les années 2017 et 2018. À noter que l'établissement précise sur le poste « charges », il ne s'agit pas uniquement des charges locatives mais de tout type de charges (comptes 61 et 62)

Annexe n° 3. Organigramme des instances actualisé à décembre 2020



Source : Hôpital Européen

Annexe n° 4. Évolution des soldes intermédiaires de gestion

<i>En milliers d'euros</i>	2017	2018	2019	2020	Évolution	Évolution en montant 2020/17
CHIFFRE D'AFFAIRES	125 830,30	126 462,70	129 565,00	140 669,30*	11,79 %	14 839
- Achats consommés	22 033,50	21 836,40	23 988,30	24 533,95	11,35 %	2 500
= MARGE TOTALE	103 796,8	104 626,30	105 576,70	116 135,35	11,89 %	12 339
- Charges externes	60 054,60	60 931,20	61 999,50	60 436,70	0,64 %	382,10
= VALEUR AJOUTEE	43 742,2	43 695,10	43 577,20	55 698,65	27,33 %	11 956
- Charges de personnel (hors participation des salariés et charges externes)	43 212,40	45 081,60	43 702,10	46 464,30	7,53 %	3 252
- Impôts et taxes	3 522,30	3 421,20	4 709,40	4 603	30,68 %	- 8 125
+ Subventions d'exploitation	2 239,9	1 854,10	1 991,30	2 208,40*	- 1,41 %	- 4 448
=EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	- 752,7	-2 953,50	- 2 843	6 840		7 592
- Dotations aux amortissements et provisions	10 291,20	9 869,50	9 338,96	10 823,81	5,18 %	533
+ Autres produits et charges d'exploitation	10 699,5	11 088,10	11 377	10 081	- 5,78 %	- 618
= RESULTAT D'EXPLOITATION	- 344,4	- 1 734,90	- 805	- 6 097		- 5 754
Bénéfice attribué ou perte transférée						
Perte supportée au bénéfice transféré	-2,2	-1,6	- 1,5	- 1,3		
+ RESULTAT FINANCIER	-3 462	-3 468,80	- 3 763,90	- 3 348	- 3,29 %	113
= RESULTAT COURANT	-3 808,1	- 5 205,40	- 4 570,50	2 747,7	- 172,2 %	6 555,8
Produits exceptionnels	4 887,80	6 319,90	4 977,30	5 084,20		
Charges exceptionnelles	4 631,40	5 373,60	4 729,50	8 488,20		
+ RESULTAT EXCEPTIONNEL	256,4	946,3	247,8	- 3 404		- 3 660
- Impôt sur les bénéfices						
- Participation des salariés aux résultats						
= RESULTAT NET	- 3 551,7	- 4 259,00	- 4 322,60	- 656,2	- 81,52 %	2 895,5
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	6 819,40	6 524,10	4 971,10	13 319,80	95,32 %	6 500,30

