

**CONTRE-EXPERTISE DE L'ÉVALUATION SOCIO-  
ECONOMIQUE DU PROJET DE CONSTRUCTION DU  
NOUVEL HOPITAL DU PAYS D'AUBAGNE (NHPA)**



# SYNTHÈSE

Le Centre Hospitalier Edmond Garcin d'Aubagne, implanté en centre-ville depuis 1971, présente une vétusté importante et des contraintes foncières qui rendent impossible toute extension. Après une étude initiale de restructuration jugée insuffisante, la décision a été prise de reconstruire un nouvel hôpital sur le site des Gargues, au cœur du territoire Est marseillais. Ce projet vise à moderniser l'offre hospitalière, améliorer la qualité des soins et renforcer les coopérations territoriales. Le futur établissement regroupera les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, les urgences, les soins critiques, la radiologie, la biologie, ainsi que des projets innovants tels que l'hospitalisation à domicile en partenariat avec le CH de La Ciotat. La capacité d'accueil passera de 155 lits et 19 places à 176 lits et 22 places, avec un bloc opératoire de sept salles et une salle en réserve. Le coût global est estimé à 144 millions d'euros TTC, incluant les équipements biomédicaux, et la livraison est prévue en 2032 sous réserve de la maîtrise foncière et des procédures réglementaires.

Le projet s'inscrit dans un territoire de 152 443 habitants, caractérisé par une croissance démographique modérée mais supérieure à celle du département, et un vieillissement marqué qui justifie le renforcement de la filière gériatrique. La part des personnes âgées de plus de 65 ans atteindra 26 % en 2050, ce qui aura un impact direct sur les besoins en soins hospitaliers. Le taux de pauvreté élevé à Aubagne, estimé à 16 %, impose une offre accessible et la consolidation des dispositifs de permanence d'accès aux soins. L'offre de soins est dense et concurrentielle, avec une forte présence du secteur privé et des établissements publics, ce qui impose des prévisions prudentes et le développement de coopérations interhospitalières. Le projet médico-soignant s'aligne sur les orientations du plan régional de santé et du projet stratégique du groupement hospitalier de territoire, avec un renforcement des filières gériatriques et ambulatoires, le développement de la chirurgie programmée et des coopérations notamment avec l'AP-HM. Les augmentations de capacité en médecine et en soins critiques sont justifiées, mais celles en chirurgie, obstétrique et pédiatrie reposent sur des hypothèses fragiles. La contre-expertise recommande d'explorer la possibilité de diminuer le capacitaire projeté en chirurgie et pédiatrie et de statuer sur la reconnaissance en maternité de type 2a et ses conséquences capacitaires dans un contexte de baisse continue de la natalité.

Le bâtiment projeté couvrira 28 544 mètres carrés, soit une augmentation de 42 % par rapport à l'existant. Plusieurs risques sont identifiés : surdimensionnement des consultations externes, bloc opératoire à armer progressivement, complexité foncière avec risques de recours, contraintes environnementales et incertitudes sur les aménagements extérieurs. Il est recommandé de finaliser un schéma directeur immobilier global, de réétudier les surfaces tertiaires, de sécuriser le planning et d'intégrer le parking silo dès l'ouverture.

La situation financière du centre hospitalier est très dégradée, avec un déficit de 5,3 millions d'euros en 2024, une trésorerie négative et une capacité d'autofinancement brute négative depuis 2020. Le financement du projet repose à 84 % sur des subventions et aides externes, avec un emprunt marginal. Un plan d'efficience de 11,3 millions d'euros de gains nets est prévu, reposant sur des économies de charges et le développement d'activité, mais il présente des risques liés à des hypothèses optimistes et à la sous-estimation des besoins d'investissement courant. La mise en œuvre d'un plan pluriannuel d'investissement et d'une gestion active de la trésorerie est indispensable.

Le projet du nouvel hôpital répond à un besoin réel de modernisation et d'adaptation aux évolutions démographiques, mais il présente des risques majeurs liés à la maîtrise foncière, au dimensionnement capacitaire et à la trajectoire financière. La contre-expertise insiste sur la nécessité d'une prudence stratégique, d'un pilotage rigoureux et d'une optimisation des surfaces et des coûts pour garantir la viabilité du projet. Elle recommande également de sécuriser les financements, de renforcer les coopérations territoriales et de mettre en place des outils de suivi pour ajuster le projet en fonction des évolutions constatées. La contre-expertise invite également le CHEG à beaucoup de prudence en termes de coûts et de délais.

L'établissement devra veiller à la cohérence entre ses ambitions médicales et ses capacités financières, en œuvrant à la nécessaire maîtrise en ressources humaines au regard du poids atypique des dépenses de personnel nettement plus élevées que la moyenne des établissements de taille comparable (63% du total des charges) et besoins en équipements, tout en respectant les contraintes réglementaires et environnementales. La réussite du projet dépendra de la capacité à maîtriser les risques identifiés, à mobiliser les acteurs locaux et à garantir une trajectoire financière crédible, dans un contexte où la concurrence et les incertitudes démographiques imposent une vigilance accrue.

À ce titre, la contre-expertise note le lancement dès 2026, d'une démarche d'accompagnement de l'ANAP qui permettra de disposer d'un soutien méthodologique pour la mise en œuvre et le suivi du plan d'efficience en lien avec la communauté médicale et soignante afin d'en assurer le partage et l'appropriation par les équipes et les partenaires sociaux. Un suivi rapproché de l'ARS dans le cadre de la revue annuelle de gestion (CPOM), paraît indispensable.

En conclusion, le projet du Nouvel Hôpital du Pays d'Aubagne constitue une opportunité stratégique pour améliorer l'offre de soins et répondre aux besoins du territoire, mais il ne pourra réussir qu'au prix d'une gouvernance renforcée, d'une planification rigoureuse et d'une adaptation continue aux réalités économiques et démographiques. La mobilisation de tous les leviers d'efficience interne est indispensable pour amorcer le retour à une trajectoire financière soutenable.

La mise en œuvre des recommandations formulées par la contre-expertise sera déterminante pour sécuriser ce projet ambitieux et en faire un levier durable de modernisation du système de santé local.

# RECOMMANDATIONS DE LA CONTRE-EXPERTISE

n°	Recommandation
<b>Projet d'Etablissement</b>	
1	Se doter d'un schéma directeur immobilier permettant d'apprécier la stratégie d'ensemble de l'établissement et l'impact sur sa trajectoire financière.
14	Veiller à la production d'un plan pluriannuel d'investissement tenant compte d'un niveau d'investissement courant suffisant pour assurer le renouvellement des équipements biomédicaux mais également des projets bâtimentaires nécessaires à l'évolution de l'offre de soins sur le pays d'Aubagne et de l'Etoile.
<b>Optimisation capacitaire</b>	
2	Favoriser les entrées directes dans les différents services en lien avec le secteur de la ville, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment la CPTS du Pays d'Aubagne et de l'Etoile et le médico-social. Cet objectif devra figurer dans le CPOM, les contrats de pôle et faire l'objet d'un suivi régulier.
3	Mettre en place un guichet unique à l'attention des professionnels de santé libéraux du territoire ainsi qu'au secteur médico-social.
4	Statuer sur la perspective de reconnaissance en maternité de type 2a du NHPA pour ce territoire et ses éventuelles conséquences capacitaires.
5	Explorer la possibilité de diminuer le capacitaire projeté en hospitalisation complète de chirurgie et de pédiatrie, au regard des faibles taux d'occupation, ainsi que du potentiel de bascule ambulatoire et des faibles perspectives de croissance en pédiatrie.
<b>Projet immobilier</b>	
6	Se rapprocher de l'AMO pour étudier plus finement la mise en cohérence les données du PTD (56082 passages/an) et le capacitaire projeté ayant servi au dimensionnement (95000 actes/an) afin d'éviter de construire des surfaces trop importantes et particulièrement coûteuses en termes d'exploitation, cet écart pouvant avoir des conséquences sur les prévisionnels de consommation énergétique (taux de renouvellement d'air, rafraichissement, etc...)
7	Réétudier rapidement et précisément l'évaluation des besoins en tertiaire avec un professionnel expert. A ce stade de l'avancement du dossier (PTD), le dimensionnement des surfaces tertiaires semble effectivement surévalué.
8	Vérifier la concordance des dates et conforter le planning de l'opération, compte-tenu des risques importants liés aux procédures d'acquisition du foncier tout en sécurisant les différentes étapes avec, pour chaque étape, des solutions de replis ou de contournement.
9	Négocier avec la Métropole un aménagement qui permette des extensions sans traversée de voirie au NORD et à l'EST du site (en déplaçant le tracé des voies), compte-tenu des enjeux de développement et du risque fort d'étranglement futur lié à la limite constructible dans la zone rouge.
10	Se rapprocher rapidement de l'opérateur privé en charge du parking silo afin que tous les éléments nécessaires à cette construction (réseaux, réserve foncière, liaison piétonne et véhicules...), soient intégrés et que ce parking soit réalisé dès l'ouverture du projet.
11	Envisager un calendrier adapté de lancement de la consultation de maîtrise d'œuvre, en raison de paramètres non maîtrisés à ce jour (aménagements extérieurs, contraintes du site. Il est rappelé que

n°	Recommandation
	toute étude lancée trop tôt et devant être modifiée, engendre nécessairement des coûts supplémentaires, ceux-ci étant proportionnés au niveau d'avancement du dossier (très important en phase travaux).
12	Revoir les enveloppes prévisionnelles de l'opération, en intégrant la totalité des équipements, en retravaillant les coûts d'ingénierie et les coûts annexes. Concernant les équipements, un recensement des besoins au plus tard deux ans avant la livraison du nouveau bâtiment est à prévoir. Outre l'enjeu de maîtrise des enveloppes, cet exercice doit permettre de sécuriser les délais de commande et livraison.
18	Demander à l'assistance à maîtrise d'ouvrage de confirmer les estimations sur les consommations électriques et étayer une augmentation du coût des contrats de maintenance pour l'intégrer à la trajectoire financière.
<b>Ressources humaines</b>	
17	Mettre en place une cellule mobilité au sein de la DRH pour accompagner les mouvements internes entraînés par les suppressions de postes et l'externalisation éventuelles de certaines fonctions, au-delà de seuls départs à la retraite. Sa composition et son fonctionnement peuvent s'inspirer d'expériences existantes (exemple au CHRU de Nancy). Outre la présentation aux instances, un recensement exhaustif des postes vacants constitue un prérequis.
20	Assurer un suivi de la productivité médicale avec des comparaisons via le retraitement comptable annuel (RTC).
<b>Trajectoire Financière</b>	
13	Se doter d'une gestion active de sa trésorerie, sous réserve d'une mise en œuvre antérieure, notamment sur le recouvrement des dettes clients, en lien avec le comptable public (relances par l'ordonnateur des débiteurs institutionnels, réunions d'analyse des restes à recouvrer mensuelles, traitement des NPAI, etc.). En outre, la valorisation de l'activité à court terme doit être optimisée en suivant les retards de codage, la traçabilité des comorbidités avec le DIM et les chefs de service. La relation avec les fournisseurs doit également être structurée et concentrée sur quelques interlocuteurs, pour éviter autant que possible les ruptures d'approvisionnement.
15	Assurer un versement des aides annuelles en exploitation dédiées au projet, en corrélation avec les décaissements réels sur travaux, après présentation de justificatifs associés. Cette précaution sanctuarise les crédits, évitant qu'ils ne viennent <i>de facto</i> financer un cycle d'exploitation déficitaire, c'est-à-dire la masse salariale ou les fournisseurs réguliers.
16	Engager un recensement des biens de l'établissement auprès du pôle Domaines de la DDFip pour travailler un plan de cession pertinent, avec l'appui de cette administration dans le cas où la valorisation du patrimoine n'est pas vérifiée (taux de rendement locatif des biens, non affectés aux soins ou au logement d'agents hospitaliers, inférieur à 3-4%),
19	Renforcer les gains associés aux chambres particulières en augmentant les tarifs et le taux de facturabilité auprès des mutuelles, y compris sur les chambres existantes, à travers une gestion de projet suivie au sein de la direction des finances et du bureau des entrées

# SOMMAIRE

<b>CONTRE-EXPERTISE DE L’EVALUATION SOCIO-ECONOMIQUE DU PROJET DE CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL DU PAYS D’AUBAGNE (NHPA) .....</b>	<b>1</b>
<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA CONTRE-EXPERTISE .....</b>	<b>5</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>9</b>
<b>1 PRESENTATION ET PERIMETRE DU PROJET .....</b>	<b>9</b>
1.1 D’UNE PREMIERE ETUDE DE RESTRUCTURATION DES LOCAUX EXISTANTS A UN PROJET DE RECONSTRUCTION AVEC UNE MISE EN COHERENCE DE L’OFFRE DE L’ETABLISSEMENT AVEC LES BESOINS DU TERRITOIRE.....	9
1.2 LE CHOIX DU TERRAIN D’ASSIETTE DU PROJET PRESENTE DES INCERTITUDES .....	12
1.3 LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL DU PAYS D’AUBAGNE DOIT REGROUPER LES ACTIVITES DE COURT SEJOUR ET REORGANISER LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE .....	12
<b>2 LE PROJET NHPA S’INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DE FORTE DENSITE DE L’OFFRE DE SOINS PUBLIQUE ET PRIVEE .....</b>	<b>15</b>
2.1 LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES CONSTITUENT LE PRINCIPAL DETERMINANT DES BESOINS DE SOINS DU TERRITOIRE. 15	
2.1.1 <i>Une croissance soutenue par les Bouches-du-Rhône.....</i>	<i>15</i>
2.1.2 <i>Le Pays d’Aubagne et de l’étoile présente des indicateurs socio-économiques plus favorables que le département des Bouches du Rhône hormis un taux de pauvreté élevé à Aubagne .....</i>	<i>19</i>
2.2 UNE FORTE DENSITE DE L’OFFRE DE SOINS PUBLIQUE ET PRIVEE CARACTERISE LA ZONE D’ATTRACTIVITE IMPACTANT LES PARTS DE MARCHÉ DU CHÈG QUI DOIT CONDUIRE A DES PREVISIONS PRUDENTES ET A DENSIFIER LES COOPERATIONS INTERHOSPITALIERES.....	20
2.2.1 <i>La gradation des prises en charge figure parmi les objectifs du Projet stratégique 2023-2027 du GHT. ....</i>	<i>22</i>
2.3 LE PROJET MEDICAL S’INSCRIT DANS LES ORIENTATIONS DU SROS-PRS 2023-2028 .....	23
2.3.1 <i>Le projet médico-soignant doit soutenir plus fortement les axes stratégiques qui sous-tendent la faiblesse des hospitalisations programmées tant en médecine qu’en chirurgie.....</i>	<i>24</i>
<b>3 SI LES AUGMENTATIONS DU CAPACITAIRE EN MEDECINE (+ 5 LITS, +1 PLACE) ET EN SOINS CRITIQUES (+4 LITS) SEMBLANT JUSTIFIEES PAR LA REGLEMENTATION ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ANTICIPEE, L’AUGMENTATION EN CHIRURGIE (+4 LITS, +2 PLACES), EN OBSTETRIQUE (+7 LITS) ET EN PEDIATRIE (1 LIT) REPOSE SUR DES HYPOTHESES DE CROISSANCE D’ACTIVITE PLUS INCERTAINES. ....</b>	<b>26</b>
3.1 L’AUGMENTATION CAPACITAIRE EN MEDECINE (+ 5 LITS, +1 PLACE) APPARAÎT NECESSAIRE AU REGARD DES TAUX D’OCCUPATION ACTUELS ET DU VIEILLISSEMENT ANTICIPE DE LA POPULATION. ....	27
3.2 L’ACTIVITE DE CHIRURGIE A FORTEMENT PROGRESSE ENTRE 2022 ET 2024 (+23%), NOTAMMENT EN AMBULATOIRE, AVEC TOUTEFOIS UN POTENTIEL DE CROISSANCE A CAPACITAIRE CONSTANT. ....	27
3.3 LE DIMENSIONNEMENT PROJETÉ DU BLOC S’INSCRIT DANS UNE DEMARCHE D’ABSORPTION DE LA HAUSSE D’ACTIVITE ENVISAGEE 29	
3.4 LE CAPACITAIRE PROPOSÉ EN PEDIATRIE RESTE STABLE MALGRÉ DES TAUX D’OCCUPATION FAIBLES.....	30
3.5 L’AUGMENTATION CAPACITAIRE EN OBSTETRIQUE (+7 LITS) SEMBLE REPOSER SUR UNE CROISSANCE D’ACTIVITE TRÈS INCERTAINE.....	30
3.6 L’AUGMENTATION DU CAPACITAIRE DES SOINS CRITIQUES (+4 LITS) S’AVÈRE NECESSAIRE POUR RÉPONDRE AUX NOUVELLES CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT DÉFINIES PAR LE DÉCRET DU 26 AVRIL 2022. ....	31
<b>4 LES CARACTERISTIQUES DU PROJET IMMOBILIER DU NOUVEL HÔPITAL DU PAYS D’AUBAGNE (NHPA) .....</b>	<b>32</b>

4.1	L'HYPOTHESE DE RESTRUCTURATION DES SITES ACTUELS EST ABANDONNEE EN 2020 MAIS LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER N'EST PAS MIS A JOUR. ....	32
4.2	LES SURFACES DU PROJET IMMOBILIER, COMPAREES AUX REFERENTIEL CSIS ET ANAP, DOIVENT PARTIELLEMENT ETRE REVUES 34	
4.2.1	<i>Certaines zones sont étudiées de plus prêt pour répondre aux interrogations de l'ARS. ....</i>	38
4.3	LE CALENDRIER PREVISIONNEL RISQUE D'ETRE IMPACTE PAR LA COMPLEXITE FONCIERE.....	43
4.3.1	<i>Le changement de Zonage (PLUi) conduit à une procédure longue et complexe .....</i>	45
4.3.2	<i>Le Foncier sera acquis après négociation auprès des nombreux propriétaires et une DUP.....</i>	46
4.3.3	<i>Le site est contraint par des enjeux environnementaux .....</i>	48
4.4	AUJOURD'HUI L'ENVIRONNEMENT EST PLUTOT RURAL ET LES ACCES SONT MAJORITAIREMENT A CREER.....	51
4.4.1	<i>Le projet du futur centre hospitalier d'Aubagne s'inscrit dans le site élargi des Gargues, aujourd'hui zone agricole.....</i>	51
4.4.2	<i>Le site est partiellement connecté mais une grande partie des accès reste à créer .....</i>	53
4.5	LA POLITIQUE ENVIRONNEMENTALE ET ENERGETIQUE EST PRISE EN COMPTE.....	55
4.6	LES COUTS DU PROJET SONT A COMPLETER ET LES COUTS D'EXPLOITATION A REETUDIER.....	55
<b>5</b>	<b>SITUATION ET TRAJECTOIRE FINANCIERE .....</b>	<b>56</b>
5.1	LE CH D'AUBAGNE PATIT D'UNE SITUATION FINANCIERE EXTREMEMENT DEGRADEE, SE TRADUISANT A COURT TERME PAR DES TENSIONS FORTES SUR LA TRESORERIE. ....	56
5.2	LA TRAJECTOIRE PREVISIONNELLE REPOSE A LA FOIS SUR UNE EVOLUTION TENDANCIELLE EN EXPLOITATION FAVORABLE ET DES ENVELOPPES D'INVESTISSEMENT PEU CREDIBLES. ....	57
5.3	LE FINANCEMENT DU PROJET EST SECURISE PAR DES AIDES ET SUBVENTIONS EXTERNES EN QUASI-TOTALITE, DONT LA DESTINATION DOIT ETRE GARANTIE NEANMOINS AU REGARD DE LA SITUATION DE TRESORERIE DE L'ETABLISSEMENT.....	59
5.4	LE PLAN D'EFFICIENCE REPOSE SUR UN ENGAGEMENT REEL DE L'ETABLISSEMENT ET UN CHIFFRAGE SERIEUX DES MESURES, MALGRE UNE CIBLE DIFFICILE A ATTEINDRE. ....	60
5.4.1	<i>Les gains sur la masse salariale représentent 6,3 M€, résultant d'une analyse sérieuse des pistes d'efficience et d'une sous-pondération des suppressions de postes non fléchées. ....</i>	61
5.4.2	<i>Le plan d'efficience prévoit également 1,5 M€ de gains sur les autres charges, dont certaines restent très incertaines. ....</i>	63
5.4.3	<i>Le nouvel hôpital devrait contribuer à la dynamique d'activité déjà engagée. L'établissement anticipe une amélioration brute des recettes associée de 6,2 M€. Ce développement d'activité représente près de 5 points de marge et conditionne la trajectoire financière, autant que la maîtrise des charges. ....</i>	64
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>69</b>
	<b>ANNEXE 1 : PARTS DE MARCHE EN MEDECINE, CHIRURGIE HC, CHIRURGIE AMBULATOIRE, EN CANCEROLOGIE ET EN OBSTETRIQUE DU CHEG DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE EN 2023.....</b>	<b>69</b>
	<b>ANNEXE 2 : PROJECTION JUSQU'EN 2035, DES CHARGES ET PRODUITS SUR LE BUDGET H, SELON LES TAUX CONSTATES EN 2024 .....</b>	<b>71</b>

# RAPPORT

## Introduction

L'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012 a instauré l'obligation d'évaluation socio-économique des projets d'investissements et leur contre-expertise indépendante et préalable au-delà d'un certain niveau de financement public.

Le décret d'application 2013-1211 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics précise en particulier le cahier des charges du dossier d'évaluation socio-économique à constituer, le seuil fixé à 100 M d'€, au-delà duquel la contre-expertise est obligatoire, et les modalités de son organisation.

C'est en respectant toutes les règles prévues dans ce décret (exigences du contenu du dossier, indépendance des contre-experts, délais) que le SGPI a fait réaliser la contre-expertise indépendante du dossier d'évaluation préalable de ce projet.

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par l'ARS et le Centre Hospitalier Edmond Garcin d'Aubagne (CHEG), ainsi que par les réponses apportées aux questions des experts tout au long de la procédure.

Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

- **Il est rappelé que la présente mission n'a pas vocation à étudier le scénario d'extension et de réhabilitation du site actuel ni la pertinence de prioriser l'opération du Nouvel Hôpital du Pays d'Aubagne (NHPA) car ils ne rentrent pas dans le périmètre soumis à la contre-expertise. Seul, le Projet de reconstruction du Nouvel Hôpital d'Aubagne (NHA) est étudié.**

## 1 PRESENTATION ET PERIMETRE DU PROJET

### 1.1 D'une première étude de restructuration des locaux existants à un projet de reconstruction avec une mise en cohérence de l'offre de l'établissement avec les besoins du territoire

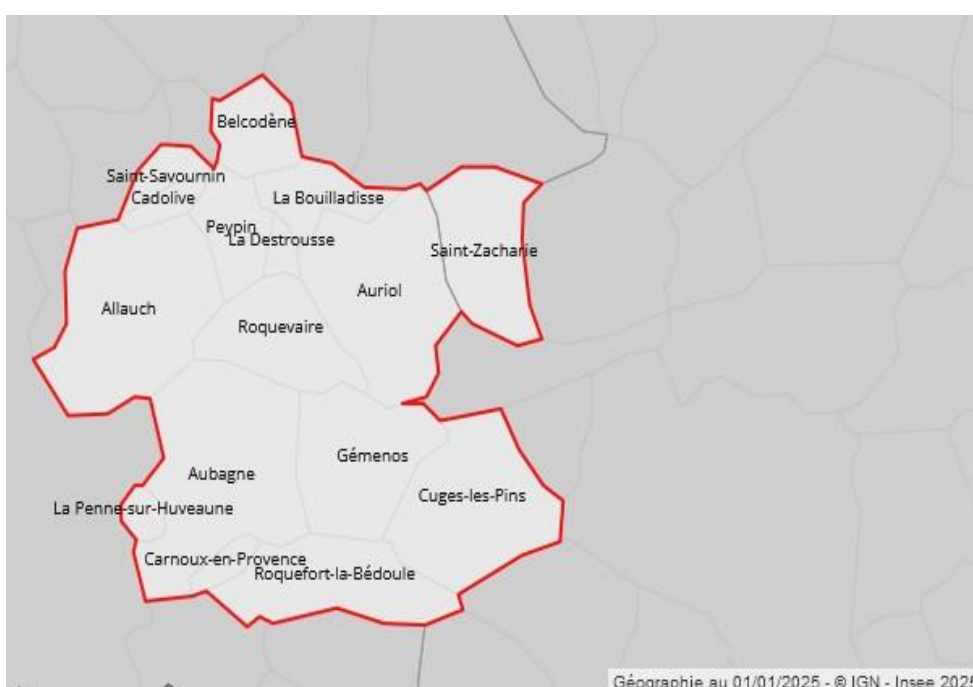
Le Centre Hospitalier Edmond Garcin d'Aubagne est un établissement public de santé assurant des activités MCO, SMR, USLD ainsi que des activités médico-sociales (EHPAD, SSIAD, CAMSP) et des formations sanitaires.

Le site principal situé en centre-ville d'Aubagne, avenue des sœurs Gastine, d'une capacité actuelle de 174 lits et places, a été mis en service en 1971 et présente des signes de vétusté et d'obsolescence importants, pour lesquels un plan de réhabilitation a été proposé à l'ARS en 2019-2020. Ce site enclavé, s'étend sur 2.3 hectares. Le bâtiment principal est issu des constructions/extensions multiples datant de 1945 à 1990. Certaines activités sont situées dans d'autres bâtiments indépendants (magasin, internat, services techniques, garages, HAD...). Le bâti représente une superficie dans œuvre (SDO) de 20 000m<sup>2</sup>. L'emprise actuelle de l'hôpital ne permet plus d'extension, avec une situation difficile en matière de stationnement. Un parc de stationnement complémentaire et payant a été mis en service mais ne permet pas d'accueillir l'intégralité du personnel et des visiteurs.

Le Schéma Directeur Immobilier (SDI) réalisé en 2019, établi en lien avec le projet d'établissement en vigueur à cette date, a permis de définir un projet d'évolution des bâtiments existants du site principal, incluant la relocalisation de l'administration dans le bâtiment IFSI ainsi que le site « Maison du Parc » (activités UHR, SSR/USLD/EHPAD), dont le coût estimé en 2020 est de 59,558 M€ en valeur finale projetée avoisinant 80 M€ après actualisation de plus de 30%.

Compte tenu des fortes contraintes du site subsistant à l'issue de travaux et selon la feuille de route DGARS du 9 octobre 2020, il a été décidé d'envisager une reconstruction des seules activités sanitaires du centre hospitalier Edmond Garcin sur un terrain bénéficiant d'une localisation au cœur du territoire Est Marseillais. Le futur hôpital répondra aux besoins de santé de l'ensemble des communes d'Aubagne et du Pays de l'Etoile<sup>1</sup>.

Carte 1 : 16 communes du Pays d'Aubagne et de l'étoile



Sur le site des Gargues, une réserve foncière de 5 ha est prévue et accessible au sein du développement d'un projet d'aménagement urbain global. Cette emprise inclut les parkings et les voies de desserte, nécessitant des acquisitions foncières préalables. au-delà des structures initialement prévues dans le projet de reconstruction (Ehpad, Camsp, instituts de formation), d'autres activités pourront trouver leur place à proximité du nouvel hôpital. Pour tenir compte de ces besoins, 2.5 ha de réserve foncière sont prévus sur le site.

---

<sup>1</sup> Il s'agit des communes d'Aubagne, Auriol, Belcodène, Cadolive, Cuges-les pins, La Bouilladisse, La Destrousse, La Penne-sur-Huveaune, Peypin, Saint-Savournin, Saint-Zacharie, Allauch, Gémenos, Carnoux-en-Provence, Roquevaire et Roquefort-la-Bédoule

Carte 2 : Localisation du futur Hôpital des Gargues sur la commune d'Aubagne



Source : CHEG

La filière médico-sociale est maintenue sur son site actuel de la Maison du Parc avec un projet « EHPAD de demain » et un rapprochement du Centre d'action médico-sociale précoce (Camps) dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet intergénérationnel. Les instituts de formations paramédicales sont maintenus en centre-ville d'Aubagne. Le CHEG a développé ce projet de reconstruction de l'hôpital soutenu par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre du Ségur de la Santé.

Le coût du bâtiment est estimé à 144 M€ TTC<sup>2</sup> dont des dépenses d'équipements estimés à 4,8 M€ équipements. Il comprend le coût des travaux et les coûts d'études, prend en compte les aléas en phases d'études et de travaux et englobe les révisions de prix liées à l'inflation.

Selon le Programme fonctionnel (V06), la surface dans œuvre (SDO) totale du bâtiment projeté intégrant de nouvelles activités est de 28.544 m<sup>2</sup> représentant ainsi une augmentation de 42,72%, sur la base d'un nouveau programme capacitaire.

Tableau 1 : coût du Projet NHPA

Coût du projet en k€	Coût HT	Coût TTC
Frais d'honoraires / architectes / bureau d'études	14 888 669	17 866 403
Travaux préliminaires (Frais de démolition, terrassement...)	563 474	676169
Coût de la construction (hors VRD)	71 520 316	87 536 779
Coût des VRD et aménagement des abords	6 810 000	8 172 000
Provision pour aléas	7 547 794	9 057 353
Coût des SI	1 427 000	1 712 400

<sup>2</sup> A noter que l'absence d'informations quant aux caractéristiques des sols et à l'éventuelle nécessité de prévoir des fondations spéciales introduit une Incertitude sur le coût du gros-œuvre (Avis ARS 29/08/2025).

<b>Coût Total valeur actuelle (septembre 2023)</b>	<b>102 757 253</b>	<b>123 308 704</b>
Impact de la révision des prix (2%) + actualisation	13 236 000	15 883 200
<b>Coût Total en valeur fin d'opération (Hors équipements et déménagement)</b>	<b>115 993 253</b>	<b>139 191 904</b>

Source : RESE ARS PACA

Ainsi, le montant d'investissement s'élève à 143 991 904 € TTC pour le projet immobilier (139 191 904 € auxquels s'ajoutent 4, 8M€ d'équipements).

## 1.2 Le choix du terrain d'assiette du projet présente des incertitudes

Le projet nécessite une modification du Plan Local d'Urbanisme Intercommunal (PLUi). L'Orientation d'Aménagement et de Programmation (OAP) du PLUi en vigueur, est concernée par la modification n°2 du PLUi dont l'approbation est prévue en octobre 2025. La modification porte notamment sur l'ouverture partielle à l'urbanisation du site des Gargues pour permettre la réalisation du Centre Hospitalier et ses voies d'accès.

En ce qui concerne l'acquisition foncière, une démarche à l'amiable est engagée avec les propriétaires. Le projet NHPA est susceptible de donner lieu à une procédure d'expropriation. Une procédure de déclaration d'utilité publique (DUP) est prévue début 2026.

Préalablement à l'organisation de l'enquête publique relative au dossier de DUP, le projet de construction a fait l'objet d'une concertation préalable qui s'est achevée le 26 septembre 2025.

Selon le dossier de concertation préalable, l'arrêté préfectoral de DUP et l'arrêté de cessibilité des parcelles clôtureront, le cas échéant, la phase administrative de l'expropriation et permettront, en cas d'absence d'accord amiable avec les propriétaires, l'enchaînement avec la phase judiciaire, aboutissant au transfert de propriété et à la fixation des indemnités dues aux propriétaires. Actuellement, la maîtrise foncière des terrains sur lesquels sera implanté le nouvel hôpital n'est pas aboutie.

## 1.3 La construction du nouvel hôpital du pays d'Aubagne doit regrouper les activités de court séjour et réorganiser les filières de prise en charge

Le comité régional de l'investissement (CRI) du 7 novembre 2023 s'est prononcé en faveur de l'éligibilité du dossier le 21 décembre 2023. Ce projet soumis à la contre-expertise du SGPI consiste à rassembler l'ensemble des activités MCO, dans le cadre d'une construction qui sera achevée en mars 2032 et dont la capacité d'accueil est augmentée par rapport à l'offre proposée à l'heure actuelle. Il accueillera ainsi non seulement l'intégralité des activités médicales présentes sur le site actuel :

- La médecine en hospitalisation à temps complet et temps partiel ;
- La chirurgie, en hospitalisation à temps complet et partiel ;
- Une maternité de type 1, une maison de naissance, des activités de planning familial ;
- Un service de pédiatrie ;
- L'accueil des urgences et le SMUR ;
- La réanimation et la surveillance continue ;

- La radiologie (IRM et Scanner) et la biologie ;
- La chimiothérapie en tant que site associé de l'AP-HM.

Mais aussi de nouveaux projets de coopérations comme le développement d'une hospitalisation à domicile (HAD). L'HAD est un axe fort de développement de l'activité pour le CHEG dans le cadre d'un projet d'HAD commun avec le CH de la Ciotat. Ce projet répond à la mise en place d'une autorisation unique envisagée dans le PRS.

Le projet capacitaire cible présenté a été évalué suivant la répartition suivante :

Tableau 2 : Comparatif capacitaire MCO actuel/projeté

SECTEURS	CAPACITAIRE AU 01/01/2025	CAPACITAIRE PROJETE
<b>Secteurs ambulatoires</b>		
Hôpital de jour	9 places	10 places
Unité de Chirurgie Ambulatoire	10 places	12 places
<b>Plateau médico-technique</b>		
UHCD	8 lits	8 lits
Soins critiques	12 lits	16 lits
<b>Hospitalisations conventionnelles</b>		
Hospitalisation médecine/chirurgie	103 lits	112 lits (4 unités/28 lits)
Obstétrique	19 lits	26 lits
Pédiatrie	13 lits	14 lits
<b>Capacitaire prévisionnel</b>	<b>155 lits et 19 places</b>	<b>176 lits et 22 places</b>

Source : CHEG/RESE ARS PACA

A cela, se rajoutent :

- Un bloc opératoire de 7 salles (dont césarienne et endoscopie) et une salle en réserve foncière (actuellement : 4 salles d'interventions, une salle dédiée aux actes d'obstétrique et une salle d'endoscopie) ;
- Une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) d'une capacité de 16 postes pour 4 postes actuellement installés ;
- Des locaux destinés à accueillir 42 000 passages/an aux urgences (41.632 passages en 2024) et 95000 actes et consultations/an (78271 Consultations et explorations fonctionnelles en 2024) ;
- Une Maison de naissance disposant de 2 salles natures, ouverte aux sage-femmes libérales : offre d'accouchement physiologique articulée avec la maternité hospitalière ;

Les enjeux forts portés par le projet du Centre Hospitalier d'Aubagne sont résumés ainsi :

- En hospitalisation de jour de médecine avec le regroupement de l'ensemble des spécialités ;
- En chirurgie avec la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire ;
- La notion de parcours qui va nécessiter de nouvelles compétences en matière de coordination (fonctions d'interface avec la ville et d'orientation des patients dans les parcours hospitaliers) ;
- La nécessité de couvrir l'ensemble des prestations de proximité autour du vieillissement ;
- La consolidation des activités Femme Enfant afin de les assoir sur les volets gynéco-obstétrical et pédiatrique.

Le projet soumis prévoit ainsi l'augmentation capacitaire cible à 24 lits et places, afin d'accompagner une dynamique de développement d'activité :

- L'accélération du virage domiciliaire via le levier de l'HAD (en lien étroit avec le CH de la Ciotat) ;
- La maternité de niveau 1 sera confortée dans le Nouvel hôpital avec une activité projetée de 1500 naissances et l'ajout d'une unité de 6 lits dédiée à la prise en charge des nouveau-nés, en proximité immédiate de la mère ;
- L'organisation des soins critiques redéfinie en lien avec les équipes de l'ARS pour répondre aux exigences des décrets du 26 avril 2022. Ceux-ci imposent, en cas de reconstruction, un capacitaire cible de 10 lits de réanimation et 6 lits de soins intensifs polyvalents ;
- La coopération AP-HM/CHEG hôpital qui permet d'envisager une hausse des endoscopies dans le bloc aubagnais (augmentation déjà constatée du nombre d'interventions de l'ordre de 35%, soit 394 séjours, entre 2022 et 2024 (endoscopies digestives et bronchiques)) ;
- La contribution aux enjeux d'accompagnement à la fin de vie (pour conversion de capacités actuellement dédiées à la médecine en lits identifiés de soins palliatifs (LISP)) ;
- La structuration d'une offre de chirurgie endocrinienne : la chirurgie bariatrique est réalisée, à partir de 2023 uniquement sur le site aubagnais (protocole de coopération avec le CH de La Ciotat) ;
- La valorisation d'une expertise récente en médecine vasculaire par une offre de traitement des varices par méthode mini-invasive ;
- L'accélération du virage ambulatoire en pédiatrie, avec un axe dédié à la prise en charge des fragilités psychiques et physiques des plus jeunes.

Compte tenu d'une situation financière structurellement très dégradée et du projet d'investissement engagé par l'établissement dans le cadre du Ségur de la santé, le centre hospitalier d'Aubagne a élaboré un plan d'efficience et de performance centré notamment sur l'optimisation des organisations et la gestion des ressources humaines a été contractualisé avec l'ARS le 29 août 2025, pour la période 2025-2035.

**Observations** : La contre-expertise note que le projet d'établissement 2025/2030 a été approuvé par le conseil de surveillance en avril 2025 et regrette l'absence d'un SDI en adéquation avec le projet soumis à la contre-expertise. **L'élaboration d'un SDI global serait utile notamment concernant les extensions envisagées sur les 2.5 ha de réserve foncière.**

La modernisation de l'offre hospitalière du NHPA vise à mieux répondre à la redéfinition du positionnement du CHEG dans les principales filières de soins territoriales. La structuration de l'offre de

soins et une approche prospective des organisations devant conduire à une optimisation des moyens sont au centre de la réflexion stratégique conduite par le CHEG en lien avec l'ARS PACA. La confrontation des étapes et leur évolution, lors des différents échanges avec l'ARS, représente un atout du dossier présenté.

**Recommandation n°1** Se doter d'un schéma directeur immobilier permettant d'apprécier la stratégie d'ensemble de l'établissement et l'impact sur sa trajectoire financière.

## 2 LE PROJET NHPA S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DE FORTE DENSITE DE L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE ET PRIVEE

### 2.1 Les caractéristiques démographiques constituent le principal déterminant des besoins de soins du territoire.

Les perspectives démographiques à moyen et long terme au sein du territoire de santé et du département des bouches du Rhône, tant en termes d'évolution que de vieillissement de la population, constituent un des facteurs essentiels à prendre en compte dans l'élaboration des projections d'activité à moyen-terme.

#### 2.1.1 Une croissance soutenue par les Bouches-du-Rhône

La croissance démographique dans les Bouches-du-Rhône (2.069.811 habitants, 40 % de la population régionale) reste stable (+0,4 % par an entre 2016 et 2022, comme entre 2011 et 2016). Elle repose presque exclusivement sur l'excédent naturel, du fait d'une population relativement jeune. La croissance migratoire est faible (+0,1 %). La croissance démographique de Provence-Alpes-Côte d'Azur reposerait principalement sur le Var (+ 0,2 % par an entre 2018 et 2050), sur les Bouches-du-Rhône (+ 0,1 %) et dans une moindre mesure sur le Vaucluse (+ 0,1 %).

Dans les Bouches-du-Rhône, l'augmentation de la population entre 2018 et 2050 proviendrait à la fois du solde migratoire et du solde naturel. Ce département serait le seul de la région à connaître un solde naturel très légèrement positif sur cette période. Cependant, il diminuerait progressivement, passant d'une contribution de + 0,1 point par an entre 2018 et 2030 à une contribution nulle entre 2040 et 2050. Le solde migratoire serait le plus faible de la région. La population du département commencerait à décroître au début des années 2050.

Tableau 3 : Population et part des 65 ans ou plus, en 2018, 2050 et 2070, selon la zone géographique

Zone géographique	Population (en milliers)			Part des 65 ans ou plus (en %)		
	2018	2050	2070	2018	2050	2070
Alpes-de-Haute-Provence	164	164	160	26	36	38
Hautes-Alpes	141	134	128	24	39	40
Alpes-Maritimes	1 086	1 094	1 078	24	31	32
Bouches-du-Rhône	2 034	2 108	2 090	20	26	27
Var	1 068	1 153	1 152	26	34	36
Vaucluse	560	575	565	22	30	31
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>5 053</b>	<b>5 228</b>	<b>5 173</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>31</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>64 844</b>	<b>66 733</b>	<b>65 322</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>29</b>

Source : Insee, recensement de population 2018, Omphale 2022, scénario central<sup>3</sup>.

La part du vieillissement (65 ans et plus) des Bouches du Rhône est identique à la moyenne nationale en 2018 mais sera sensiblement inférieure à horizon 2050 par rapport à la métropole.

Tableau 4 : Vieillesse population Bouches du Rhône comparativement à la Métropole

<b>2013</b>	Population	Age moyen	0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Metropole	63 700	40,2	24,3%	66,5%	6,3%	2,8%
Bouches-du-Rhône	1 993	40,4	24,1%	66,6%	6,3%	2,9%
<b>2050</b>	Population	Age moyen	0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Metropole	71 622	44,8	22,0%	61,5%	9,9%	6,6%
Bouches-du-Rhône	2 145	44,6	22,0%	61,5%	9,8%	6,6%
<b>2050 Diff métropole</b>			0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Bouches-du-Rhône			-0,0%	-0,0%	-0,1%	+0,0%
Impact capacitaire			-0,00%	-0,02%	-0,24%	+0,13%
			total	-0,13%		
			annuel	-0,00%		
Ratio nombre de journée par classe d'âge en 2019			0,46	0,82	2,88	5,88
* Ratio du nombre de journée d'hospitalisation MCO par classe d'âge en 2013 pour une moyenne à 1						

Source : Référentiel vieillissement CNIS

Les différences de croissance de population et/ou de vieillissement nécessitent d'être prises en compte. Le référentiel population et vieillissement développé par le CNIS permet d'évaluer l'impact capacitaire démographique (somme de l'indicateur de croissance de la population et de l'indicateur capacitaire du vieillissement de la population).