Source : rapports commissaire aux comptes

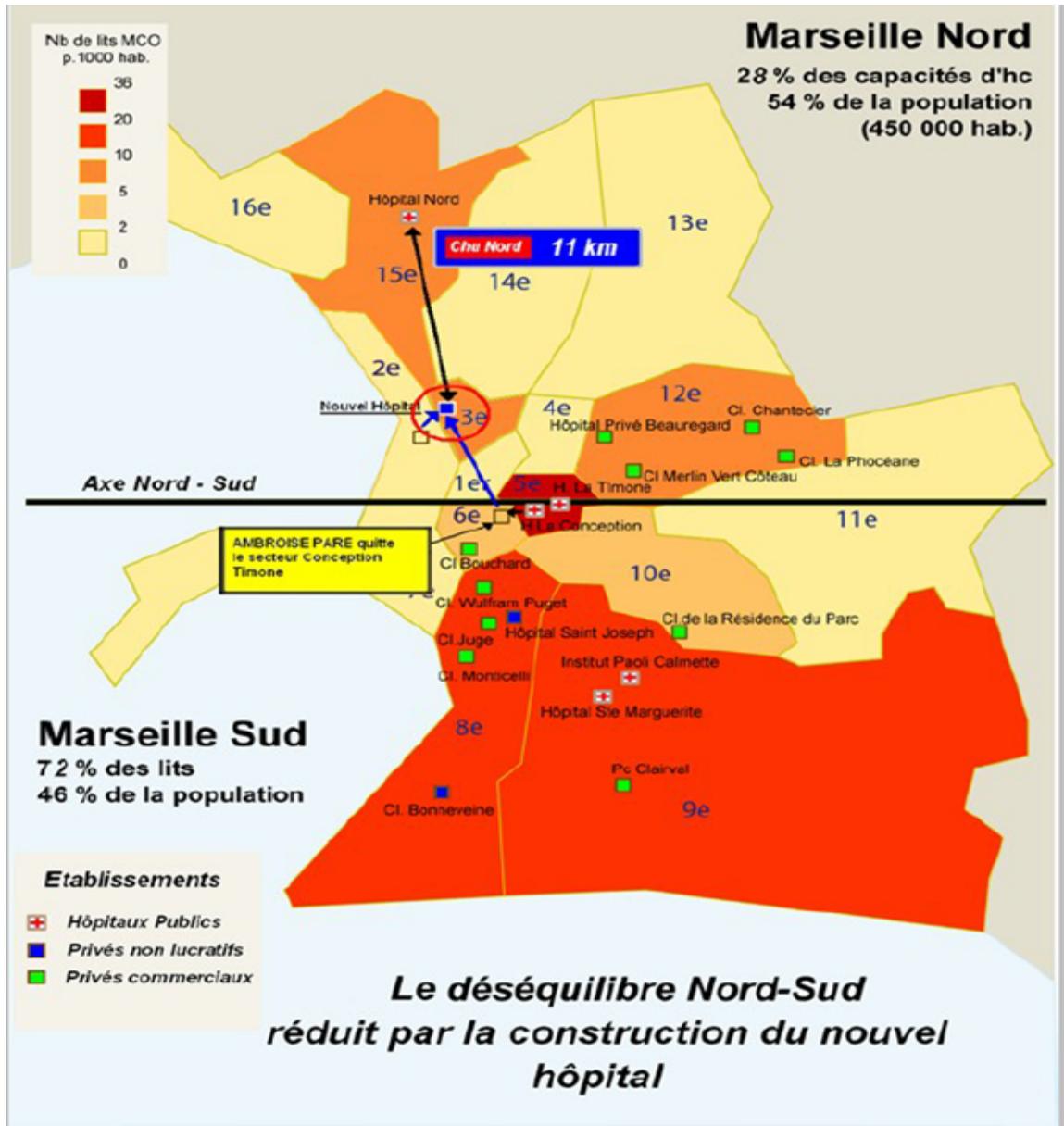
*Retraité en 2020 de la subvention FIR de 1 793 657€ au niveau du chiffre d'affaires et reprise dans les subventions d'exploitation.

Annexe n° 5. Évolution du montant des MIGAC et FIR

<i>En €</i>	2017	2018	2019	2020	Évolution 2017/2020
Dotations MIGAC MCO	7 981 457	10 253 040	8 828 614	16 773 183	110,15 %
<i>Dont MIG</i>	2 929 460	3 022 315	3 206 630	3 412 402	16,49 %
<i>Dont AC</i>	5 051 997	7 230 725	5 621 984	13 360 781	164,47 %
<i>Dont AC aides financières budgétaires</i>	1 210 927	3 389 655	1 780 914	9 519 711	686,15 %
<i>Dont AC aides financières investissement</i>	3 841 070	3 841 070	3 841 070	3 841 070	0 %
FIR dont	1 920 321	1 617 539	1 752 860	1 793 657	- 6,60 %
<i>Dont FIR aides financières budgétaires</i>	1 600 321	1 617 539	1 758 860	1 793 657	12,08 %
<i>Dont FIR aides financières investissement</i>	320 000				
TOTAL MIGAC + FIR	9 901 778	11 870 579	10 581 474	18 566 840	87,51 %
<i>Dont aides financières budgétaires (AC, DAF, FIR)</i>	2 811 248	5 007 194	3 533 774	11 313 368	302,43 %
<i>Dont aides financières investissement (AC, DAF, FIR)</i>	4 161 070	3 841 070	3 841 070	3 841 070	- 7,69 %

Source : comptes financiers

Annexe n° 6. Déséquilibre Nord – Sud dans la répartition des lits d’hospitalisation par nombre d’habitants à Marseille



Source : projet stratégique Horizon 2020 – Hôpital Européen

Annexe n° 7. Part des hospitalisations des patients bénéficiaires de la protection universelle maladie

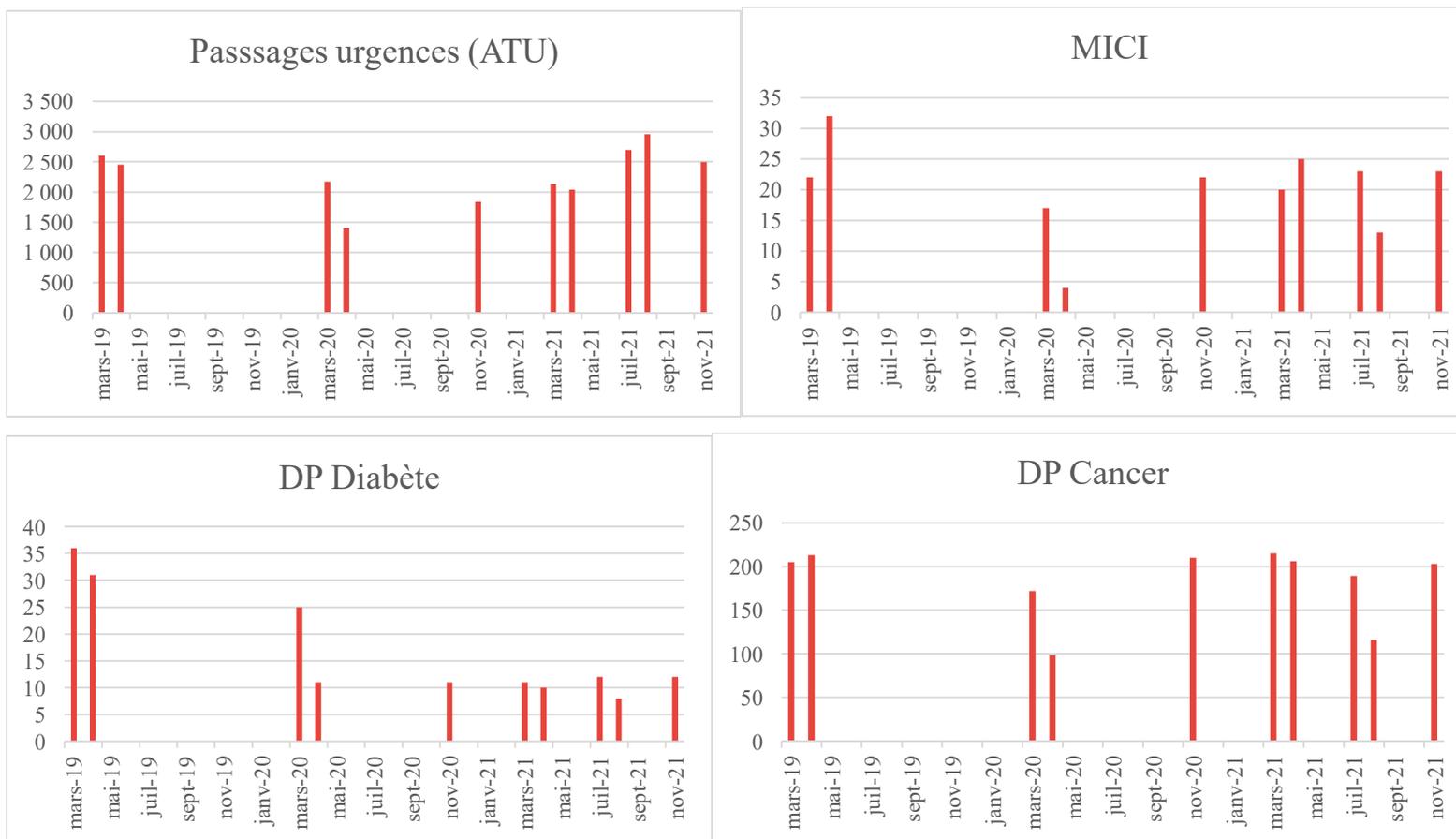
Dénomination de l'établissement	Bénéficiaires	Nombre total de patients hospitalisés ¹⁰⁸	%
CLINIQUE DE BONNEVEINE	1 347	8 981	15 %
HÔPITAL EUROPEEN DESBIEF AMBROISE PARE	6 312	42 611	15 %
CLINIQUE CHANTECLER	1 050	9 672	11 %
CLINIQUE MONTICELLI VELODROME	1 222	11 980	10 %
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	2 803	31 095	9 %
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN	790	9 120	9 %
CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE LA PHOCEANNE	412	4 771	9 %
AP-HM	23 430	281 392	8 %
HÔPITAL SAINT JOSEPH	4 056	53 840	8 %
CLINIQUE JUGE	1 503	21 516	7 %
CH MONTOLIVET	0	1 351	0 %
CLINIQUE BEAUREGARD	0	25 959	0 %
CLINIQUE BOUCHARD	0	38 767	0 %
CLINIQUE VERT COTEAU	0	11 227	0 %