<sup>3</sup> Le scénario central décline localement les évolutions nationales basées sur l'observation du passé récent (hors pandémie de Covid-19) : un solde migratoire avec l'étranger de + 70 000 personnes par an à compter de 2021 au niveau national, une fécondité stable à partir de 2023 à 1,8 enfant par femme et des gains d'espérance de vie à la naissance au même rythme que sur la décennie 2010. En supposant que le taux de fécondité et les gains d'espérance de vie évoluent parallèlement à ceux de France, le taux de fécondité serait de 1,9 enfant par femme en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2050, et l'espérance de vie à la naissance de 87,3 ans pour les femmes et de 84,2 pour les hommes.

Tableau 5 : Différentiel de croissance de population entre le département et la moyenne nationale

Paramètres		Contrôle de saisie				
Saisir le département	13	Département retenu	13	Bouches-du-Rhône		
Année de début	2022	Année début retenue	2022			
Année de fin	2032	Année fin retenue	2032			
<b>Démographie</b>						
	Croissance moyenne ou 2032 / 2022	2017	2022	2027	2032	
<b>France Métropole</b>	-64 163	64 872	66 195	67 382	68 509	
Tx Croissance / an	+0,350%		+0,39%	+0,35%	+0,32%	
Tx Croissance cumulé				+1,79%	+3,50%	
<b>Bouches-du-Rhône</b>		2 015	2 040	2 063	2 085	
Tx Croissance / an	+0,221%		+0,25%	+0,19%	+0,19%	
Tx Croissance cumulé				+1,13%	+2,21%	
Différentiel annuel Métropole	-0,129%			-0,16%	-0,13%	
Recensement 2017						
<b>Viellissement</b>						
<b>2013</b>	Population	Age moyen	0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
<b>Métropole</b>	63 700	40,2	24,3%	66,5%	6,3%	2,8%
<b>Bouches-du-Rhône</b>	1 993	40,4	24,1%	66,6%	6,3%	2,9%
<b>2050</b>	Population	Age moyen	0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
<b>Métropole</b>	71 622	44,8	22,0%	61,5%	9,9%	6,6%
<b>Bouches-du-Rhône</b>	2 145	44,6	22,0%	61,5%	9,8%	6,6%
	<b>2050 Diff métropole</b>		0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
	<b>Bouches-du-Rhône</b>		-0,00%	-0,03%	-0,08%	+0,02%
			-0,00%	-0,02%	-0,24%	+0,13%
	<b>Impact capacitaire</b>		total	-0,13%		
			annuel	-0,004%		
	Ratio nombre de journée par classe d'âge en 2019		0,46	0,82	2,88	5,88
	* Ratio du nombre de journée d'hospitalisation MCO par classe d'âge en 2013 pour une moyenne à 1					
<b>Synthèse Indicateur démographique capacitaire</b>						
	Effet annuel croissance de population		-0,129%			
	Effet annuel vieillissement		-0,004%			
	<b>Total indicateur démographique</b>		<b>-0,13%</b>			
Référence	<b>Évolution de la population de 2013 à 2050 France entière - Départements</b>					
	© Insee - Source : Insee, Omphale 2017.					

Source : Référentiel population et vieillissement Conseil scientifique CNIS

La croissance démographique des Bouches du Rhône sur 10 ans est moindre que la métropole (-0,129%). On observe néanmoins une hausse plus marquée chez les 85 ans et plus (+0,13 point) et une baisse de la tranche 75 à 84 ans (-0,24 point). Il est à noter qu'au regard de l'augmentation du recours aux soins en fonction de l'âge, le vieillissement démographique a un impact sur l'activité hospitalière. Il est précisé que selon le référentiel CNIS, le taux de croissance annuel pour les Bouches-du-Rhône se situe à +0,22 %, taux annuel d'impact de vieillissement sur le capacitaire.

Afin d'effectuer une analyse plus fine, une approche sur le territoire de santé de référence, centré sur les communes, correspondant au bassin de population desservi (périmètre du Pays d'Aubagne et de l'Etoile),

espace de coopération identifié en matière de dynamiques territoriales et de besoins de santé (cf. RESE), est souhaitable. Ce territoire représente 152 443 habitants<sup>4</sup>.

Tableau 6 : Évolution et structure de la population pays d'Aubagne et de l'Etoile en 2022

Communes	2011	2016	2022	Evolution 2011-2016	Evolution 2016-2022 %	Evolution% annuelle sur la période
Aubagne	45 800	45 290	47 724	-0,11	5,3	0,38
Auriol	11 886	11 417	12 986	-0,39	9,2	0,84
Belcodène	1 824	1 902	1 978	4,2	4,0	0,76
Cadolive	2 124	2 159	2 219	1,6	2,8	0,406
Cuges-les-pins	4 898	5 043	5 949	2,9	17,9	1,95
La Bouilladisse	5 997	6 135	6 447	2,3	5,0	0,68
La Destrousse	3 013	3 442	4 023	14,2	16,8	3,047
La Penne-sur-Huveaune	6 338	6 433	6 618	1,5	2,8	0,40
Peypin	5 363	5 441	5 612	1,4	3,1	0,42
Saint-Savournin	3 240	3 338	3 449	3,0	3,3	0,586
Saint-Zacharie	4 972	5 539	5 877	11,4	6,1	1,65
Allauch	20 243	21 228	21 404	4,8	0,8	0,52
Gemenos	6 165	6 452	6 678	4,6	3,5	0,756
Carnoux-en-Provence	6 792	6 546	6 872	-0,36	5,0	0,118
Roquevaire	8 548	8 962	8 823	4,8	-1,5	0,29
Roquefort-la-Bédoule	5 063	5 632	5 784	11,2	2,7	1,29
<b>ENSEMBLE</b>	<b>142266</b>	<b>144959</b>	<b>152443</b>	<b>1,9</b>	<b>5,16</b>	<b>0,65</b>

Source : Insee, RP2011, RP2016 et RP2022, exploitations principales, géographie au 01/01/2025.

L'évolution annuelle de la population constatée entre 2011 et 2022 pour le territoire se situe à 0,65%, évolution plus élevée que celle projetée pour les Bouches du Rhône, qui traduit une dynamique démographique plus soutenue notamment sur les dernières années.

**Le taux annuel de croissance démographique pour le Pays d'Aubagne et de l'Etoile devrait être plus proche de 0,65% que celui attendu du Département des Bouches du Rhône de 0,22%.**

<sup>4</sup> Source : INSEE, Recensement de la population - 2022

Tableau 7 : Répartition de la population par âge

**Répartition de la population par âge (%)**

Indicateurs	15 codes géographiques pmsi 2025	Provence-Alpes-Côte d'Azur (région 2025)	Bouches-du-Rhône
Part de personnes de 0-14 ans	16,9	16,2	17,1
Part de personnes de 15-29 ans	14,7	15,9	17,6
Part de personnes de 30 - 44 ans	18,1	18,0	18,8
Part de personnes de 45 - 59 ans	20,7	19,8	19,5
Part de personnes de 75 ans ou plus	11,1	11,8	10,3
Part de personnes de 60 - 74 ans	18,5	18,3	16,7

*Source : INSEE, Recensement de la population - 2022*

Selon les codes géographiques PMSI correspondant au Pays d'Aubagne et de l'Etoile, la population de moins de 29 ans représente 31,6% contre 34,7% dans les Bouches-du-Rhône et la population de plus de 75 ans représente 11,1% contre 10,3% sur les Bouches du Rhône. De même, la part des personnes âgées de 60 à 74 ans se situe à 18,5% pour le territoire de santé concerné contre 16,7% pour les Bouches du Rhône. Ce constat indique que **la population est plus âgée sur le territoire Aubagnais que sur le département des Bouches-du-Rhône.**

### 2.1.2 Le Pays d'Aubagne et de l'étoile présente des indicateurs socio-économiques plus favorables que le département des Bouches du Rhône hormis un taux de pauvreté élevé à Aubagne

Le Pays d'Aubagne et de l'étoile connaît moins de fragilités sociales et économiques, pouvant peser sur le besoin et l'accès aux soins que le département des Bouches du Rhône :

- Un taux d'activité plus élevé que la moyenne du département (76,3 % dans le Pays d'Aubagne et de l'étoile et 71,8 % dans les Bouches du Rhône en 2022 soit plus de 4 points de plus) et un taux de chômage moins élevé chez les 15-64 ans (avec 9,8 % dans le Pays d'Aubagne et de l'étoile et 12 % pour le Bouches du Rhône en 2022 contre 11,3 % en France métropolitaine).
- Le pourcentage de familles monoparentales en 2022 est de 17,3 % dans le Pays d'Aubagne et de l'Etoile contre 20,6% pour le département des Bouches du Rhône.

Avec cependant, un **taux de pauvreté de 16% à Aubagne**, plaçant l'hôpital en devoir de répondre aux besoins des populations vulnérables (notamment via la permanence d'accès aux soins (PASS)).

Tableau 8 : Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2021

Tranche de population	Taux en %
Moins de 30 ans	26
De 30 à 39 ans	20
De 40 à 49 ans	16
De 50 à 59 ans	14
De 60 à 74 ans	13
75 ans ou plus	11
Ensemble	16

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccma, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) en géographie au 01/01/2025

**Observations :** Devant ce constat et au regard des projections de l'INSEE qui offrent des perspectives de croissance modérées de la demande en soins sur le territoire de santé, la mission estime que les **caractéristiques démographiques plaident, pour une évolution maîtrisée de l'offre de soins du CHEG**, par son rôle de proximité et de recours sur son territoire en consolidant notamment sa filière gériatrique.

## 2.2 Une forte densité de l'offre de soins publique et privée caractérise la zone d'attractivité impactant les parts de marché du CHEG qui doit conduire à des prévisions prudentes et à densifier les coopérations interhospitalières

L'analyse des parts de marché doit également contribuer aux études permettant l'estimation des projections d'activité du futur hôpital.

Selon *Hospidiag*, les parts de marché du CHEG sur sa zone d'attractivité se réduisent, en médecine et en chirurgie et sont modestes, tout particulièrement en chirurgie ambulatoire.

Tableau 4 : Parts de marché du CHEG sur sa zone d'attractivité en %

	2019	2020	2021	2022	2023	Variation 2023/2019
Médecine <sup>5</sup> HC	14.8	13.3	13.2	18.8	14.1	-0,95%
Chirurgie HC	16.6	14.5	14	20.1	15.5	-0,95%
Obstétrique	19.3	17.1	17.6	22.3	19.7	+1,02%
Chirurgie ambulatoire	5.5	4.7	5.3	5.9	6.1	+1,11%
Hospitalisation en cancérologie (hors séances)	10	9.9	10.8	13.1	10.1	+1%
Séances de chimiothérapie	6.5	4.8	4.8	5.2	6.7	+1,03%

<sup>5</sup> Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en médecine et de mettre en évidence ses concurrents. La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours médicaux/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de médecine, les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement.

Source : Hospidiag

La zone d'attractivité du CHEG se caractérise par la forte densité de l'offre de soins issue du bassin marseillais mais aussi directement sur le territoire aubagnais et sur La Ciotat. Dans ce cadre très concurrentiel (*Cf. annexe1*), l'offre en médecine est dispersée principalement entre le CHEG (14,1%), la clinique La Casamance d'Aubagne (20,30%), l'AP-HM Timone adultes (10,7%), et dans une moindre mesure, le CH de la Ciotat (6,2%) et l'hôpital Saint Joseph de Marseille (6,6%).

L'offre en chirurgie conventionnelle est répartie principalement entre le CHEG (15,5%), la clinique La Casamance d'Aubagne (20,70%), l'AP-HM Timone adultes et La Conception (16,50%), et dans une moindre mesure, l'hôpital Saint Joseph de Marseille (7,3%). Quant à la chirurgie ambulatoire, la part de marché du CHEG représente 6,1% et l'offre se répartie entre le secteur privé lucratif, principalement : la clinique La Casamance (14,60%), la clinique de la Ciotat (13,3%) et la clinique Monticelli Vélodrome (9,10%).

Concernant la cancérologie, la part de marché du CHEG représente 10,10%, celle de l'Institut Paoli-Calmette (17,90%), la clinique La Casamance 16,90% et l'AP-HM La Timone (9,20%).

S'agissant de l'offre en obstétrique, elle est partagée principalement entre le CHEG (19,70%), l'hôpital Saint Joseph de Marseille (21,80%), l'AP-HM La Conception (14,60%), le CH La Ciotat (11,40%), la clinique Beauregard (11,10%), et dans une moindre mesure, la clinique Bouchard (7,50%).

Depuis le 12 mars 2018, la maternité de la Casamance a fermé et l'activité périnatale a été transférée à l'hôpital d'Aubagne. Ce rapprochement est le résultat de la collaboration menée par la clinique La Casamance, le Centre Hospitalier et l'ARS PACA pour construire une offre de soins globale et cohérente sur le territoire de santé. Ce regroupement a permis une augmentation de 40 % des accouchements entre 2017 et 2023, la maternité enregistre environ 1 100 accouchements par an mais près des 2/3 des accouchements de la zone d'attractivité sont réalisés dans les établissements marseillais.

Il apparaît que le CHEG dessert un territoire qui présente, dans le champ MCO, les caractéristiques suivantes :

- L'offre, très concurrentielle, est dispersée entre un grand nombre d'établissements de tous statuts ;
- La clinique La Casamance occupe une place importante et est de fait, le principal concurrent du CHEG, particulièrement en médecine, en chirurgie et en cancérologie.
- Le secteur privé lucratif est également très présent, et majoritaire en chirurgie ambulatoire.

**Observations** : Ces données, apparaissant constantes dans le temps, démontrent que la structuration de l'offre de soins sur le territoire engendre des parts de marché réduites par **un niveau élevé de « fuite » de la patientèle vers les établissements marseillais**, ce qui ne constitue pas un contexte favorable pour le CHEG. Globalement, l'analyse des documents fournis ne permet pas de justifier une évolution sensible de cette situation en faveur du CHEG sauf à densifier les coopérations interhospitalières en mettant en place des filières graduées avec les établissements marseillais de référence et notamment l'AP-HM, établissement support du GHT (*Cf. CRI*).

### 2.2.1 La gradation des prises en charge figure parmi les objectifs du Projet stratégique 2023-2027 du GHT.

Le GHT Hôpitaux de Provence (HdP), l'un des plus gros GHT de France, regroupe les 13 établissements publics du département des Bouches-du-Rhône ainsi que l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, membre associé.

Des coopérations graduées au sein du GHT HdP sont recherchées et valorisées au sein des filières médicales. Le GHT HdP met en œuvre cette stratégie sur la filière cancérologique dans le contexte de la réforme des autorisations.

A ce titre, le CHEG est site associé à l'AP-HM pour la réalisation des traitements de chimiothérapie pour les patients du bassin aubagnais. Cette coopération, appelée à être renforcée dans le cadre du projet du nouvel hôpital, visera à couvrir un territoire plus large. Par ailleurs, la réalisation de chimiothérapies à domicile (HAD), contribue aussi à une meilleure fluidité du parcours patient.

La création d'une filière « chirurgie bariatrique » au sein du GHT, a donné lieu à la signature d'une convention inter-établissements du GHT (Aubagne-AP-HM site Nord) avec des objectifs territoriaux communs : amélioration du parcours de soins patient, permanence des soins, gestion des complications. Ce premier axe de coopération a permis de promouvoir l'extension de la filière chirurgie bariatrique à la chirurgie digestive puis à la pathologie digestive. Ainsi, une Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH) en gastro-entérologie et en oncologie digestive est mise en œuvre en 2025. La participation active des praticiens d'Aubagne aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) permet de bénéficier d'avis spécialisés, de transferts simplifiés vers le CHU lorsque la situation le justifie. Des postes de PH partagés ont été actés pour développer l'activité de fibroscopies et d'endoscopies en hépato-gastro-entérologie.

Dans le domaine de l'imagerie, la coopération entre l'AP-HM et le CHEG se matérialise par la mise en place d'une FMIH dédiée, garantissant un lien renforcé avec l'imagerie interventionnelle du CHU et une meilleure visibilité de la filière sur l'ensemble du territoire, notamment pour Aubagne. Le déploiement effectif au CHEG d'un outil commun de télé-radiologie *TéléDiag* mis en place à échelle du GHT, favorise la mutualisation des compétences et la continuité des prises en charge, en particulier pour les examens spécialisés. Parallèlement, la mise en place de postes d'assistants à temps partagé (ASTP) contribue à la sécurisation des activités.

La filière d'orthopédie bénéficie d'une structuration grâce à une FMIH entre l'AP-HM et le CHEG. Cette fédération, adossée à des postes partagés et à des protocoles harmonisés entre les équipes des deux établissements, vise à renforcer l'attractivité des postes à Aubagne et à favoriser le développement d'une activité chirurgicale dans le cadre du futur hôpital.

En urologie, la constitution d'une équipe territoriale « Est » associant l'AP-HM (La Conception), le CH d'Aubagne et le CH de La Ciotat a permis de consolider les coopérations inter-établissements sur le territoire Est marseillais et d'assurer une meilleure continuité des soins sur cette zone. Cette organisation a ainsi conforté la stratégie d'un maillage entre les différents sites hospitaliers publics du GHT.

Enfin, un projet de FMIH HAD réunit l'AP-HM, les CH d'Aix-en-Provence, d'Aubagne et de La Ciotat, ainsi que le Centre Gérontologique Départemental. Il est ainsi envisagé la mise en place d'un GCS exploitant l'autorisation d'HAD. La mention socle et les mentions obstétrique ainsi que rééducation feront l'objet d'un dossier d'autorisation unique sur un territoire élargi par le CH de La Ciotat, le CH d'Aubagne et le SMR privé La Bourbonne pour la mention Rééducation.

La mission note toutefois l'absence d'objectifs de complémentarité sur la filière obstétrique et pédiatrique, alors que la concurrence des établissements privés marseillais est importante.

**Observations :** Pour chaque filière, les objectifs, le bilan des actions du précédent PMST, les actions projetées ont été dressés. Pour autant, l'absence d'objectifs chiffrés et de calendriers de réalisation est à souligner. Les objectifs ambitieux fixés nécessiteront un **suivi et une évaluation annualisée** dans le cadre du projet NHPA.

## 2.3 LE PROJET MEDICAL S'INSCRIT DANS LES ORIENTATIONS DU SROS-PRS 2023-2028

L'établissement dispose d'un projet d'établissement 2025-2030 validé par le Conseil de surveillance du 29 avril 2025. La mise en application du projet médico-soignant repose sur une déclinaison en projets de service dont les premières présentations n'interviendront qu'à partir de décembre 2025.