Source : retraitement données 2021- base MCO – Cour des Comptes – Direction des méthodes

Source : Site internet Hôpital Européen

¹⁰⁸ Catégories d'activités de soins : Médecine : 3ème lettre du GHM égal à M ou Z (hors CM 14,15 et 28), Chirurgie : 3ème lettre du GHM égal à C (hors CM 14,15 et 28) ; Peu Invasif : 3ème lettre du GHM égal à K (hors CM 14,15 et 28) ; Séances : CM 28 de la classification des GHM.

Annexe n° 8. Évolution de l'activité pendant la crise COVID-19



Source : données Hôpital Européen

Annexe n° 9. Évolution des tarifs des 10 principaux GHM de l'Hôpital Européen et comparaison public / privé

Code	Libellé du GHM	Tarifs public						Tarifs privé					
		2017	2018	2019	2020	Evolution 2020/2017	2021	2017	2018	2019	2020	Evolution 2020/2017	2021
GHM 1	06K04J - Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	709,04	706,05	706,89	708,56	- 0,07 %	766,77	354,83	366,49	367,06	367,13	3,47 %	390,93
GHM 2	28Z07Z - Chimiothérapie pour tumeur, en séances	403,53	382,77	383,11	384,02	- 4,83 %	415,56	309,41	301,36	301,75	301,81	- 2,46 %	321,38
GHM 3	06K02Z - Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	857,95	854,36	855,43	857,45	- 0,06%	928,07	461,98	473,78	474,49	474,59	2,73 %	505,36
GHM 4	28Z17Z - Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	363,36	334,72	335,02	335,81	- 7,58 %	369,46	215,61	195,24	195,49	195,53	- 9,31 %	215,51
GHM 5	03K02J - Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	1 185,53	1 180,48	1 181,73	1 184,52	- 0,09 %	1 280,37	504,69	521,23	521,94	522,05	3,44 %	555,90
GHM 6	02C05J - Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	1 253,70	1 248,38	1 249,76	1 252,71	- 0,08 %	1 355,87	720,81	744,46	745,54	745,69	3,45 %	794,04
GHM 7	23K02Z - Explorations nocturnes et apparentées (séjours < 2 jours)	503,50	501,43	502,17	503,36	- 0,03 %	539,22	265,05	273,79	274,32	274,38	3,52%	292,17
GHM 8	07K04J - Endoscopie biliaire diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	1 070,19	1 065,80	1 067,39	1 069,91	- 0,03 %	1 157,95	446,42	461,12	461,93	462,02	3,49%	491,98
GHM 9	08C44J - Autres interventions sur la main, en ambulatoire	1 307,50	1 293,11	1 294,38	1 297,44	- 0,77 %	1 403,08	522,95	540,09	541,52	575,91	10,13 %	613,25
GHM 10	01C15J - Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	949,88	935,85	936,91	939,13	- 1,13 %	1 015,38	385,29	397,93	398,50	406,22	5,43 %	432,56
	Total	8 604,18			8 532,91		9 231,73	4 187,04			4 325,33	23,89 %	4 613,08
			2020/2017		- 0,83 %	2021/2017	7,29 %		2020/2017		3,30%	2021/2017	10,18%