L'ARS précise que le projet médico-soignant du CHEG s'inscrit dans les objectifs stratégiques du PRS 2023-2028 notamment en termes de coopération, de complémentarité et d'évolution de l'offre de soins sur son territoire :

- Développement de la prévention à destination des femmes enceintes, des parents, des professionnels et des enfants lors des 1000 premiers jours de la vie et de la petite enfance : Le CHEG a pour objectif à long terme une reconnaissance d'activité néonatale (type 2a). Des locaux adaptés dans le projet sont prévus afin d'accompagner cette évolution, notamment via l'identification de 6 lits permettant la prise en charge rapprochée de la mère et de l'enfant ;
- Amélioration du parcours en périnatalité : L'établissement assure une réponse sans recourir à l'intérim médical. Le service de pédiatrie se structurera, dans le nouvel hôpital, sur un capacitaire de 14 lits, dédoublable en période épidémique, pour permettre un fonctionnement modulable et adapté aux besoins saisonniers. Une priorisation des hospitalisations non programmées sera intégrée dans le fonctionnement de l'unité. Le lancement d'une activité de chirurgie pédiatrique ORL de proximité, en lien avec l'AP-HM, est rendue possible par l'autorisation obtenue récemment par le CHEG.
- Renforcement de la prévention et la réduction des risques et dommages des conduites addictives : Une prise en charge renforcée en addictologie est envisagée via le repositionnement du pôle addictologie du CH d'Allauch leader sur le territoire, sur un bâtiment à proximité du NHPA, afin d'assurer des parcours mieux coordonnés ;
- Promotion de la santé nutritionnelle en prévention de l'obésité : Le CHEG renforce son engagement auprès des patients souffrant d'obésité par un parcours d'éducation thérapeutique structuré, en appui notamment des interventions de chirurgie bariatrique ;
- Positionnement comme un hôpital de territoire et appui sur les hôpitaux de proximité : les équipes chirurgicales et médicales se fixent comme objectifs de garantir à la population une accessibilité globale, une prise en charge en proximité autant que possible et **de reprendre une partie des parts d'activité du territoire** permettant ainsi des prises en charge en proximité. ; les cibles d'activité du nouveau bloc opératoire ont été dimensionnées avec cette ambition ;
- Renforcement de l'offre de la filière gériatrique offrant un recours sur le territoire en lien avec les établissements médico-sociaux et en soutien aux professionnels de ville : accès direct aux services hospitaliers, pour les personnes de 75 ans et plus. L'activité d'orthogériatrie s'est structurée avec

la mise en place d'une Unité Péri-Opératoire Gériatrique. Cette nouvelle unité, sera positionnée sur 10 lits de chirurgie dans le nouvel hôpital ;

- Consolidation de la dynamique du GHT 13 et développement des coopérations public privé : Chirurgie orthopédique, gastro-entérologie, urologie, HAD ;
- Poursuite du virage ambulatoire : L'activité médicale actuelle est fortement orientée vers la prise en charge des besoins non programmés sur le territoire. Le CHEG va mieux structurer la médecine ambulatoire via la structuration d'activités déjà existantes (chimiothérapies, bilans de chutes, bilans dermatologiques et d'allergologie, transfusions, bilans d'obésité, bilans onco-hématologie), le développement de nouvelles activités, telles que les parcours sport-santé, les bilans de MTEV ou la prise en charge des plaies complexes et une meilleure accessibilité des plateaux techniques ; les orientations à l'horizon du NHPA sont les suivantes :
  - Le renforcement des activités médicales programmées,
  - Des temps partagés avec le GHT en s'inscrivant dans une filière de territoire et de recours,
  - L'amélioration des taux de rotation à l'ouverture des hôpitaux de jour : La cible est 2 patients / place / jour ;
- Fluidification de l'aval des urgences et amélioration du parcours de soins des publics spécifiques : Dans le cadre du nouvel hôpital, le CHEG entend développer des alternatives au passage aux urgences : accès direct à l'hôpital pour les patients âgés, consultations non programmées (pédiatrie, gynécologie), coordination renforcée avec la ville. Le projet de rattachement du Centre de Santé d'Aubagne à l'APHM facilitera ces coordinations.

**Observations :** Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu pour la période 2019/2024 et reconduit jusqu'au 31 octobre 2025, **outil opérationnel de suivi devra être revu à la lumière de la feuille de route qui se met en place sous le pilotage de l'ARS.**

### 2.3.1 Le projet médico-soignant doit soutenir plus fortement les axes stratégiques qui soutiennent la faiblesse des hospitalisations programmées tant en médecine qu'en chirurgie

L'établissement accueille plus des deux tiers de ses patients en hospitalisation complète via les urgences (71,3% en 2023). Le poids des entrées en hospitalisation par les urgences traduit la faiblesse de l'adressage des patients par les praticiens du territoire. Le rattachement progressif du Centre de Santé d'Aubagne au CHEG, représentera un point d'ancrage de proximité permettant d'améliorer la coordination ville/hôpital.

Le pourcentage de séjours de niveau 3 et 4 est de 13,61%, taux supérieur à celui des établissements du décile de la même typologie, qui se situe à 12,50%. Le pourcentage des GHM recours ou référence dans l'activité de l'établissement atteint 0,84 % en 2023. Il se situe à un niveau légèrement supérieur à celui des établissements du décile de la même typologie, qui s'élève à 0,8 %.

Acteur de recours sur le territoire pour un certain nombre de prises en charge, le CH d'Aubagne se doit de structurer des liens rapprochés avec les acteurs du premier recours et le renforcement et la création de filières et parcours de soins spécialisés. Le projet d'établissement met l'accent sur la nécessité de développer les coopérations avec la médecine de ville, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, le développement des filières de soins notamment avec l'AP-HM et l'augmentation de l'activité programmée.

Concrètement, l'hôpital pourrait tester par questionnaire la meilleure façon de répondre aux attentes des professionnels libéraux. À la recherche d'un spécialiste rapidement accessible, ces professionnels n'hésitent pas à se tourner vers les cliniques privées.

La mission recommande l'instauration d'un guichet unique Ville-hôpital qui ne supprime pas la possibilité pour les médecins de ville d'entrer en contact directement avec un confrère hospitalier de leur connaissance, mais ce service aide ceux qui peinent à le faire. Demander un avis spécialisé, adresser un patient dans un service, récupérer un courrier d'hospitalisation ou de consultation, vérifier une ordonnance, tels sont les services facilités qui pourraient être proposés aux médecins, soignants de ville ainsi qu'au secteur médico-social qui peinent à trouver un interlocuteur hospitalier unique pour leurs patients.

**Recommandation n°2** Favoriser les entrées directes dans les différents services en lien avec le secteur de la ville, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment la CPTS du Pays d'Aubagne et de l'Etoile et le médico-social. Cet objectif devra figurer dans le CPOM, les contrats de pôle et faire l'objet d'un suivi régulier.

**Recommandation n°3** Mettre en place un guichet unique à l'attention des professionnels de santé libéraux du territoire ainsi qu'au secteur médico-social.

**3 Si les augmentations du capacitaire en médecine (+ 5 lits, +1 place) et en soins critiques (+4 lits) semblent justifiées par la réglementation et le vieillissement de la population anticipée, l'augmentation en chirurgie (+4 lits, +2 places), en obstétrique (+7 lits) et en pédiatrie (1 lit) repose sur des hypothèses de croissance d'activité plus incertaines.**

La prévision d'activité est fondée sur le taux d'évolution annuel moyen constaté sur les 6 dernières années (+0,75% par an entre 2015 et 2021) sur son territoire de santé hors arrondissements marseillais et non sur des prévisions démographiques.

L'établissement met certes en avant une augmentation de la population supérieure au département (+0,3% de variation annuelle moyenne) et une part des plus de 65 ans plus élevée que la moyenne départementale. Toutefois, l'établissement applique une hypothèse d'augmentation de la population sans tenir compte de l'évolution de la structure de la population, c'est-à-dire d'un accroissement plus rapide des seniors et d'un recul probable des besoins en pédiatrie et en obstétrique.

L'INSEE prévoit ainsi à l'échelle du département des Bouches-du-Rhône un faible accroissement de la population entre 2024 et 2035 (+35.740 habitants, +1,74%), soit un taux de croissance annuel moyen de +0,16%, beaucoup plus faible que l'augmentation constatée entre 2015 et 2021. Mais cette faible croissance masque d'importantes disparités entre classes d'âge, avec une baisse de 13.970 habitants de moins de 20 ans (-0,36% d'évolution annuelle moyenne) contre une augmentation de 65.700 habitants de plus de 65 ans (+1,25% d'évolution annuelle moyenne).

A cet égard, les hypothèses d'évolution d'activité restent incertaines. Le développement de la chirurgie repose bien sur une reprise de parts de marché vis-à-vis des opérateurs marseillais, y compris de l'AP-HM. Mais indépendamment de la croissance d'activité fondée sur des projets de développement et sur une nouvelle répartition de l'offre de soins, l'évolution tendancielle projetée (+9%) reste éloignée de la croissance démographique projetée par l'INSEE, y compris pour les seniors.

**Tableau 9 : Evolution prévisionnelle de l'activité**

	Séjours 2024	Dévelop. Activité (efficience)	en %	Evol. tend. 2035	en %
Médecine	6 100	351	6%	523	9%
Chirurgie	4 316	1 056	24%	370	9%
Obstétrique	1 249		0%	107	9%
Médecine pédiatrique	1 505		0%	129	9%
Soins critiques	598	80	13%	51	9%
<b>TOTAL (hors soins critiques)</b>	<b>13 170</b>	<b>1 407</b>	<b>11%</b>	<b>1 128</b>	<b>9%</b>

Source : RSE de l'établissement

Pour accréditer la trajectoire, le CHEG met en avant une croissance d'activité entre 2022 et 2024. La mission constate que cette dynamique s'observe également entre 2019 et 2024, confirmant que l'établissement a retrouvé et dépassé son niveau d'activité antérieur à l'épidémie de COVID. Ainsi, l'activité s'élève à 16.808 séjours en 2024, soit une hausse de 15% par rapport à 2019, dont 3.860 séjours de chirurgie, (soit une hausse de 19% par rapport à 2019)<sup>6</sup>.

### 3.1 L'augmentation capacitaire en médecine (+ 5 lits, +1 place) apparaît nécessaire au regard des taux d'occupation actuels et du vieillissement anticipé de la population.

Le projet intègre une augmentation du capacitaire de médecine adulte pour atteindre 84 lits (+5 lits, +6%) et 10 places (+1 place, +10%). L'organisation en trois unités de 28 lits (extensibles à 30) permet d'optimiser les maquettes paramédicales. Les lits de médecine sont actuellement répartis entre quatre services au sein des pôles urgences-médecine et gériatrie : la médecine interne pour 27 lits, la médecine polyvalente pour 25 lits, l'UHCD pour 8 lits et 25 lits pour le court séjour gériatrique.

Outre l'activité de suivi et de bilan, l'hospitalisation de jour comprend également une activité de séances pour chimiothérapies tumorales pour moitié et une activité d'injections d'autres médicaments. A noter qu'une partie des chimiothérapies les plus courtes (notamment en hématologie) ont vocation à être réalisées à domicile à terme. Le plateau de consultation offre par ailleurs accès à la majorité des spécialités (cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastrologie, pneumologie, médecine interne, infectiologie, ophtalmologie, médecine vasculaire depuis 2024, à l'inverse de la neurologie n'apparaissant plus à cette date).

L'activité de médecine a progressé de 5,4% entre 2022 et 2024 en hospitalisation complète, pour atteindre 2.260 passages, ainsi qu'à l'UHCD (+2% pour atteindre 3.500 passages). En hospitalisation de jour, elle progresse de 30% sur la période tant sur l'activité de chimiothérapies, injections ou de bilans, pour atteindre 2.090 passages. Les taux d'occupation actuels transmis à la mission sont supérieurs aux cibles préconisées par le CSIS (90%) et proches de ceux de l'ANAP (95% en HC et 130% en HDJ).

L'activité du court séjour gériatrique augmente dans les mêmes proportions (+5,4%) entre 2022 et 2024, pour atteindre 969 passages, avec un taux d'occupation de 95%.

En conclusion, l'évolution capacitaire proposée permettra de construire des unités au capacitaire et aux maquettes paramédicales standardisées, garantissant une certaine modularité dans l'adaptation aux évolutions de prises en charge et à l'accroissement de l'activité (+9%, +283 séjours à horizon 2035) dans un contexte de vieillissement de la population.

### 3.2 L'activité de chirurgie a fortement progressé entre 2022 et 2024 (+23%), notamment en ambulatoire, avec toutefois un potentiel de croissance à capacitaire constant.

Le projet intègre une augmentation du capacitaire de chirurgie adulte pour atteindre 28 lits (+4 lits, +17%) et 12 places (+2 places, +20%). L'unité de chirurgie permet d'héberger les patients d'orthopédie, de chirurgie digestive et endocrinienne, d'urologie, d'ORL et d'obstétrique.

Toutefois, les taux d'occupation actuels transmis à la mission, 72% en HC et 103% en ambulatoire, sont inférieurs aux cibles préconisées par le CSIS (90%) et de ceux de l'ANAP (85% en HC et 150% en chirurgie

---

<sup>6</sup> source ATIH (scansante)

ambulatoire). L'application de ces cibles correspond à un capacitaire cible de 20 lits, pour atteindre un taux d'occupation de 85%. A noter que l'IP-DMS ne présente aucun potentiel d'optimisation sur la durée de séjour, quelle que soit la spécialité. Elle s'élevait en moyenne en chirurgie à 0,890 en 2024<sup>7</sup>.

L'activité progresse globalement entre 2022 et 2024 : de 9% en hospitalisation complète pour atteindre 1.560 passages et de 34% en ambulatoire pour atteindre 2.570 passages. Si l'établissement connaît une très forte croissance en chirurgie ambulatoire, le taux de chirurgie ambulatoire du CHEG (48%) reste inférieur à la moyenne nationale des CH (65% en 2024, proche également de la moyenne régionale en PACA). Le potentiel de bascule ambulatoire sur la chirurgie conventionnelle est estimé à 690 séjours par application des taux de chirurgie ambulatoire observé en moyenne pour les 20% des établissements les plus performants<sup>8</sup>, sur les gestes de chirurgie les plus courants. La moitié de ce potentiel porte sur l'urologie (endoprothèses de l'urètre, lithiases urinaires, chirurgie des troubles mictionnels).

**Tableau 10 : Evolution de l'activité en chirurgie entre 2022 et 2024**

	Evolution 2024/22		Evolution HC		Evolution ambulatoire	
	En valeur	En %	En valeur	En %	En valeur	En %
Orthopédie	+288	+22%	+65	+11%	+223	+81%
Digestive et polyvalente	+135	+19%	+61	+16%	+74	+23%
Endoscopies digestives	+369	+50%			+369	+50%
Urologie	+58	+13%	+12	+4%	+46	32%
Gynécologie/IVG	-11	-3%	+3	+4%	-14	-5%
ORL	-39	-20%	+7	+114%	-46	-25%
<b>TOTAL</b>	<b>+785</b>	<b>+23%</b>	<b>+129</b>	<b>+9%</b>	<b>+656</b>	<b>+34%</b>

Source : Centre hospitalier d'Aubagne

L'analyse des parts de marché sur le pays d'Aubagne et de l'Etoile montre que le CH d'Aubagne est le premier opérateur pour la chirurgie traumatologique, sans assurer toutefois la majorité des interventions sur ce périmètre plus restreint que la zone de recrutement (avec 41% des parts de marché en 2024). A l'inverse, il n'assure que 22% des interventions en chirurgie programmée contre 30% pour la clinique de la Casamance. En chirurgie urologique, Le CH d'Aubagne assure quasi-autant de prises en charge<sup>9</sup> que la clinique de la Casamance au profit des habitants du pays d'Aubagne. En chirurgie digestive et viscérale, le CH d'Aubagne conserve une part de marché proche de 20% derrière la clinique de la Casamance<sup>10</sup>. En chirurgie obstétricale et ORL, l'établissement affiche une part de marché très résiduelle en cohérence avec l'évolution de l'activité, où la clinique de la Casamance reste le principal effecteur.

<sup>7</sup> Source : CH d'Aubagne à partir des DMS nationale issues de Scansanté

<sup>8</sup> ATIH, VISUCHIR

<sup>9</sup> 16% et 18% en 2024 respectivement sur groupes de planification C20 – Chirurgie de l'appareil génital masculin et C19 – Chirurgie urologique, contre respectivement 19% et 17% pour la clinique de la Casamance

<sup>10</sup> Le CH d'Aubagne assure respectivement 21%, 19% et 19% des interventions pour les habitants du pays de l'Etoile pour les groupes de planification suivants : C08 – Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, C07 – Chirurgie viscérale et C06 – Chirurgie majeure digestive.

Globalement, sur la zone de recrutement du CH d'Aubagne, l'établissement gagne 1,4 points de parts de marché entre 2022 et 2024, tandis que l'AP-HM, premier opérateur sur ce territoire, conserve une part de marché stable, avec un recul pour les ESPIC de Marseille. Les établissements privés de proximité semblent également gagner des parts de marché sur les cliniques de Marseille : la clinique de la Casamance gagne 2,4 points de parts de marché et la clinique de la Ciotat 1,3 points. Si l'établissement entend accroître son activité sur des gestes programmés, il est probable que cette stratégie doive reposer sur des FMIH partagées avec l'AP-HM et une réorientation des filières d'adressage publiques actuellement dirigées vers l'AP-HM, outre une meilleure visibilité auprès des médecins de ville.

En conclusion, la mission souligne la sous-occupation actuelle du service de chirurgie en hospitalisation complète (20 lits en moyenne occupés sur 24), la marge de progression non négligeable pour accentuer le virage ambulatoire et une perspective d'activité incertaine. En effet, le CHEG anticipe non seulement des augmentations ciblées et documentées à court terme dans le cadre du plan d'efficience (+1.056, +24% par rapport à 2024) mais également une évolution au titre de la croissance démographique constatée sur le territoire de santé sur 5 ans seulement entre 2015 et 2021 (+0,75%).

**Observations : L'ensemble de ces constats interroge fortement l'adéquation du capacitaire en chirurgie pour l'hospitalisation complète, bien qu'il s'agisse d'une cible de taille d'unité de soins optimisée permettant d'adapter au mieux les maquettes soignantes. L'ARS a également souligné dans son avis<sup>11</sup> ce surcapacitaire projeté en chirurgie.**

### 3.3 Le dimensionnement projeté du bloc s'inscrit dans une démarche d'absorption de la hausse d'activité envisagée

Le CHEG dispose actuellement de 6 salles dont 1 salle pour les endoscopies et 1 salle de césarienne (en dehors du bloc). A noter qu'une des 4 salles de chirurgie n'est pas armée. Le taux d'occupation moyen du bloc s'élève à 82%, avec une hausse importante par rapport à 2023 (+10 points), avec notamment des taux d'occupation de 68% en ORL, 87% en orthopédie, 89% en digestif, 72% en urologie. L'établissement considère que la configuration actuelle de la SSPI, qui ne peut pas accueillir plus de 4 places pour un nombre équivalent de salles théoriques, contraint l'activité de chirurgie. Les délais entre deux interventions s'en trouvent fortement allongés générant des débordements.

Le CHEG prévoit de construire et d'armer deux salles en plus par rapport à l'existant. En passant de 3 à 5 salles armées en chirurgie, cette évolution correspond à une augmentation du temps opératoire offert de 100 heures hebdomadaires soit une hausse de 67%. L'établissement prévoit une augmentation plus que volontariste de 33% de son activité à horizon 2035. Bien que l'évolution du nombre de séjours ne permette pas de déduire le temps opératoire supplémentaire nécessaire une telle disproportion interpelle la mission.

La mission s'interroge sur la justification pour construire ces deux salles supplémentaires. Est-ce pour mieux prendre en charge l'activité non programmée ? Ce point mériterait d'être étayé par l'établissement, avec le volume d'urgences absorbé. En outre, le bloc semble géré sans répartition fluide du temps opératoire entre spécialités, chacune disposant d'une salle dédiée.

---

<sup>11</sup> Page 15 avis ARS du 27 août 2025

Cette augmentation du nombre de salles permettra-t-elle d'absorber une concentration à plus long terme du nombre de centres sur le territoire ? Or, l'hôpital et la clinique de la Ciotat ont inauguré en 2015 un bloc opératoire de 8 salles, exploité en commun dans le cadre d'un GCS.

En conclusion, ces deux salles supplémentaires si elles sont maintenues, représentent une réserve capacitaire que l'établissement ne pourrait exploiter que lorsque les seuils requis pour l'existant seront atteints : taux de débordement inférieur à 5% et un taux d'occupation supérieur à 80%, d'autant plus que selon le RESE, les besoins en renfort de personnel, estimés à 3 ETP de chirurgien et 7 ETP de personnels non médicaux (IBODE, IADE et AS) ne sont pas négligeables dans le contexte financier que connaît l'établissement.

**Observations :** La mission recommande à l'établissement et à l'ARS de **questionner annuellement l'organisation du bloc opératoire** (répartition des vacances, gestion des compétences IADE/IBODE) compte tenu du taux d'occupation de certaines salles.

### 3.4 Le capacitaire proposé en pédiatrie reste stable malgré des taux d'occupation faibles.

En pédiatrie, le projet présente une augmentation capacitaire marginale (+1 lit, +8% du capacitaire actuel), pour atteindre 14 lits. Cet ajustement permet une meilleure adaptation des maquettes soignantes (1 IDE pour 14 lits).

L'occupation des lits et places de pédiatrie présente encore un important potentiel d'optimisation, atteignant seulement 66% en HC et 71% en HDJ en 2024. La durée moyenne des séjours ne présente pas au global d'écart par rapport à la moyenne nationale.

L'activité a peu progressé entre 2022 et 2024 (+25 séjours, +1,8%) à l'inverse de la dynamique en hôpital de jour (+61 venues, +21%)

La prévision d'activité à 2035 reste plus contestable car l'établissement anticipe une augmentation d'activité (cf. pièce annexe 4.j) de +0,75% par an. Or, la population mineure a décliné sur le département (-4903 habitants sur la tranche 0-14 ans, -1,3% entre 2016 et 2022) et sera amenée à diminuer encore selon l'INSEE<sup>12</sup>. Au regard de ces paramètres, il est peu probable que le service améliore fortement son capacitaire.

### 3.5 L'augmentation capacitaire en obstétrique (+7 lits) semble reposer sur une croissance d'activité très incertaine.

Le projet intègre une augmentation du capacitaire de gynécologie-obstétrique pour atteindre 26 lits (+7 lits, +36,84%). Le taux d'occupation connaît un recul important entre 2022 et 2024 pour s'établir à 73%. Cette dégradation est imputable à la baisse des naissances sur l'établissement (-243 accouchements enregistrés, -19%), au-delà de la tendance départementale (-8% de naissances entre 2022 et 2024 selon l'INSEE).

---

<sup>12</sup> Modèle OMPHALE 2022, scénario central : la population des moins de 20 ans baisserait de 82 000 personnes entre 2018 et 2050 (- 0,2 % en moyenne par an).

Le pays d'Aubagne a connu la fermeture de la maternité privée de la clinique de la Casamance, avec la fermeture de 3 salles de naissances. Si les accouchements réalisés sur la maternité d'Aubagne ont augmenté de 23% entre 2013 et 2023 (+209 accouchements), ils diminuent de 18% (-249 accouchements) en prenant en compte les accouchements auparavant réalisés à la clinique<sup>13</sup>. In fine, le nombre d'accouchements moyen par salle, s'apparentant à un taux d'équipement, sur la maternité d'Aubagne s'élève à 378 en 2023, contre une moyenne nationale à 304.

A l'inverse, le nombre de lits apparaît élevé au regard du volume d'accouchements par rapport à la moyenne nationale. Cela se traduit également par un taux d'occupation faible et une DMS élevée (4,05).

**Observations :** La perspective est celle d'une stabilité de l'activité compte tenu des perspectives démographiques et de la structure populationnelle du territoire. Malgré ce constat, l'établissement anticipe une **progression d'activité de 8,6% entre 2024 et 2035** sur la base d'une hypothétique **évolution de la recomposition de l'offre périnatale régionale, pour le prochain SRS**. L'ARS aura à statuer sur cette perspective et ses impacts capacitaires.

**Recommandation n°4** Statuer sur la perspective de reconnaissance en maternité de type 2a du NHPA, pour ce territoire et ses éventuelles conséquences capacitaires.

### 3.6 L'augmentation du capacitaire des soins critiques (+4 lits) s'avère nécessaire pour répondre aux nouvelles conditions techniques de fonctionnement définies par le décret du 26 avril 2022.

Les soins critiques voient leur capacitaire augmenter pour atteindre 16 lits (+4 lits, +25%), afin de se mettre en conformité avec les nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation<sup>14</sup>. Le décret du 26 avril 2022 fixe bien en cas de reconstruction un capacitaire minimal de 10 lits en réanimation et 6 lits en soins polyvalents à proximité.

Le taux d'occupation s'est dégradé entre 2022 et 2024 pour atteindre 73%<sup>15</sup> malgré une augmentation de nombre de séjours (+124, +25%), probablement imputable à une réduction de la durée des séjours. Toutefois, avec des Indices de Performance de la DMS respectivement à 1,05 et 1,18 en 2024, la durée de séjour en réanimation et à l'USIP présente un potentiel d'optimisation théorique (parfois imputable au codage ou aux difficultés d'aval). A noter que l'IGS2 médian exprimant la sévérité des patients s'élève à 44 en 2024 sur la réanimation, contre 43 en moyenne dans les Centre hospitaliers<sup>16</sup>.

En proximité, la clinique de Casamance possède 12 lits de réanimation présentant toutefois un taux d'occupation de 62%, ainsi que 32 lits de soins continus et 8 lits d'USI de cardiologie. Le CH de La Ciotat dispose de 6 lits de surveillance continue et a contractualisé avec le CHEG identifiant la réanimation du CHEG comme unité de recours de son unité de surveillance continue.

En conclusion, l'augmentation capacitaire est motivée par l'évolution de la réglementation mais crée un risque de suréquipement sur le territoire au regard des besoins compte tenu des taux d'occupation observés au CHEG et à la clinique de la Casamance. L'établissement suggère d'ailleurs la possibilité de

---

<sup>13</sup> Enquête Maternités, DREES

<sup>14</sup> Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques

<sup>15</sup> Le rapport IGAS n°2021-017R sur L'offre de soins critiques rappelle la cible de taux d'occupation à 80% pour les petites unités de 8 lits.

<sup>16</sup> rapport IGAS n°2021-017R, page 21

fermer des lits en fonction de l'évolution du taux d'occupation pour adapter au mieux les effectifs rémunérés à l'activité, en mobilisant des infirmiers du pool d'absentéisme au besoin.

**Recommandation n°5** Explorer la possibilité de diminuer le capacitaire en hospitalisation complète de chirurgie et de pédiatrie, au regard des faibles taux d'occupation, ainsi que du potentiel de bascule ambulatoire et des faibles perspectives de croissance en pédiatrie.

## 4 LES CARACTERISTIQUES DU PROJET IMMOBILIER DU NOUVEL HÔPITAL du PAYS D'AUBAGNE (NHPA)

### 4.1 L'hypothèse de restructuration des sites actuels est abandonnée en 2020 mais le schéma directeur immobilier n'est pas mis à jour.

Le schéma directeur Immobilier 2019 / 2020 remis à la contre-expertise comprend deux documents 1.b.1 et 1.b.2 d'une quarantaine de pages chacun élaborés en 2019 et 2020 et sur lesquels apparaissent :

- Les grandes lignes d'un projet immobilier à géométrie variable et traitant des deux sites Gastine et Maison du Parc occupés actuellement avec en priorité :
  - Développer les activités de gériatrie sur les 2 sites ;
  - Transformer les unités d'hospitalisation de médecine interne et de cardio/pneumo en unités de médecine polyvalente avec un redimensionnement capacitaire adapté à la saisonnalité de l'activité ;
  - Regrouper les secteurs ambulatoires : consultations externes et hôpitaux de jour de médecine ;
  - Créer une unité de néonatalité (transformées en 6 chambres kangourou dans le PTD actuel) ;
  - Améliorer les conditions de prise en charge aux urgences – (opération engagée en 2020) ;
  - Redimensionner/restructurer la cuisine (urgence sanitaire).
  
- L'analyse fonctionnelle des bâtiments actuels implantés sur les deux sites avec les restructurations envisagées ;
  
- Les points forts et les points faibles des deux sites :
  - Points forts : la déclivité de la maison du parc permettant une optimisation foncière intéressante ;
  - Points faibles : le peu de surface disponible pour les stationnements sur le site des sœurs Gastine et la confusion des flux. La déclivité de la maison du Parc et les risques de coulées d'eau.
  
- La synthèse des diagnostics techniques faisant apparaître des points forts (30%) et des points faibles (70%) :
  - Points forts :

- 1/3 des chaudières en bon état, Réseau AEP en bon état et production ECS récente, Production d'eau spécifique récente, Production fluides médicaux sous contrat location en très bon état, Tous les systèmes de froid sont en bon état voire neuf. GE en bon état et « récent », TD et onduleur en bon état, Un SSI aux normes pour la maison du parc.
  - Points faibles :
    - Un clos couvert vétuste, un désenfumage non conforme, pas de PC sécurité, système appel malade obsolète, vidéosurveillance inexistante, contrôle d'accès peu déployé à créer, DECT à créer, GTC inexistante, à créer, Distribution ECS et EF vétuste sur Gastine , Réseau EU/EP vétuste , les réseaux de distribution primaires, secondaires et émetteurs chaud et froid en mauvais état, les systèmes de ventilation (des blocs opératoires obsolètes), ventilation hygiénique inexistante sur le site Gastine et vieillissante dans la maison du Parc.
- L'estimation des coûts travaux :
  - Urgences : 850 K€
  - Médecoteknique : (pharmacie) : 95 K€
  - Logistique / vestiaires : 170 k€ + 493 k€
  - MCO dont SSR et internat : 11.1 M€ + 4.4 M€ + 8.4 M€ +726 k€
  - Administration (à l'emplacement de l'IFSI, où va l'IFSI ?) : 1.27 M€
  - UHR neuf à la Maison du Parc : 6.9 M€
  - USLD / EHPAD restructurés Maison du Parc : 5.6 M€
  - VRD sœurs Gastine : 312 k€
  - Mise aux normes et mise à niveau des installations techniques sœurs Gastine : 16.7 M€
  - VRD Maison du Parc : 460k€
  - Mise aux normes et mise à niveau des installations techniques Maison du Parc : 1.5 M€

Le total de ces opérations était donc évalué à près de 60 M€ (réactualisation annoncée de 80 M€ sans doute sur estimée) avec, pour les opérations du programme 2025 (urgences, medicoteknique, logistique, UCP, administration, VRD et mise aux normes du site sœurs Gastine) une évaluation de 45 M€ (réactualisation 2025 à environ 50 M€).

- Un planning des travaux étalé sur 10 ans
- Un échelonnement des dépenses d'investissement sur 13 ans

**Observations :** La valeur finale des 144 M€ est à comparer à 50 M€ plutôt que 80 M€ puisque les projets d'EHPAD, d'USLD et de SSR ont été abandonnés, soit un gap de presque 300%. Sauf à ne considérer que des enjeux autres qu'immobiliers (médicaux ou territoriaux notamment), il paraît risqué d'engager un projet immobilier sur la base de cette étude de faisabilité, sans plus d'approfondissement des hypothèses de restructuration/extension.

Le phasage et l'étalement dans le temps des travaux auraient pu permettre de lisser les coûts d'investissements quand un projet neuf engendrera nécessairement des facturations plus rapprochées.

La faiblesse de l'étude laisse poindre plusieurs questions qui devront être éclaircies par le CHEG en particulier dans le contexte de fragilité financière dans lequel il se trouve :

- ✓ Que vont devenir les locaux qui se trouvent sur le site actuel et qu'il n'est pas prévu de reconstruire dans le bâtiment neuf ? Peuvent-ils rester dans un site déserté et peut-être reconverti ? (l'IFSI/IFSA et l'internat)
- ✓ Les bâtiments actuels vont-ils pouvoir fonctionner jusqu'en 2031 sans les mises aux normes et mises à niveau prévues en 2020 pour une valeur estimative de 16.7 M€ ? Sinon, l'investissement nécessaire est-il prévu ? Ce coût ne devrait-il pas être intégré au coût global de l'opération du nouveau bâtiment ?
- ✓ Quel devenir pour le site de la Maison du Parc dont les travaux de mise aux normes techniques (sans parler de restructuration ou d'extension) étaient évalués à 1.5 M€ en 2020 ? Le projet d'établissement prévoit des travaux de restructuration et d'extension de la Maison du Parc pour un montant de 16 M€ au lieu des 14 M€ prévus en 2020 mais le périmètre du projet reste à préciser

**En conclusion :** Il est difficile, sur la base de ces deux documents d'établir une analyse conclusive sur l'opportunité ou non de mettre en œuvre les hypothèses envisagées en 2020 et de se rassurer sur le bien-fondé de la décision de reconstruction. **Il est à noter que le CHEG n'a pas fourni de documents intermédiaires présentant les études effectuées entre ces études de faisabilité de 2020 et la programmation finale de 2025.** Malgré cela les observations précédentes peuvent éclairer la réflexion avec la recommandation de finaliser un **schéma Directeur Immobilier global et cohérent** qui prendra en compte l'ensemble des contraintes immobilières.

#### 4.2 Les surfaces du projet immobilier, comparées aux référentiel CSIS et ANAP, doivent partiellement être revues

- Les documents des pages 112 et 114 du RESE servent de base à l'analyse.



Synthèse	Nombre de lits		Nombre de places		Nombre de séjours HC		Nombre de séjours HDJ		Nombre de journées		DMS HC		Taux d'occupation HC	
	Avant NHPA	Post NHPA	Avant NHPA	Post NHPA	Avant NHPA	Post NHPA	Avant NHPA	Post NHPA	Avant NHPA	Post NHPA	Avant NHPA	Post NHPA	Avant NHPA	Post NHPA
Médecine	79	84	9	10	3 302	3 620	2 798	3 354	29 073	30 771	8,0	7,6	91%	90%
Chirurgie	24	28	10	12	1 747	2 332	2 569	3 409	8 903	11 865	3,6	3,6	72%	90%
Obstétrique HC	19	26	-	-	1 249	1 356	354	384	5 055	5 488	4,0	4,0	73%	85%
Pédiatrie HC	13	14	-	-	1 505	1 634	356	754	3 132	3 268	2,1	2,0	66%	85%
Soins critiques	12	16	-	-	598	729	-	-	3 211	4 375	5,4	6,0	73%	85%
Total	147	168	19	22	8 401	9 671	5 367	6 763	49 374	55 767				

\*l'HDJ d'obstétrique et de pédiatrie sont inclus dans l'HDJ de médecine

NB : La présente synthèse vise à apprécier l'impact des développements d'activité sur les secteurs concernés. À ce titre, elle ne constitue pas une présentation exhaustive de l'activité de l'établissement : certaines unités, telles que l'UHCD ou la filière des nouveau-nés, n'y sont pas intégrées. En réintégrant l'ensemble de cette activité, les volumes globaux atteignent bien les niveaux présentés en page 17, soit environ 56 000 journées actuellement.

**Tableau de synthèse :**

Tableau de synthèse d'analyse de l'activité et du dimensionnement actuel et futur, après la mise en œuvre du projet d'investissement :

	Analyse de l'activité			Analyse du dimensionnement en m <sup>2</sup> SDO			
	Activité actuelle (2024)	Activité projetée	paramètre unitaire d'activité	surface actuelle	surface projetée	Surface attendue - référentiels CNIS	Ecart par rapport aux référentiels
Urgences	41 632	42 000	passages	1 346	1 565	1 680	-115
Zone de surveillance de très courte durée	3 565	3 500	UHCD		278	288	-10
Réanimation et SI hors cardio	359	412	séjours	982	1 457	1 400	0
Réanimation et SI en cardio	-	-					+ 57
Surveillance continue	239	266					0
Néonatal	-	-					0
Imagerie rayon X	24 047	24 000	actes	745	764	270	+ 142
Imagerie scanner / IRM	33 558	35 000	actes			252	
Autres salles imagerie	4 161	4 000	actes écho			100	
Imagerie interventionnelle	-	-	actes			-	
Bloc opératoire	3 077	5 700	actes	923	1 733	-	+ 1 733
Centre d'endoscopie	1 506	1 500	actes			-	-
Bloc obstétrical	1 031	1 500	naissances	247	682	540	+ 142
Consultations et explorations fonctionnelles (Facturables et non facturables)	78 271	95 000	consultations	2 322	2 023	2 235	-212
Labo biologie	14,2	16	millions de B+BNH	475	695	400	+ 295
Labo anatomopathologie	-	-	millions de P+PNH	-	-	-	0
Stérilisation centrale	8		salles d'intervention	222	327	400	-73
Pharmacie / PUI	152	198	lits et places	613	678	498	+ 180
Service mortuaire	300	350	décès	165	205	158	+ 47

La contre-expertise a élaboré le tableau ci-dessous reprenant l'ensemble des valeurs réunies dans les différents documents et les tableaux de synthèse ci-dessus.

Les conclusions de son expertise apparaissent dans les deux dernières colonnes.

Secteurs	Surfaces du PTD SDO projet m <sup>2</sup>	Analyse de l'activité				Analyse du dimensionnement			Avis de la contre-expertise
		Nb lits	Nb places	nb salle/box	passages / an	SDO / unité	référentiel CNIS	observations	
<b>Secteurs ambulatoires</b>	<b>3650</b>								
Secteur partagé	675								
Consultations externes	850			16	56082	51	55 m <sup>2</sup> maxi par box. Soit 2090 m <sup>2</sup> .	La surface par box est conforme au référentiel CNIS. En revanche, le nombre de passage par an de 56082 ne demande pas 38 box. 23 pourraient être suffisants.	L'établissement indique dans ses réponses que ce sont plutôt 95000 passages / an qui ont servi au dimensionnement. Cette augmentation doit être vérifiée et intégrée au PTD
Explorations fonctionnelles	559			10					
Consultations/explorations Gynéco-Obstétrique	386			9					
Consultations et explorations Pédiatrie	148			3					
box urgence gynéco / obstétrique	80			2		40	90 à 120 m <sup>2</sup> / box		Surface insuffisante pour 2 box d'urgences gynéco/obstétrique (-110 m <sup>2</sup> )
Hôpital de jour	433		10			43	28 à 35 m <sup>2</sup> /place	12 places potentielles (2 chambres dédoublables)	L'hôpital de jour est dimensionné pour 12 places (pour 10 annoncées)
Unité de Chirurgie Ambulatoire	519		12			43	30 à 35 m <sup>2</sup> /place		100 m <sup>2</sup> en trop

Secteurs	Surfaces du PTD	Analyse de l'activité				Analyse du dimensionnement			Avis de la contre-expertise
	SDO projet m <sup>2</sup>	Nb lits	Nb places	nb salle/box	passages / an	SDO / unité	référentiel CNIS	observations	
<b>Plateau médico-technique</b>	<b>6880</b>								
Imagerie - Scanner / IRM	764			3		96	112 à 140 m <sup>2</sup> / équipement	2 salles + 1 en réserve foncière	conforme au référentiel CNIS
Imagerie - Radiologie conventionnelle				3			80 à 100 m <sup>2</sup> / salle		
Imagerie - Echographie				1			45 à 50 m <sup>2</sup> / salle		
Imagerie - EEG				1					
Urgences adultes	1314			9		146	90 à 120 m <sup>2</sup> /box. Soit 14 box de 110 m <sup>2</sup> .	14 box au PTD (12 aux urgences, 2 en gynéco obstétrique) pour entre 13 et 16 dans la réponse de l'établissement avec une réserve surfacique de 2 ou 3 box.	
Urgences pédiatriques 173 1,45 251	251			3	42000	84	Trop grand pour les adultes, trop petit pour la pédiatrie. Moyenne ok		
UHCD	278	8				35	32 à 36 m <sup>2</sup> / lit		
SMUR	192								
MMG	68								
Bloc opératoire et SSPI	1733			7	5700 actes / an	217	220 à 250 m <sup>2</sup> / salle, soit maximum : 1750 m <sup>2</sup>	1 salle non armée	
Plateau technique d'endoscopies				1	1500 actes/an		50 à 60 m <sup>2</sup> / salle, soit maximum 50 m <sup>2</sup>		
Bloc obstétrical	682			3	1500 naissances/an	227	160 à 180 m <sup>2</sup> / salle	140 m <sup>2</sup> en trop	
Maison de naissance	144			2					
Soins critiques	1457	16				91	85 à 90 m <sup>2</sup> /lit	au-dessus de la fourchette haute	conforme au référentiel CNIS (+17 m <sup>2</sup> )

Secteurs	Surfaces du PTD	Analyse de l'activité				Analyse du dimensionnement			Avis de la contre-expertise
	SDO projet m <sup>2</sup>	Nb lits	Nb places	nb salle/box	passages / an	SDO / unité	référentiel CNIS	observations	
<b>Hospitalisations conventionnelles</b>	<b>6264</b>								
Hospitalisation Médecine / 3 unités	2863	84				34	35 à 40 m <sup>2</sup> /lit SDO/SU 1,35	regroupement par 3 unités conforme aux recommandations CNIS Unités de 28 à 32 lits	dimensionnement surfacique conforme aux référentiel CNIS (pour le nombre de lits annoncés)
Hospitalisation Chirurgie / 1 unité	1004	28				36			

Obstétrique	1084	26				42	37 à 42 m <sup>2</sup> /lit SDO/SU 1,35	la question se pose pour le nombre de lits de 26 pour 19 aujourd'hui avec une augmentation de 107 nuits / an le besoin ne devrait pas dépasser 21 chambres.	
Pédiatrie 527 1,35 711	711	14				51	39 à 45 m <sup>2</sup> /lit SDO/SU 1,35	surface un peu élevée (80 m <sup>2</sup> ) sans doute liée à la taille de l'unité (14 lits)	
Locaux communs d'étage	220								
Logistique d'étage	381								

	Surfaces du PTD	Analyse de l'activité				Analyse du dimensionnement			Avis de la contre-expertise
Secteurs	SDO projet m <sup>2</sup>	Nb lits	Nb places	nb salle/box	passages / an	SDO / unité	référentiel CNIS	observations	
Logistique médico-technique	1924								
Dépôt de sang (UDPS)	19								
Laboratoire	695				16	43	45 à 55 m <sup>2</sup> / M de B+BNH		dimensionnement surfacique très légèrement inférieur aux recommandations CNIS
Stérilisation	327			10		33	30 à 40 m <sup>2</sup> /salle		conforme au référentiel CNIS
Pharmacie - Part MCO	606	268 équivalents lits et places MCO				2,53	2 à 2,2 m <sup>2</sup> / lit et place MCO 3 lits autres = 1 lit MCO		surface supérieure de 88 m <sup>2</sup> / référentiel CNIS
Pharmacie - Hors MCO									
Pharmacie - URC	72								
Service mortuaire	205				350	0,59	0,45 à 0,5 m <sup>2</sup> / décès / an		

	Surfaces du PTD	Analyse de l'activité				Analyse du dimensionnement			Avis de la contre expertise
Secteurs	SDO projet m <sup>2</sup>	Nb lits	Nb places	nb salle/box	passages / an	SDO / unité	référentiel CNIS	observations	
Logistique hôtelière et archives	616								
cuisine relai	306				130000	2	1,8 à 2,2 m <sup>2</sup> / mille repas en liaison froide	une hypothèse d'UCP est également envisagée (surface de 341 m <sup>2</sup> ) cette hypothèse apparait dans le programme mais les surfaces ne sont pas comptabilisées. A finaliser rapidement	conforme au référentiel CNIS pour la liaison froide

Self et distribution	163				80	2	2,5 rationnaires / place pour 80 places 200 rationnaires 1,3 à 1,5 m <sup>2</sup> / place		conforme au référentiel CNIS (en dessous du référentiel ANAP qui serait plutôt autour de 220 m <sup>2</sup> )
Archives vivantes	147						15 à 20 m <sup>2</sup> / tranche de 4x1000 hospit		

Secteurs	Surfaces du PTD	Analyse de l'activité				Analyse du dimensionnement			Avis de la contre-expertise
	SDO projet m <sup>2</sup>	Nb lits	Nb places	nb salle/box	passages / an	SDO / unité	référentiel CNIS	observations	
Locaux administratifs et techniques	3338								
Tertiaire médical	870	198				990	1 poste travail pour 4 à 5 lits et place 20 à 24 m <sup>2</sup> / poste de travail		Surface inférieure à la fourchette basse du référentiel CNIS
Tertiaire administratif	2027	19335				1933	10 % des surfaces MCO (hors tech et admin)		Surfaces très légèrement supérieures / référentiel CNIS (+94 m <sup>2</sup> )
Services techniques y compris bioméd et info	442					445	2,3 % des surfaces MCO (hors tech et admin)		Surfaces conformes au référentiel CNIS

#### 4.2.1 Certaines zones sont étudiées de plus près pour répondre aux interrogations de l'ARS.

- Consultations externes : 6 box en trop

**Avis de l'ARS - août 2025 - Les consultations externes de médecine et de chirurgie sont dimensionnées à hauteur de 24 salles de consultations polyvalentes et 14 salles d'explorations fonctionnelles soit une augmentation de 3 salles complétées par 2 salles de petites chirurgies (contre 1 actuellement). Le nombre de box apparaît un peu surdimensionné pour une activité prévisionnelle de 95000 consultations et actes externes au regard des ratios actuels (3000 passages par salle).**

Données CHA : 56 082 consultations/an (valeur indicative du PTD). Avec une projection à 95000 passages liée aux téléexpertises et aux actes et consultations non facturables (en application des règles de cumul de facturation) p114 du RESE. Cette valeur de 95000 passages par an n'apparaît pas dans le PTD.