Source : Tarifs MCO et HAD - Publication ATIH (sante.fr)

Annexe n° 10. Évolution du chiffre d'affaires relatifs aux groupes homogènes de soins et des tarifs GHS Moyens

	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2021/2017
Chiffre d'affaires GHS	89 305 305 €	87 711 758 €	88 833 425 €	73 790 538 €	84 954 153 €	- 4,87 %
Nombre total de GHM	50 677	50 557	53 077	43 635	48 870	- 3,57 %
Tarif moyen de GHS	1 762,25 €	1 734,91 €	1 673,67 €	1 691,09 €	1 738,37 €	- 1,35 %
<i>dont chiffre d'affaires en hospitalisation complète</i>	62 476 602 €	60 169 932 €	59 638 070 €	48 847 156 €	52 420 489 €	- 16,10 %
<i>Nombre total de GHM > 24h</i>	18 470	17 883	17 940	13 594	13 244	- 28,29 %
<i>Tarif moyen de GHS hospitalisation complète</i>	3 382,60 €	3 364,64 €	3 324,31 €	3 593,29 €	3 958,06 €	17,01 %
<i>dont chiffre d'affaires en ambulatoire</i>	23 462 814 €	24 399 871 €	25 510 104 €	21 202 328 €	28 071 617 €	19,64 %
<i>Nombre total de GHM < 24h</i>	23 832	24 443	25 347	20 116	24 600	3,22 %
<i>Tarif moyen GHS ambulatoire</i>	984,51 €	998,24 €	1 006,43 €	1 054,00 €	1 141,12 €	13,72 %
<i>dont chiffre d'affaires en séance</i>	3 365 889 €	3 141 955 €	3 685 251 €	3 741 054 €	4 462 047 €	32,57 %
<i>Nombre total de GHM</i>	8 375	8 231	9 790	9 925	11 026	31,65 %
<i>Tarif moyen GHS séances</i>	401,90 €	381,72 €	376,43 €	376,93 €	404,68 €	0,69 %