L'ARS considère un nombre de passages / an à 3000 par salle.

Pour les médecines, les consultations étant plus longues, le CNIS recommande d'utiliser un régime de passage de 2500 consultations par an.

A titre de repère, le nombre de passages de 2500 / an correspond à une l'hypothèse (au rendement faible) suivante :

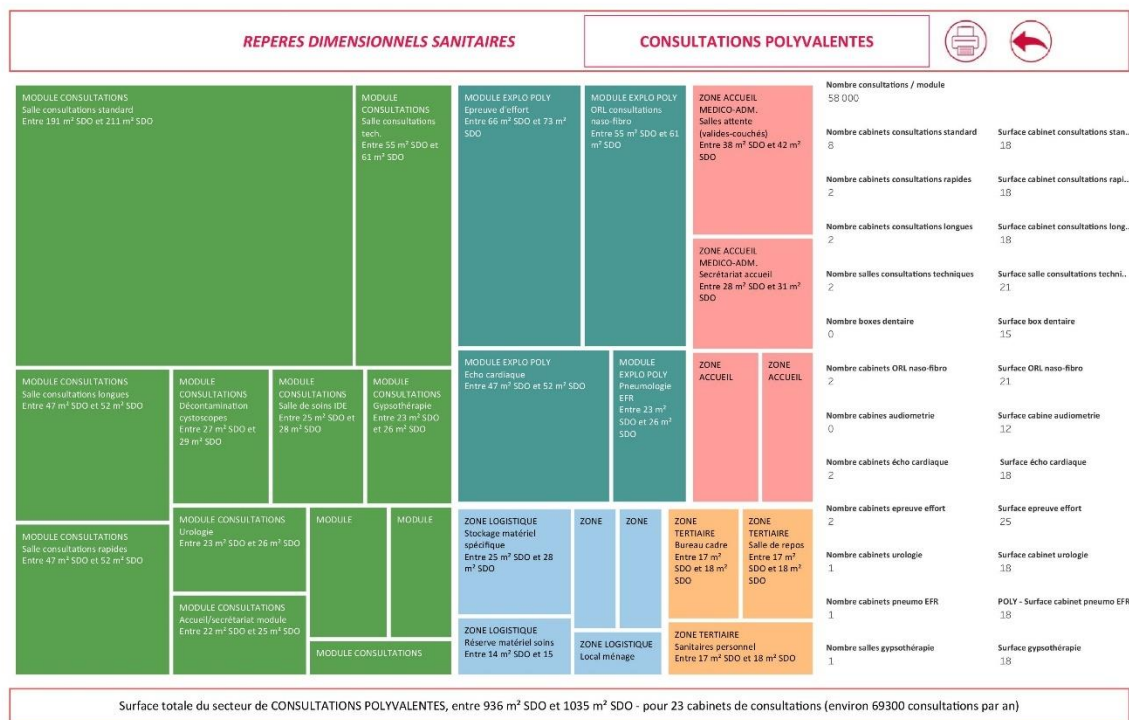
- 240 jours ouvrés/an
- 7.5 h/jour par box
- 2 consultations/h
- Taux d'utilisation : 70 %

Soit un nombre de box nécessaires :

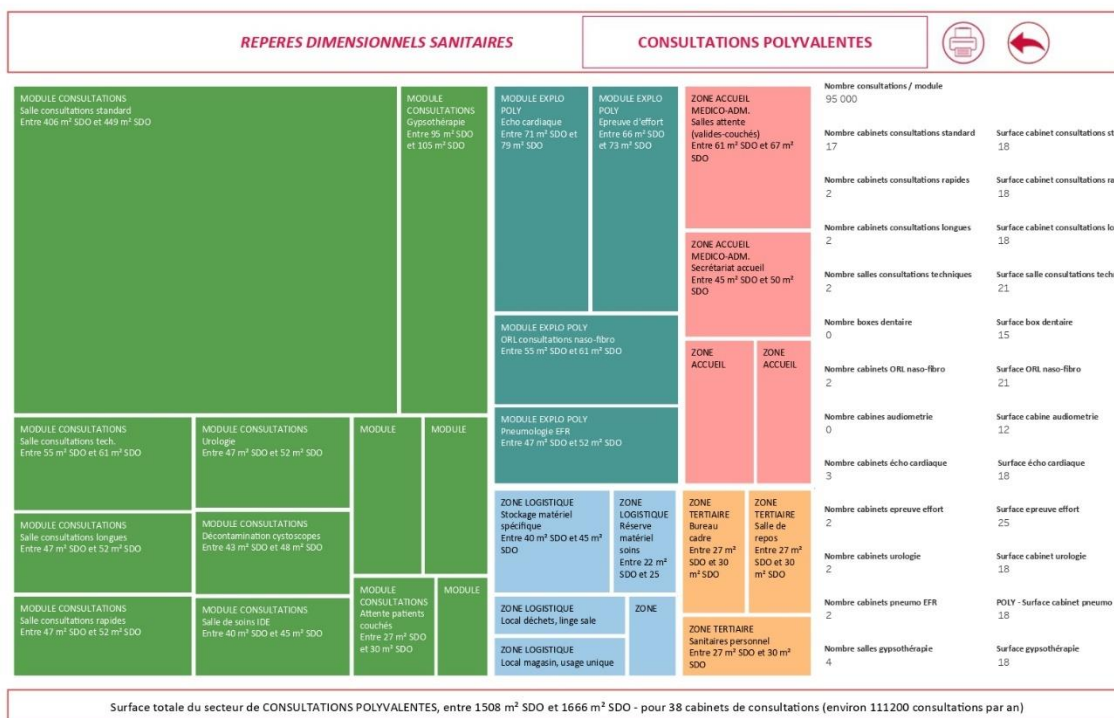
Hypothèse base actuelle :  $56082 / 2500 = 22.43$  (23)

Hypothèse projection :  $95000 / 2500 = 38$

L'outil Oscimes de l'ANAP permet de vérifier l'adéquation entre nombre de box / nombre de passages annuel et surface nécessaire.



Cette première simulation présente, pour 23 box, un rythme de passage de 69300 consultations par an et une surface globale de 936m<sup>2</sup> à 1035 m<sup>2</sup>.



Cette deuxième simulation présente pour 38 box un rythme de passage de 111200 consultations par an et une surface globale comprise entre 1508 m<sup>2</sup> et 1666 m<sup>2</sup>.

A titre d'information, le CNIS recommande 55 m<sup>2</sup> maximum / salle de consultation, soit un maximum pour 38 salles de 2090 m<sup>2</sup>.

Dans le PTD du CH d'Aubagne, la surface prévue pour les consultations externes est de :

- 850 m<sup>2</sup> (16 salles de consultation) pour les consultations externes médecine et chirurgie, module 1 à 4 (endocrino/diabéto/dermato / gériatrie / cardio / gastro / viscéral / uro / anesth / ortho / chir polyvalente / ORL)
- 559 m<sup>2</sup> (11 salles de consultation) pour les explorations fonctionnelles (cardio, dermato, Ophtalmo, pneumo, uro, gastro, ORL, stomato, petites chirurgies)
- 386 m<sup>2</sup> (box urgences non comptabilisé) (8 salles de consultation) pour la gynéco-obstétrique
- 148 m<sup>2</sup> (3 salles de consultation) pour la pédiatrie

Soit un total de 1943 m<sup>2</sup> de SDO.

Si les préconisations ANAP et CNIS pour 38 box sont assez éloignées en termes de surface préconisée (1666 m<sup>2</sup> maximum pour l'ANAP contre 2090 m<sup>2</sup> pour le CNIS), il n'en reste pas moins que **le nombre de box et la surface programmée correspondante sont, pour l'activité actuelle, très largement surdimensionnés. L'activité envisagée de 95000 passages par an doit absolument être confirmée.**

**Observations :** Comme a pu le souligner l'ARS dans son avis, au regard des éléments précédents, la surface et le nombre de salles de consultations sont effectivement très importants pour l'activité actuelle. L'activité envisagée par le CHEG serait augmentée de près de 70%, L'établissement argumente

son calcul par **une augmentation d'activité de téléexpertises en pleine extension pouvant permettre d'envisager un taux de passage de 95000 actes / an**. Alors que les hypothèses de calcul en termes de rythme sont extrêmement prudentes, il serait utile d'intégrer que ce type de consultation devrait être plus efficace (pas de déshabillage et connexion rapide avec le patient).

**Recommandation n°6** Se rapprocher de l'AMO pour étudier plus finement la mise en cohérence les données du PTD (56082 passages/an) et le capacitaire projeté ayant servi au dimensionnement (95000 actes/an) afin d'éviter de construire des surfaces trop importantes et particulièrement coûteuses en termes d'exploitation, cet écart pouvant avoir des conséquences sur les prévisionnels de consommation énergétique (taux de renouvellement d'air, rafraîchissement, etc....).

- **Urgences adultes et pédiatriques sous dimensionnées**

***Avis de l'ARS - août 2025 - Au regard de l'activité projetée, il semblerait pertinent d'envisager de revoir le dimensionnement des box aux urgences à la hausse : a minima 10 + 2 salles de déchocage. Cela correspondrait au référentiel communément admis s'agissant du nombre de passages par box.***

L'établissement précise qu'il a prévu 13 à 16 box avec une réserve surfacique de 2 ou 3 box supplémentaires.

On trouve dans le PTD les valeurs suivantes : 9 box urgences adultes et 3 box urgences pédiatriques sont prévus au sein du service des urgences. 1314 m<sup>2</sup> sont prévus pour les urgences adultes et 251 m<sup>2</sup> pour les urgences pédiatriques. Ramené au m<sup>2</sup>/box. Cela correspond à 146 m<sup>2</sup> pour les adultes (ce qui est beaucoup) et 84 m<sup>2</sup> pour la pédiatrie (ce qui est faible). Si l'on considère la réserve foncière de 2 ou 3 box annoncée par l'établissement, soit 12 box adultes, ces surfaces sont conformes aux normes CNIS. (un peu faible pour la pédiatrie)

Il est également prévu 1 box urgence en gynéco et 1 en obstétrique.

Le nombre total de box urgences est donc de 14, avec une réserve foncière de 3 box, ce qui est conforme aux référentiels ANAP pour un nombre de passages de 42000/an.

- **Obstétrique : les 26 lits sont-ils justifiés ?**

***Avis de l'ARS – août 2025 : Pour répondre au niveau d'activité projeté en 2035 (1356 séjours) il est prévu une augmentation du capacitaire de 7 lits ce qui peut paraître un peu surdimensionné au regard de l'activité, de la DMS (4,05) et du taux d'occupation qui en découle (85%). Néanmoins ce dimensionnement s'inscrit dans un projet plus vaste de périnatalité territoriale, dont l'échéance serait plus proche de la livraison du nouvel hôpital.***

L'activité d'obstétrique est aujourd'hui de 1031 naissances par an pour 19 lits, soit 54.26 naissances / lit /an. L'établissement prévoit 1500 naissances à l'ouverture du bâtiment ce qui avec le même ratio reviendrait à prévoir 28 lits. Le PTD prévoyant 26 lits, il semble que l'établissement prévoit une meilleure rentabilité. Les surfaces correspondantes pour 26 lits se situent dans la fourchette haute du référentiel CNIS mais sont conformes.

- Blocs surdimensionnés (RESE p5)

**Avis de l'ARS : Globalement le capacitaire proposé est en cohérence avec le projet médical soutenu par l'établissement et ses ambitions en termes de développement d'activité. Quelques remarques toutefois peuvent être formulées sur le dimensionnement du bloc opératoire, le capacitaire du service d'obstétrique et le nombre de box de consultations et d'urgences envisagées. L'augmentation du nombre de salles de bloc opératoire s'inscrit dans une démarche d'absorption de la hausse d'activité chirurgicale évaluée à 585 séjours supplémentaires d'ici 2035. Toutefois, il conviendra d'armer progressivement les salles supplémentaires en fonction de l'évolution de l'activité, la seconde salle pouvant constituer une réserve capacitaire jusqu'à ce que l'établissement ait atteint le niveau d'activité requis pour l'exploiter. Pour rappel, il est admis que l'ouverture d'une salle supplémentaire se justifie lorsque toutes les autres salles comptabilisent :**

- Un taux d'ouverture conventionnelle ANAP (54h/ semaine) ;
- Sur cette ouverture, un taux d'occupation de 85% ;
- Ainsi qu'un taux de débordement de 5%.

**L'atteinte de ces seuils est un préalable avant tout recrutement de ressources humaines supplémentaires concourant à l'ouverture d'une nouvelle salle. La remarque est la même concernant l'augmentation capacitaire de l'unité d'obstétrique. L'analyse tend à montrer que seulement 18 lits sur les 26 sont nécessaires pour réaliser des prises en charges optimales. Pour rappel, le service comprend aujourd'hui 19 lits occupés à 73%. Les maquettes organisationnelles seront à dimensionner en conséquence, et les lits supplémentaires seront armés en lien avec le déploiement du projet de périnatalité régional.**

Pour les salles de blocs opératoires et les salles d'endoscopie, les surfaces sont conformes au nombre d'actes projetés par l'établissement, avec une salle prévue non armée.

Le bloc obstétrique est plus grand de 26 % que les surfaces du référentiel CNIS.

- Tertiaire surdimensionné

**Avis ARS - août 2025 : Globalement, le dimensionnement surfacique, détaillé à partir des surfaces utiles de chaque local tel que décrit dans le tome 1 du PTD, est cohérent avec le référentiel du CNIS ; au total, la surface du projet est supérieure de 6,7% et des écarts, en plus ou en moins, sont constatés selon les entités fonctionnelles, mais ils restent limités et sont justifiés par l'établissement. Une part significative de l'écart global en surface (883 m<sup>2</sup> sur les 1.801 m<sup>2</sup> de dépassement général) concerne les locaux tertiaires et l'établissement reconnaît explicitement qu'une optimisation des surfaces affectées au tertiaire administratif est possible et sera mise en œuvre ultérieurement. Il est dommageable que ce travail n'ait pas pu être mené dans le cadre des études de programmation détaillée. Il serait souhaitable qu'il puisse être conduit et conclu avant le lancement de la phase concours de la procédure de consultation de maîtrise d'œuvre.**

Après analyse par poste de ces surfaces, la contre-expertise se positionne un peu différemment.

Les surfaces tertiaires médicales sont conformes au référentiel CNIS : 1 poste de travail pour 4 à 5 lits et place – 20 à 24 m<sup>2</sup> / poste. Il est prévu 870 m<sup>2</sup> de surface pour le tertiaire médical, soit une valeur par lit

et place inférieure à 20 m<sup>2</sup> pour 198 lits et places. Le tertiaire médical serait plutôt en dessous de la fourchette basse du référentiel CNIS.

En revanche le nombre de postes indiqués par le CHEG au PTD interpelle la contre-expertise. Il est fait état de 90 postes temps plein, (et 30 internes) ce qui correspondrait suivant le référentiel CNIS à un nombre lits et place de 360. En intégrant la totalité des lits et places du CHEG compris le médico-social, le SSR et le CAMSP le nombre de lits et places est de 408. Cependant ces structures se situant sur d'autres sites, les bureaux médecins devraient y être positionnés, avec peut-être quelques bureaux dédoublés.

Le PTD indique les postes de travail suivants :

- 10 postes médicaux de gynéco-obstétrique répartis en bureaux individuels et bureaux double
- 7 postes médicaux de pédiatrie répartis en bureaux individuels et bureaux double
- 34 postes médicaux (PH temps pleins, PH temps partiels, assistants, contractuels) répartis en bureaux individuels et bureaux double (39 postes de travail sont prévus par ailleurs dans les services),
- 17 postes de secrétariats d'hospitalisations

- L'outil Oscimes de l'ANAP permet de comparer un autre calcul dimensionnel ;
- Pour 90 ETP temps plein, il recommande 2173 m<sup>2</sup> minimum et pour 50, 1644 m<sup>2</sup> ;
- Observations : le calcul des surfaces est conditionné par le nombre de postes envisagé par l'établissement. A ce stade, le nombre de postes réservé au tertiaire médical semble surdimensionné pour l'activité réelle. En revanche, si le nombre de postes était confirmé, alors les surfaces seraient insuffisantes au regard des deux référentiels CNIS et ANAP.

En ce qui concerne les surfaces tertiaires, le CNIS utilise une autre méthode de calcul basée sur un pourcentage de surface de la totalité des surfaces dédiées au MCO. Dans ce calcul, les surfaces tertiaires prévues au PTD seraient très légèrement supérieures (+94 m<sup>2</sup>). La question peut se poser de la globalité des surfaces de MCO (notamment les consultations externes et l'obstétrique).

Le nombre de postes cumulés indiqué au PTD serait de 82 postes. La surface prévue est de 2027 m<sup>2</sup>, soit 25 m<sup>2</sup> / poste ce qui correspond au référentiel CNIS.

L'outil Oscimes de l'ANAP est plus exigeant limitant la surface à moins de 1000 m<sup>2</sup>.

Il paraît difficile de ne s'appuyer que sur les référentiels pour évaluer les surfaces nécessaires à la partie tertiaire de l'établissement.

**Recommandation n°7** Réétudier rapidement et précisément l'évaluation des besoins en tertiaire avec un professionnel expert. A ce stade de l'avancement du dossier (PTD), le dimensionnement des surfaces tertiaires semble effectivement surévalué.

### 4.3 Le calendrier prévisionnel risque d'être impacté par la complexité foncière

Le projet du futur hôpital d'Aubagne s'inscrit dans un projet d'aménagement urbain global (anciennement "Campus Santé") faisant face à plusieurs défis réglementaires majeurs et imbriqués.

La parcelle prévue pour les besoins hospitaliers couvre une superficie d'environ 3.5 ha pour le projet principal, et de 6 ha pour le projet complet.

Sur la zone de 3.5 ha on trouvera :

- ✓ Le bâtiment hospitalier sur environ 1 ha
- ✓ Une réserve foncière d'extension d'environ 0.4 ha -
- ✓ Le stationnement nécessaire à l'hôpital (besoin estimé d'environ 450 places). Ce stationnement est, à ce stade, prévu en parking silo via l'investissement d'un futur exploitant.
- ✓ Le centre de dialyse (ADPC) nécessitant une connexion au CH (500 m<sup>2</sup>)

Le complément portant l'emprise à 6 ha concerne des réserves foncières indiquée au nord du site mais qui n'apparaissent nulle part sur les cartes communiquées à la contre-expertise. Ces réserves foncières seraient nécessaires pour l'extension et le renforcement de l'établissement sur différentes activités (le PV du COPIL du 17 avril 2025 évoque que "Le complément portant l'emprise à 6 ha concerne des réserves foncières nécessaires pour l'extension et le renforcement de l'établissement sur différentes activités (maternité...)"). De plus, l'hôpital sera à terme un centre de ressource pour la filière gériatrique, accueillerait un pôle d'addictologie (positionné aujourd'hui à Allauch), une maison des femmes, un lieu relatif au service de santé au travail et enfin un espace pour le personnel hospitalier.

**Observations : La contre-expertise attire l'attention du CHEG et de l'ARS sur la réserve foncière envisagée de 2.5 ha. Si son utilité ne semble pas encore précise pour le CHEG (une maternité est-elle vraiment utile dans la mesure où le projet actuel prévoit déjà l'augmentation de 7 lits de maternité ?), il semble que cette zone ne soit pas intégrée à l'OAP (cf. schéma ci-dessous) et qu'elle sera, dans tous les cas, séparée de l'hôpital principal par des voies d'accès.**

**Entre 2025 et 2030 :**

Certains éléments de programme seront mis en œuvre parallèlement à une amélioration de la desserte du site par les transports en communs et par les modes actifs qui permettra aussi d'assurer l'accès optimum à l'hôpital pour les services d'urgences.

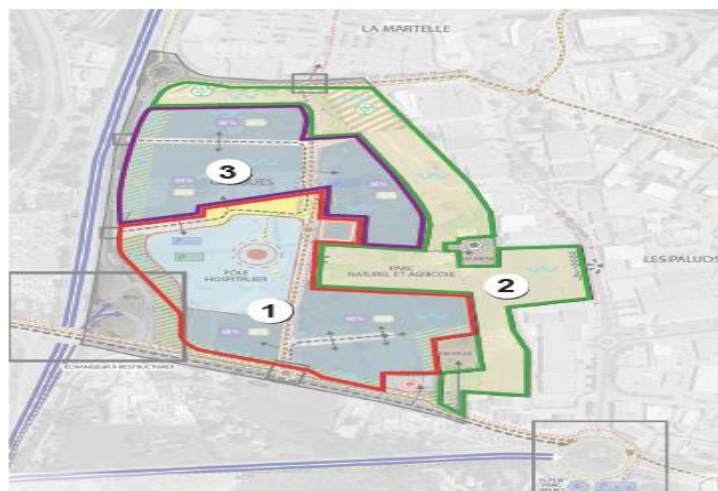
Ces éléments de programme sont :

- [1] le pôle hospitalier, quelques fonciers d'activités liés au Sud et un pôle de vie, le tout sur une superficie d'environ 11,5 ha ;
- [2] le parc naturel et agricole sur une superficie d'environ 9 ha.

**Au-delà de 2030 :**

Une fois l'accessibilité automobile globale du secteur repensée et améliorée, les autres éléments de programme pourront être mis en œuvre :

- [3] le reste du parc d'activités au Nord du pôle hospitalier sur une superficie d'environ 7,5 ha.



#### 4.3.1 Le changement de Zonage (PLUi) conduit à une procédure longue et complexe

Les emprises foncières choisies pour cette implantation n'étaient pas constructibles en l'état au titre du Plan Local d'Urbanisme intercommunal (PLUi).

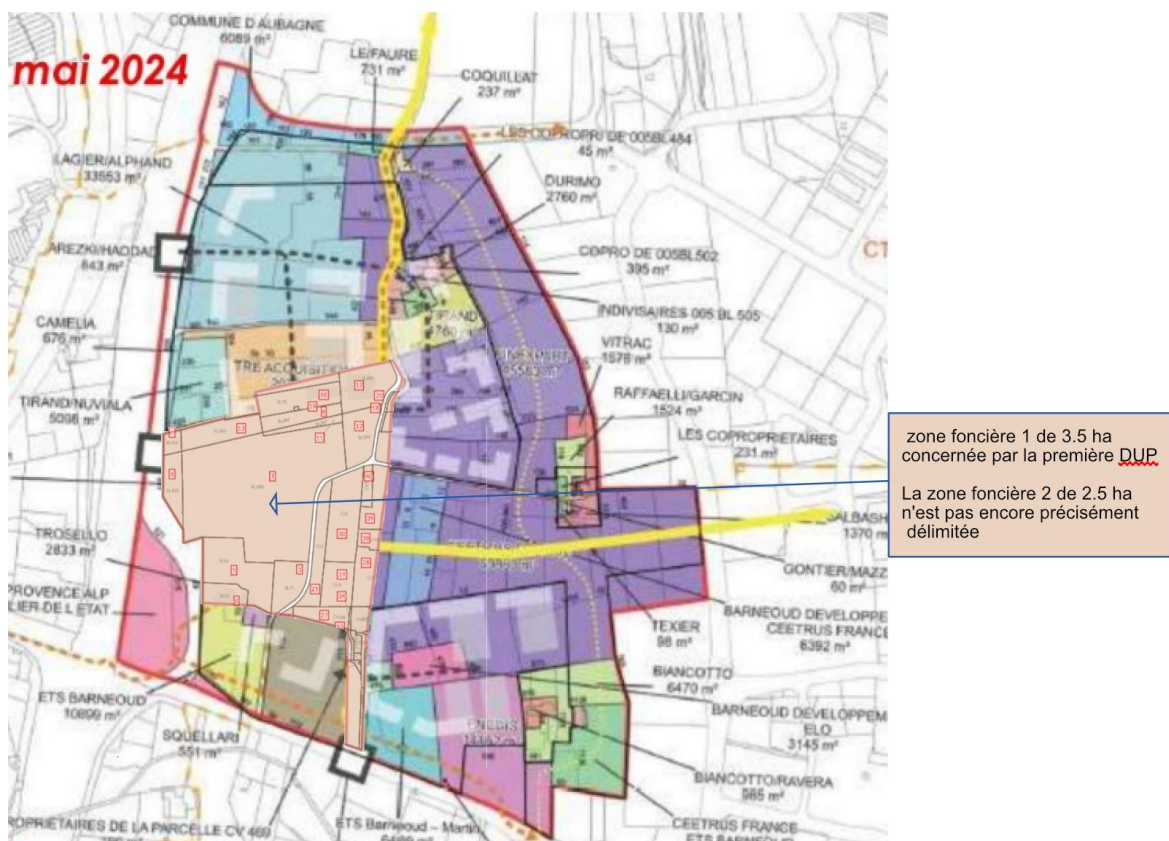
Une difficulté règlementaire majeure a conduit l'ensemble des acteurs à valider la procédure globale d'urbanisation (et d'acquisition) des 6 ha en deux étapes :

**Etape 1 : Zone 1 en saumon du schéma ci-dessous.** Modification du PLUi pour cette zone restreinte conduite à partir d'octobre 2023. L'enquête publique s'est tenue de fin janvier à fin février 2025 et la procédure vient de s'achever favorablement par la publication de l'OAP en octobre 2025. La DUP permettant les expropriations peut maintenant démarrer, l'ouverture de l'enquête publique étant envisagée pour début 2026 et l'acquisition des terrains au 1er semestre 2027.

**Etape 2 : la zone n'est pas encore définie.** Lorsque la situation sera maîtrisée pour construire le nouvel hôpital, la Métropole pourra lancer une nouvelle procédure de modification du PLUi pour les 2.5 ha restants à laquelle succédera une nouvelle DUP.

Schéma ci-dessous (superposition de deux cartes – sources CHEG)

La zone globale en couleur représente la totalité de la zone d'aménagement dite des Gargues. La zone saumon est celle réservée au projet du CHEG.



Ce découpage de procédure un peu complexe a pour but de contourner une contrainte légale interdisant de mener la procédure de DUP en même temps que la modification du PLUi, les deux procédures devant se succéder. En restreignant la DUP aux seuls 3,5 ha (le projet hospitalier *stricto sensu*), les acteurs ont pu

limiter le risque de contentieux et éviter de diluer la motivation de l'utilité publique du projet de l'hôpital en y incluant des réserves foncières dont l'aménagement est prévu au-delà de 2030.

**Observations : chaque étape de modification du PLUI représente un risque pour le projet et à chaque étape, le risque est doublé par l'incertitude de la DUP.** On peut ainsi identifier 4 étapes de risque. A ce stade, le projet a validé uniquement la première étape. La deuxième est essentielle à la livraison du projet d'hôpital principal, la troisième et la quatrième sont essentielles pour l'avenir et le développement global du futur hôpital.

#### 4.3.2 Le Foncier sera acquis après négociation auprès des nombreux propriétaires et une DUP

La construction est prévue sur des parcelles appartenant actuellement à des propriétaires privés. L'établissement a mis en place une double démarche pour garantir la maîtrise foncière :

- Négociation amiable avec les propriétaires.
- En cas d'échec des négociations amiables, mise en œuvre d'une procédure d'expropriation fondée sur une Déclaration d'Utilité Publique (DUP) comme évoquée au chapitre précédent.

Rappelons que cette double procédure devra être renouvelée dans le cadre de l'acquisition de la zone supplémentaire des 2.5 ha.

Il est à noter que le PTD indique en p 21 du tome 1 que : " L'Hôpital dispose de la maîtrise foncière de l'ensemble des parcelles, soit 3,1 ha, correspondant aux besoins nécessaires à la reconstruction de l'Hôpital. Les ensembles bâtis présents sur les parcelles devront être déconstruits."

Ce paragraphe laisse supposer que le concours d'architecte ne sera lancé qu'après l'acquisition des parcelles ce qui n'est pas conforme au planning (le concours d'architectes devant démarrer en juin 2026)

**Observations** : les risques liés à ces procédures sont nombreux :

- Risque de Recours

C'est le risque le plus fréquemment mentionné par l'ARS et les autres acteurs. Malgré un dossier jugé robuste, ce risque de recours existe.

Les recours sur la DUP risqueraient de faire perdre le bénéfice d'autres procédures administratives comme la création de la ZAC ou l'évaluation environnementale.

L'acquisition foncière par recours à la DUP est classée, par l'établissement lui-même, dans sa matrice des risques, avec un score de 12 (Probabilité 4, Sévérité 3), indiquant un risque élevé.

- Refus de Vente

La DUP est lancée pour parer à ce risque, mais l'échec des négociations amiables reste une possibilité. Si elles ne devaient pas aboutir, la phase d'expropriation pourrait impacter le calendrier du dossier.

A ce jour, la prise de possession du foncier est prévue mi-2027, soit 15 mois après la fin de la DUP prévue pour le 2° trimestre 2026. Or les négociations amiables qui avancent en parallèle offrent peu de perspective d'achèvement.

Compte tenu du nombre important de parcelles concernées (50), et du nombre de propriétaires (une dizaine), ce risque ne peut pas être écarté.

A titre d'exemple, le compte rendu du COPIL du 4 décembre 2023 fait état d'un contentieux avec le groupe Auchan-immo et Barneoud, détenteur d'une partie des parcelles et évincé par la Métropole de ses fonctions d'aménageur du site. Un premier jugement est intervenu qui a statué sur une demande d'indemnisation du groupe à hauteur de 288 millions d'euros en accordant 5 millions d'euros au titre de cette procédure. Un appel était en cours en 2023<sup>17</sup>. Depuis, au travers de sa filiale CEETRUS (Auchan-immo), le groupe s'est repositionné en informant de sa volonté de collaborer mais la puissance du groupe et le contentieux initial peut laisser craindre une phase de négociation plus longue.

A titre d'information, dans le cadre de procédures similaires on trouve :

- NHOOD / CEETRUS – Hôpital de Douai : 14 mois de négociation avant transfert, mais sans contentieux.
- CEETRUS – Zone commerciale de Roncq : 18 mois avant accord amiable, avec protocole transactionnel.
- CEETRUS – Métropole Européenne de Lille : 16 mois sur un projet urbain de requalification.
- D'une manière générale, concernant les autres propriétaires, le COPIL du 17 avril 2025 mentionne que la ville est en négociation avec les propriétaires et aura une réponse d'ici l'été. Ces éléments n'ayant pas été versés au dossier mis à disposition de la contre-expertise, cela donne à penser que la procédure prend du retard.

- Risque Juridique lié à l'Urbanisme

Si la première étape de modification du PLUI est validée depuis le mois d'octobre 2025, la deuxième étape qui permettra aux 2.5 ha de devenir constructibles reste encore à valider.

L'établissement ne semble pas avoir travaillé de feuille de route envisageant l'éventualité d'un tel obstacle. La construction du futur hôpital est-elle viable si le foncier qui lui est dédié reste limité aux 3.5 ha ? (à titre de repère, le CHEG est actuellement implanté sur un site de 2 ha et son expansion est empêchée)

- Risque d'érosion du soutien des collectivités locales

Bien que l'établissement bénéficie du soutien et de l'accompagnement de l'ensemble des collectivités locales et des services de l'État pour circonscrire ces risques, le risque d'un changement de politique n'est pas à exclure. Il est prévu que la DUP se termine avant les prochaines élections municipales mais cela n'écartera pas le risque vis à vis de la suite des procédures.

**Recommandation n°8** Vérifier la concordance des dates et conforter le planning de l'opération, compte-tenu des risques importants liés aux procédures d'acquisition du foncier tout en sécurisant les différentes étapes avec, pour chaque étape, des solutions de replis ou de contournement.

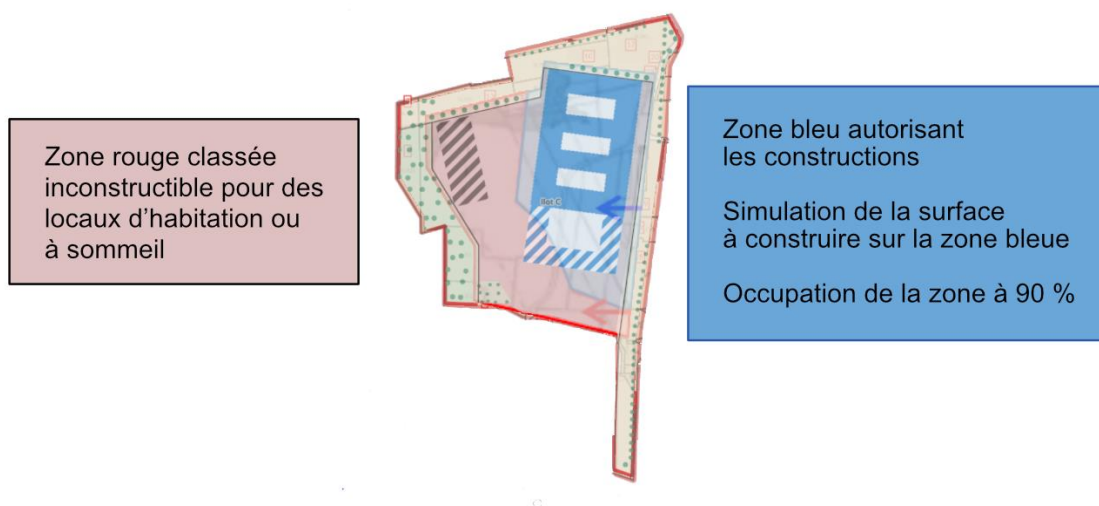
---

<sup>17</sup> Après consultation de la presse, la Métropole semble avoir été condamnée à verser 5.69 M€ à la SATEG, filiale du groupe Auchan.

### 4.3.3 Le site est contraint par des enjeux environnementaux

- La proximité des axes routiers (D43C, D8N, A52) génère une contrainte sonore importante et une limitation de l'implantation du bâti.
  - L'emprise foncière totale de la zone 1 dédiée au PTD actuel (34 128 m<sup>2</sup>) est divisée, et **16 928 m<sup>2</sup>** sont exposés aux pollutions sonores (zone rouge du schéma ci-dessous).
  - La construction est jugée possible dans la **bande des 150 mètres** de pollution sonore (zone bleue), à la condition expresse de ne pas y positionner des **fonctions sensibles, notamment les locaux à sommeil (hébergement)**.
  - L'implantation proposée du bâtiment implique la construction d'une partie de l'hôpital (environ 1 600 m<sup>2</sup>) dans cette zone "impactée".

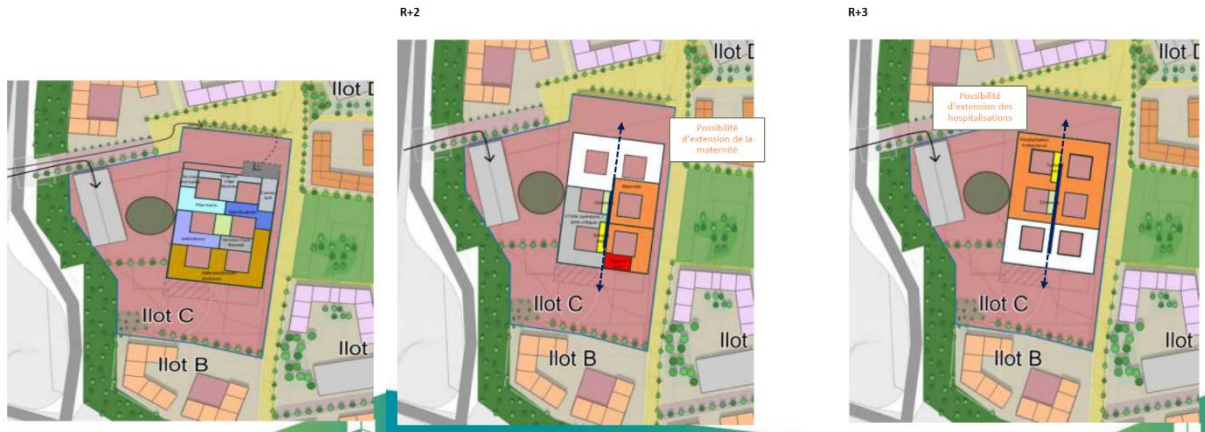
Le plan ci-dessous permet de visualiser ces informations.



L'AMO précise dans son document de faisabilité de février 2025 que :

« Si la construction dans la bande des 150 m (zone rouge du schéma ci-dessus) de fonctions sensibles s'avérait interdite, l'emprise foncière constructible résulterait **rendrait la construction plus difficilement envisageable** (emprise foncière plus étroite) et contraindrait fortement les évolutions ultérieures de l'établissement ».

À la suite de cette observation, l'AMO fournit les simulations d'implantation ci-dessous :



Ces simulations permettent de vérifier la possibilité d'extension pour les chambres d'hospitalisation, (entre autres) à la condition que le bâtiment puisse être implanté en partie dans la zone de bruit sensible (rouge sur la carte).

Elles mettent en lumière également le peu de possibilité d'implantation et de morphologie différente pour le futur hôpital.

Cartographie réalisée par la contre-expertise :



L'îlot C qui accueillera le futur hôpital est contraint, au Nord et à l'Est par des Voiries d'accès et des espaces publics, à l'ouest et au Sud par la zone sensible au bruit.

Au delà de ce trait rouge (à l'Est et au Sud du futur hôpital), impossible de construire des locaux sensibles type hébergement ou locaux à sommeil.

**Observations :** La contre-expertise attire l'attention du CHEG sur la contrainte future très forte que représente la question de la limite constructible dans la zone rouge. Compte-tenu des enjeux de développement et au vu des contraintes dont l'hôpital d'Aubagne souffre sur le site actuel, il serait

**regrettable d'engager un projet sur un site également très contraint et avec très peu de possibilités d'évolution.**

La contre-expertise ajoute que **l'OAP prévoit, pour la zone sensible au bruit, d'éviter, autant que possible l'implantation de nouveaux établissements sensibles et de logements ainsi que pour les constructions qui s'y implanteraient, la nécessité de prévoir des aménagements favorables à la santé** (type murs anti-bruit).

**Recommandation n°9** Négocier avec la Métropole un aménagement qui permette des extensions sans traversée de voirie au NORD et à l'EST du site (en déplaçant le tracé des voies), compte-tenu des enjeux de développement et du risque fort d'étranglement futur lié à la limite constructible dans la zone rouge.

- **L'absence d'études de sol crée des incertitudes financières**

L'absence d'études de sol (mission G1) finalisées avant la phase de concours introduit une **incertitude** sur le coût du gros-œuvre, notamment la nécessité éventuelle de **fondations spéciales**. De même, les conditions d'**évacuation des eaux pluviales** restent à préciser et à consolider.

- **Les vents dominants doivent être pris en compte dans la conception du bâti**

La configuration spatiale proposée, avec l'entrée principale à l'Ouest, expose directement celle-ci au vent dominant (Mistral soufflant depuis le Nord-Ouest), nécessitant potentiellement une réorientation. Compte-tenu de l'étroitesse de la zone constructible, et de la logique du site, cette réorientation ne sera pas simple et engendre des contraintes supplémentaires pour les concepteurs. Elle ne semble cependant pas impossible à résoudre.

- **Une ligne haute tension est à dévier**

Une ligne HTA traverse le site. Celle-ci doit être déviée. Si cela ne pose pas de problèmes de réalisation, il est important que le CHEG ait en tête la question des délais. Il est prévu un délai de 3 ans pour les études et le dévoiement. Pour une livraison du bâtiment et du site fin 2029, le démarrage de ces études doit être programmé courant 2026 indépendamment des autres procédures de PLUI ou d'expropriation.

- **Un opérateur privé doit réaliser le stationnement**

Le PTD et tous les documents d'avancement font état d'un parking silo à construire ultérieurement et à la charge d'un opérateur privé.

**Recommandation n°10** Se rapprocher rapidement de l'opérateur privé en charge du parking silo afin que tous les éléments nécessaires à cette construction (réseaux, réserve foncière, liaison piétonne et véhicules...), soient intégrés et que ce parking soit réalisé dès l'ouverture du projet.

- **Le risque d'Inondation est limité :**

Une partie du parc naturel et agricole (à l'Est et en partie basse) est impactée par le Plan de Prévention des Risques d'Inondation (PPRi) de l'Huveaune. Le positionnement de l'hôpital a été ajusté pour s'éloigner des zones de ruissellement des eaux de pluie.

- **La biodiversité sera respectée :**

Des études (diagnostic faune/flore 4 saisons) ont été menées, indiquant l'absence d'enjeu fort. Par ailleurs des mesures d'évitement, de réduction et de compensation seront mises en œuvre.

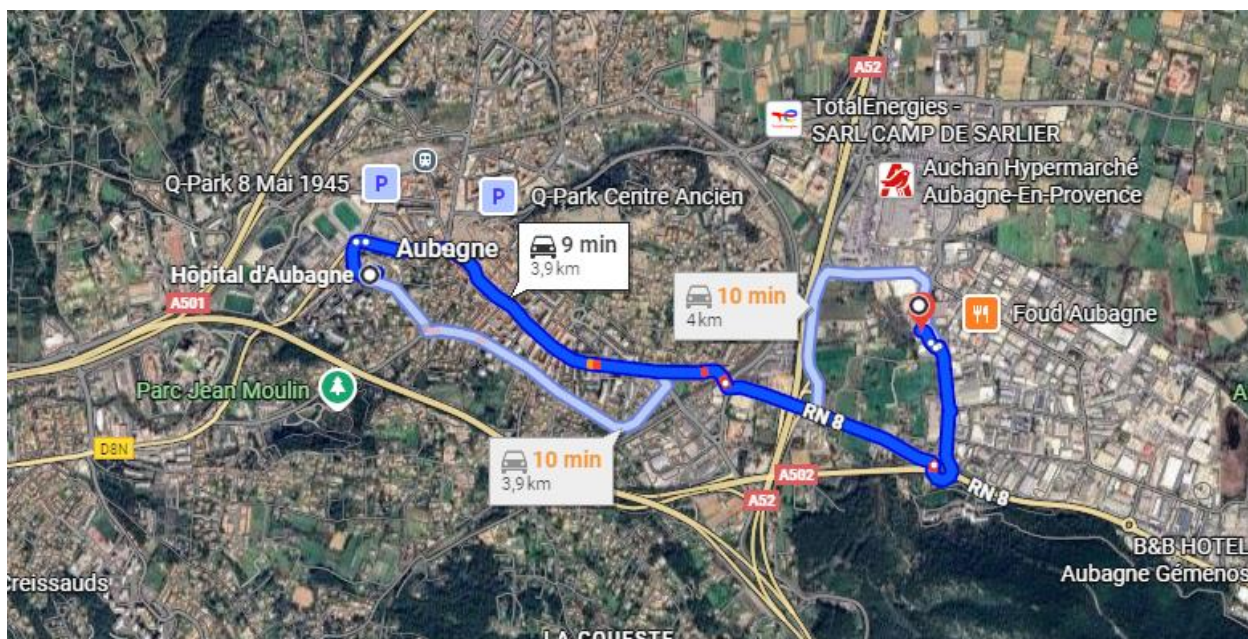
**Observations :** D'une manière générale, **la contre-expertise s'interroge sur l'importance des paramètres encore non maîtrisés à ce jour concernant les aménagements extérieurs au futur hôpital** lui-même (nécessité ou pas d'un échangeur autoroutier, tracé d'une future ligne BHNS, largeur et implantation des voies de proximité...). A ces paramètres nombreux s'ajoutent les paramètres propres aux contraintes du site évoquées ci-dessus.

**Recommandation n°11** Envisager un calendrier adapté de lancement de la consultation de maîtrise d'œuvre, en raison de paramètres non maîtrisés à ce jour (aménagements extérieurs, contraintes du site. Il est rappelé que toute étude lancée trop tôt et devant être modifiée, engendre nécessairement des coûts supplémentaires, ceux-ci étant proportionnés au niveau d'avancement du dossier (très important en phase travaux).

#### 4.4 Aujourd'hui l'environnement est plutôt rural et les accès sont majoritairement à créer

##### 4.4.1 Le projet du futur centre hospitalier d'Aubagne s'inscrit dans le site élargi des Gargues, aujourd'hui zone agricole

Le site du futur hôpital d'Aubagne est situé à environ 4 km de l'hôpital actuel et à 10 mn de distance du centre-ville.



Le site de Gargues est essentiellement agricole avec la présence de quelques hameaux d'une jardinerie et de l'entreprise ENEDIS.

- **Périmètre d'aménagement** : Le site des Gargues couvre environ **29 hectares** et se situe entre le centre-ville (au-delà de l'A52), la zone d'activités des Paluds, et la zone commerciale de La Martelle.
- **Volonté politique** : Le projet vise un **développement exemplaire** répondant à de fortes ambitions environnementales et conjuguant la proximité du centre-ville, une bonne desserte autoroutière, et l'opportunité de synergies.
- **Zonage (OAP)** : Le site est organisé autour de trois grands secteurs :
  - Le **Pôle Hospitalier** (environ 11,5 ha) ;
  - Un **Parc Naturel et Agricole** (8,5 à 9 ha) ;
  - Un **Parc d'activités** orienté vers la santé et le bien-être (Medtech, Naturalité, Silver Économie).

La conception met l'accent sur la qualité de l'environnement pour les patients et le personnel :

- **Parc Naturel et Agricole** : Ce parc est un élément fédérateur et un marqueur fort du projet. Sa combinaison d'usages (paysagé, agricole, récréatif) aura une **vocation de santé**, créant un cadre privilégié pour le bien-être. Des **parcours santé** et des **itinéraires thérapeutiques et de promenade** pourront y être imaginés ;
- **Qualité des vues** : Une continuité est prévue entre le parc et l'hôpital pour renforcer la vocation thérapeutique par la **qualité des vues offertes aux malades** ;
- **Services aux Personnels** : Le projet intègre la création de lieux de vie et de services pour le personnel hospitalier, tels que des **espaces de pause/repos**, une crèche, des restaurants, des salles de sport, et potentiellement une conciergerie.

#### 4.4.2 Le site est partiellement connecté mais une grande partie des accès reste à créer

La question de la desserte et de la mobilité est un enjeu central du projet du Nouvel Hôpital du Pays d'Aubagne (NHPA) sur le site des Gargues, et fait l'objet d'études et d'engagements spécifiques de la part de la Métropole.

- **Desserte Routière et Accès Véhicules**

- Accessibilité Automobile : Le site est considéré comme bien desservi au niveau automobile par l'autoroute A52 et l'A50 ;
- Contraintes de trafic : Les études confirment la saturation de la RD8N et des sorties de l'A52 aux heures de pointe. Un échangeur autoroutier est en cours d'étude ;
- Impact du NHPA : Le trafic supplémentaire généré par l'hôpital seul est estimé comme peu significatif (entre 3 % et 5 % du trafic existant sur la RD8N) et ne devrait pas nécessiter de grands aménagements routiers coûteux pour assurer une desserte satisfaisante ;
- Aménagements nécessaires : Le projet requiert le renforcement et la restructuration complète du linéaire de la RD8N, notamment entre le giratoire de La Bourbonne et le débouché du passage sous la voie ferrée. L'objectif est de limiter le trafic de transit au sein du secteur en créant des boucles circulatoires internes pour la desserte ;
- Voies d'Urgence : L'organisation prévoit la création de voies réservées pour les véhicules d'urgence (ambulances/pompiers/secours). L'accès aux urgences et aux moyens de secours se fera par le Sud du site. Les voies réservées au Bus à Haut Niveau de Service (BHNS) pourront également servir de voies dédiées aux véhicules d'urgence ;
- Logistique : Une voie logistique est envisagée dimensionnée pour les semi-remorques, et l'organisation du site doit prévoir au moins deux accès pour tous les types de flux, y compris les transports logistiques.

- **Transport en Commun (TC)**

- Engagement Collectif : La desserte par les transports collectifs sera fortement renforcée. La Métropole a pris l'engagement formel de réaliser une ligne de BHNS (Bus à Haut Niveau de Service) pour desservir directement l'hôpital ;
- Nouvelle Ligne BHNS Sud : Ce projet vise à relier le Sud du site des Gargues au pôle d'échanges de la gare d'Aubagne via le centre-ville, avec une mise en service prévue à l'horizon 2030.
- Arrêts dédiés : Deux arrêts sont prévus pour desservir la zone :
  - Un arrêt sur la RD8N (« Les Gargues »).
  - Un arrêt au cœur de la zone (« Nouvel Hôpital »), à proximité immédiate de l'établissement.
- Raccordement BHNS Nord : L'aménagement inclut la création d'un axe Nord-Sud réservé aux TC et aux modes actifs pour relier la RD8N au sud aux aménagements du BHNS « Chronobus » au nord. Le Chronobus (mis en service fin 2025) desservira le Nord de la zone mais pas directement l'hôpital ;

- Enjeux du TC : L'ARS souligne l'importance d'une offre de très bon niveau en transports en commun compte tenu de l'éloignement du centre-ville, afin d'inciter les usagers et le personnel à privilégier ce mode de transport (actuellement, seulement 14 % des personnes utilisent les TC pour se rendre à l'établissement).
- **Modes Actifs (Piétons et Cycles)**
  - Pistes Cyclables : Le projet requiert la conception de pistes cyclables séparées des flux piétons et routiers. La requalification de la RD8N inclut l'insertion d'une piste cyclable bidirectionnelle. Un grand axe Nord/Sud pour piétons et cycles reliera Les Gargues à La Martelle ;
  - Continuité : La Métropole s'engage à assurer la continuité des modes actifs vers le centre-ville, en complément du BHNS Sud, par un programme ambitieux de voies cyclables sur tout le secteur ;
  - Aménagements cyclistes : Des garages à vélo (stationnements) dédiés au personnel et aux visiteurs sont requis, qui doivent être couverts et sécurisés ;
  - Cheminements Piétons : La RD8N rénovée intégrera des trottoirs. Des itinéraires de promenade seront aménagés dans le futur parc naturel et agricole de la zone, pour les patients et les salariés ;
  - Passerelle : La création d'une passerelle pour modes actifs au-dessus de l'autoroute A52 est proposée dans le scénario maximaliste, afin d'assurer une continuité cyclable et piétonne sécurisée, avec un gain de temps estimé pour le trajet Gare Aubagne/Hôpital (environ 11 minutes à vélo).
- **Stationnement**
  - VL Électriques : Conformément à la réglementation (Loi d'Orientation des Mobilités, Art. 64), l'ensemble des places de stationnement doit être pré-équipé pour la recharge de véhicules électriques, et 5 % des places doivent être entièrement équipées, incluant au moins un emplacement PMR ;
  - Covoiturage : La création d'une zone de stationnement réservée au co-voiturage est demandée ;
  - Mutualisation : La mutualisation du stationnement public est envisagée, mais les détails quantifiés et la localisation dépendront de l'agencement général du site.

**Observations :** D'une manière générale, les besoins sont bien évalués et la totalité des problématiques est prise en compte, mais la contre-expertise attire l'attention du CHEG et de l'ARS sur le fait que **la mise en œuvre et l'opérationnalité de ces aménagements sont encore très flous ce qui engendre un risque important pour le CHEG**. La question se pose particulièrement concernant les accès. A titre d'exemple et cela a été relevé par l'ARS dans son avis du mois d'août 2025, **l'entrée principale est envisagée à l'Ouest du site alors que le futur BHNS desservirait plutôt la façade Est du bâtiment**. Les questions se posent également sur le **positionnement du stationnement par rapport aux voies d'accès qui ne sont pas encore précisément positionnées**. Comment, sans ces informations capitales, les concepteurs vont-ils pouvoir concevoir un bâtiment dont ils ne connaissent pas les contraintes d'accès ?

#### 4.5 La politique environnementale et énergétique est prise en compte

En termes de performance du bâtiment, l'hôpital vise des objectifs ambitieux de Haute Qualité Environnementale (HQE), respecte la RE2020 et le Décret Tertiaire. Le projet intègre des objectifs de sobriété énergétique (recherche d'alternatives aux énergies fossiles) et le label Bâtiments Durables Méditerranéens (BDM) est envisagé.

La stratégie énergétique du futur hôpital d'Aubagne (NHA) est centrée sur l'atteinte du label BDM Or et la conformité RE2020, visant 70 à 80 % d'Énergies Renouvelables (ENR). La production, excluant le gaz et le fioul, sera centralisée dans un Bâtiment Énergie de 900 m<sup>2</sup> SDO.

Trois scénarios ont été étudiés : si la biomasse atteint le taux d'ENR le plus élevé (92 %), elle génère aussi le bilan carbone le plus lourd (1 168 tCO<sub>2</sub>).

Le scénario recommandé repose sur la géothermie de sondes et des Thermofrigopompes (TFP). Cette solution offre le meilleur équilibre avec une très haute performance énergétique (80 kWhEP/m<sup>2</sup>/an) et le plus faible impact en Gaz à Effet de Serre (775 tCO<sub>2</sub>).

À l'échelle du site des Gargues, la mutualisation énergétique est envisagée. Un Réseau de Chaleur Urbain (RCU) est à l'étude pour desservir le futur Campus Santé, mais son calendrier reste flou.

L'hôpital est conçu pour être autonome à l'ouverture, avec une production indépendante de chaud et de froid. Toutefois, le Maître d'Ouvrage a demandé au concepteur de prévoir la réversibilité de l'installation. Ceci permettra au NHA de se raccorder au RCU lorsque l'opportunité se présentera.

L'installation de 460 kWc de panneaux photovoltaïques est retenue en base pour compléter l'approvisionnement en autoconsommation.

A ce stade, la contre-expertise n'émet pas d'observations particulière quant à cette approche environnementale qui semble performante.

#### 4.6 Les coûts du Projet sont à compléter et les coûts d'exploitation à réétudier

Compte tenu de la technicité du projet (blocs opératoire, SSPI, stérilisation), la mission constate la faiblesse de l'enveloppe allouée aux équipements hôteliers, informatiques et biomédicaux, à hauteur de 4,8 M€, soit 3% du montant prévisionnel du projet. Le budget équipement (mobilier général et spécifique, informatique, biomédical) devrait être aux alentours des 10 M€ HT (avec une répartition égale entre le biomédical et le reste).

Concernant les postes liés strictement au bâti (m<sup>2</sup> construits), les estimations correspondent aux coûts de constructions actuelles pour ce type de projet.

Concernant les coûts induits la contre-expertise fait les observations suivantes :

- Les assurances ne sont pas comptabilisées (1% environ) ;
- Les honoraires de maîtrise d'œuvre sont assez importants (15.76 %). A l'échelle d'un projet de 80 M€ HT construit, avec un taux de complexité entre 1.3 et 1.8, la MIQCP (Mission Interministérielle pour la Qualité des Constructions Publiques) propose un taux indicatif de 13.85 % ;

- Utilité de la plateforme Ediflex alors que l'AMO a déjà dans sa mission la gestion des situations ?
- Les branchements et raccordements aux réseaux ainsi que le déplacement de la HTA n'apparaissent pas ;
- Il est fait état de démolitions mais la contre-expertise n'a pas connaissance de ce qui se trouve sur le site et ce budget n'est pas comptabilisé.
- Enfin concernant les consommations, une estimation très favorable est envisagée. Si la performance énergétique sera effectivement favorable à la consommation énergétique, il n'en reste pas moins que les coûts de maintenance seront en augmentation.

**Recommandation n°12** Revoir les enveloppes prévisionnelles de l'opération, en intégrant la totalité des équipements, en retravaillant les coûts d'ingénierie et les coûts annexes. Concernant les équipements, un recensement des besoins au plus tard deux ans avant la livraison du nouveau bâtiment est à prévoir. Outre l'enjeu de maîtrise des enveloppes, cet exercice doit permettre de sécuriser les délais de commande et livraison. Enfin la maintenance et la consommation doivent être pris en compte sur la base d'études globales.

A noter que le déménagement d'équipements existants pèse sur le calendrier de déménagement global.

**Observation générale :** compte-tenu de la complexité et des nombreux aléas du dossier de construction neuve, la contre-expertise engage le CHEG à élaborer, en parallèle de la procédure en cours, un SDI simplifié qui approfondirait l'option de restructuration en cas d'écueil de la procédure et dans l'attente de ces décisions, elle l'invite à intégrer les coûts d'entretien du bâtiment actuel.

En ce qui concerne le projet neuf futur, la contre-expertise invite également le CHEG a beaucoup de prudence en termes de coûts et de délais.

## 5 SITUATION ET TRAJECTOIRE FINANCIERE

### 5.1 Le CH d'Aubagne pâtit d'une situation financière extrêmement dégradée, se traduisant à court terme par des tensions fortes sur la trésorerie.

Le compte de résultat 2024 présente un fort déficit, s'élevant à 5,3 M€, correspondant à 5,8% des produits, contre un seuil à 3% des produits pour le déclenchement d'un plan de redressement (art. D6143-39 CSP). La marge brute d'exploitation est également négative depuis 2020 au moins, signifiant que les produits d'exploitation restent inférieurs aux charges d'exploitation, avec un impact à court terme sur le cycle de trésorerie. Schématiquement, les recettes d'activité ne permettent pas de couvrir le paiement de l'ensemble des salaires et des fournisseurs, sans aide complémentaire.

L'établissement fait face à une gestion de trésorerie difficile, avec des délais de paiement fournisseurs allongés. Pour mémoire, la réglementation impose un délai de paiement à 50 jours pour les

établissements<sup>18</sup>. Ce délai de paiement excessivement élevé se traduit par un stock de dette fournisseurs important (passif circulant d'exploitation), entraînant un Besoin en Fonds de Roulement négatif à hauteur de 14 M€.

Le CH d'Aubagne présente dès lors une capacité d'autofinancement (CAF) structurellement négative, au moins depuis 2020. Une CAF nette<sup>19</sup> négative entraîne une incapacité à financer directement son investissement courant. Or, l'établissement doit composer avec une CAF brute négative. Cette situation entraîne soit un recours croissant à l'emprunt pour rembourser les emprunts antérieurs ainsi qu'une partie de leurs intérêts, soit un soutien de l'ARS (subvention, aide en trésorerie). Cette situation présente également le risque d'une consommation en trésorerie des subventions déjà versées pour le projet. L'établissement indique ainsi 7,1 M€ de subventions versées sur la période 2020-2024.

Le niveau d'endettement quasi-nul de l'établissement (4,4 M€ au 31/12/2024, soit 5% des produits) constitue un avantage important de l'établissement en faveur du projet. Mais il doit être toutefois mis en regard :

- D'un déficit cumulé (42,1 M€ de report à nouveau déficitaire) important grevant la politique d'investissement, y compris le renouvellement de l'équipement courant ;
- D'une dette fournisseurs conséquente, à laquelle l'établissement doit faire face en amont. Elle s'élève à 20,5 M€ à fin 2024 (en augmentation de 5,8 M€ par rapport à 2023). Les dettes fournisseurs représentent ainsi 22% des produits.

En agréant les dettes financières et d'exploitation, le CH d'Aubagne est endetté à hauteur de 27% de ces produits, pour un seuil de 30% parmi les trois seuils définis règlementairement<sup>20</sup>. Toutefois, la CAF brut négative ne permet pas d'amorcer une trajectoire de désendettement réelle ou a minima de stabilisation de l'encours de dette, avec au mieux un effet de « vases communicants » entre dettes financières et fournisseurs.

**Recommandation n°13** Se doter d'une gestion active de sa trésorerie, sous réserve d'une mise en œuvre antérieure, notamment sur le recouvrement des dettes clients, en lien avec le comptable public (relances par l'ordonnateur des débiteurs institutionnels, réunions d'analyse des restes à recouvrer mensuelles, traitement des NPAI, etc.). En outre, la valorisation de l'activité à court terme doit être optimisée en suivant les retards de codage, la traçabilité des comorbidités avec le DIM et les chefs de service. La relation avec les fournisseurs doit également être structurée et concentrée sur quelques interlocuteurs, pour éviter autant que possible les ruptures d'approvisionnement.

## 5.2 La trajectoire prévisionnelle repose à la fois sur une évolution tendancielle en exploitation favorable