Source : données Hôpital Européen

Annexe n° 11. Évolution de l'activité par spécialité

Spécialité	Nombre de séjours par spécialité					Évolution 2017/2021
	2017	2018	2019	2020	2021	
Gastro-entérologie	11 925	11 696	12 114	9 274	11 022	- 8 %
Chirurgie digestive	1 084	1 214	1 384	1 363	1 693	56 %
Chirurgie de la main	1 492	1 537	1 637	1 447	1 569	5 %
Chirurgie orthopédique	1 268	1 375	1 424	1 140	1 488	17 %
Ophthalmologie	1 278	1 318	1 244	762	1 340	5 %
Urgentistes	999	1 135	1 094	1 344	1 309	31 %
Stomatologie	1 188	1 109	1 127	768	1 121	- 6 %
Urologie	731	772	741	670	881	21 %
ORL	499	592	742	539	744	49 %
Radio	292	364	413	375	723	148 %
Chirurgie gynécologique	751	725	640	549	692	- 8 %
Dentiste	643	673	641	484	560	- 13 %
Chirurgie vasculaire/thoracique	322	374	327	284	314	- 2 %
Esthétique	208	246	228	218	280	35 %
Chirurgie neurologie	330	330	284	235	240	- 27 %
Pneumologie	161	202	300	169	231	43 %
Chirurgie thoracique	47	69	113	80	132	181 %
Autres spécialités	614	712	894	416	261	- 57 %
TOTAL ambulatoire	23 832	24 443	25 347	20 116	24 600	3 %
Pneumologie	2 042	1 817	1 958	1 289	1 011	- 50 %
Urologie	1 974	1 853	1 835	1 496	1 483	- 25 %
Gastro-entérologie	1 706	1 830	1 846	1 553	1 529	- 10 %
Chirurgie orthopédique	1 362	1 278	1 332	897	784	- 42 %
Urgentistes	1 276	1 238	1 230	901	1 154	- 10 %
Endocrinologie	710	859	1 100	494	88	- 88 %
Chirurgie Endocrine	741	743	774	421	538	- 27 %
Chirurgie gynécologique	927	785	724	533	559	- 40 %
Chirurgie Neurologie	630	591	584	372	333	- 47 %
Chirurgie vasculaire/thoracique	558	538	562	482	472	- 15 %
Médecine générale	158	190	315	708	776	391 %
ORL	592	566	585	400	350	- 41 %
Réanimation	557	549	576	510	493	- 11 %
Autres spécialités	2 408	2 574	2 342	1 913	2 241	- 7 %
TOTAL Hospitalisation complète	18 470	17 883	17 940	13 594	13 244	- 28 %

Source : Hôpital Européen

Annexe n° 12. Nombre d'ETP rémunérés par type de contrat

Nombre d'ETP rémunérés	2017			2018			2019			2020			2021			Évolution 2017/2021		
	CDI	CDD	TOTAL	CDI	CDD	TOTAL												
Personnel administration et direction	150,79	21,64	172,43	140,34	34,19	174,53	139,78	30,1	169,88	166,58	23,11	189,69	183,35	41,89	225,24	22 %	94 %	31 %
Personnel services de soins	601,26	142,83	744,09	584,08	172,09	756,17	607,16	149,86	757,02	658,86	112,31	771,17	699,32	161,93	861,25	16 %	13 %	16 %
Personnels Educatifs et sociaux	1,95		1,95	2		2	1,86		1,86	3,37	0,21	3,58	4,33	6,61	10,94	122 %		461 %
Personnels Médico techniques	21,17	5,35	26,52	17,35	7,94	25,29	15,89	10,89	26,78	24,66	3,95	28,61	27,89	5,75	33,64	32 %	7%	27 %
Personnels techniques et ouvriers	20		20	15,95	1	16,95	17,29	1	18,29	22,56	0,34	22,90	40,14	3,61	43,75	101 %		119 %
Personnel médical	13,88	0,35	14,23	13,05	0,8	13,85	13,07	1,08	14,15	12,3	1	13,30	11,94	2,09	14,03	- 14 %	497 %	- 1 %
TOTAL	809,1	170,2	979,2	772,8	216,0	988,8	795,1	192,9	988,0	888,3	140,9	1029,3	967,0	221,9	1 188,9	20 %	30 %	21 %

Source : Hôpital Européen

Annexe n° 13. Taux de recours au personnel en contrat à durée déterminée (CDD)

	2017	2018	2019	2020	2021
Personnel administration et direction	13 %	20 %	18 %	12 %	19 %
Personnel services de soins	19 %	23 %	20 %	15 %	19 %
Personnels éducatifs et sociaux	0 %	0 %	0 %	6 %	60 %
Personnel médico-technique	20 %	31 %	41 %	14 %	17 %
Personnels techniques et ouvriers	0 %	6 %	5 %	1 %	8 %
Personnel médical	2 %	6 %	8 %	8 %	15 %

Source : Hôpital Européen

Annexe n° 14. Évolution de l'absentéisme

	2017	2018	2019	2020	2021
Personnel administration et direction	3,87 %	4,2 %	6,4 %	10,9 %	7,5 %
Personnel services de soins	9,7 %	6,3 %	8,5 %	8,9 %	7,3 %
Personnels éducatifs et sociaux	0,1 %	22,7 %	0,7 %	3,2 %	5,5 %
Personnels médico techniques	13,8 %	9,3 %	16,7 %	27,0 %	17,7 %
Personnels techniques et ouvriers	2,0 %	4,7 %	29,3 %	0,5 %	6,6 %
TOTAL	8,4 %	5,9 %	8,6 %	9,5 %	7,5 %

Source : Hôpital Européen

Annexe n° 15. Synthèse financière des protocoles d'accord relatif à la compensation des honoraires médicaux pendant la crise COVID-19

Libellé de la compensation financière	2020	2021
	<i>Protocoles n° 1 et 2</i>	<i>Protocoles n° 3 et 4</i>
Astreintes COVID-19	497 500	426 150
Astreintes téléphoniques et prélèvements	80 900	102 400
Vaccination (1)		28 350
Compensation honoraires (2)	238 881	1 485 219
Mutualisation honoraires (3)	3 755 822	0
Complément COVID-19 (4)	46 750	66 000
Primes exceptionnelles (5)	30 000	0
TOTAL	4 649 853	2 108 119

Source : Hôpital Européen

(1) Honoraires de vaccination réservés aux médecins retraités volontaires

(2) Dispositif de compensation prévu sur les protocoles n° 2, 3 et 4

(3) Dispositif de mutualisation prévu sur le protocole n° 1

(4) Complément d'honoraires versés à l'infectiologue référent dans la gestion de la crise sanitaire (qui a doublé son temps de travail sur la structure pendant la crise)

(5) Primes exceptionnelles versées aux 3 praticiens qui se sont fortement investis dans la gestion de la crise sanitaire sur la structure

Annexe n° 16. Glossaire

AC	Aide à la contractualisation
AFR	Accueil, facturation, recouvrement
AHPP	Association des hôpitaux privés phocéens
ANAP	Agence nationale de l'appui à la performance
ANC	Autorité des normes comptables
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Accueil et traitement des urgences
CAC	Commissaire aux comptes
CAF	Capacité d'autofinancement
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCN	Convention collective nationale
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CJF	Code des juridictions financières
CME	Commission médicale d'établissement
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CSP	Code de la santé publique
CSS	Complémentaire santé solidaire
CODIR	Comité de direction
COVID-19	Corona virus disease 2019
DAF	Dotation annuelle de financement
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
E-PMSI	Plateforme pour le programme de médicalisation des systèmes d'information
EBE	Excédent brut d'exploitation
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé

ETPR	Équivalent temps plein rémunéré
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliser et d'aide à la personne
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régionale
HAD	Hospitalisation à domicile
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIE	Groupement d'intérêt économique
IDE	Infirmier diplômé d'état
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OVALIDE	Outil de validation des données des établissements de santé
PACA	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
PGFP	Plan global de financement
PRE	Plan de redressement
PRS	Plan régional de santé
RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SA	Société anonyme
SARL	Société à responsabilité limitée
SAS	Société par actions simplifiées
SC	Société civile
SCI	Société civile immobilière
SDIM	Société pour le développement privé de l'imagerie médicale
SI	Système d'information

SIG	Soldes intermédiaires de gestion
SIMA	Service d'investigation des maladies aiguës
SPH	Service public hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRPR	Service de rééducation post réanimation
SSI	Sud santé imagerie
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SWOT	Strengths weaknesses opportunities threats
T2A	Tarifcation à l'activité
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
USIC	Unité de soins intensifs cardiaques
USLD	Unité de soins de longue durée

Chambre régionale
des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Les publications de la chambre régionale des comptes de
Provence-Alpes-Côte d'Azur
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17 traverse de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

paca-courrier@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur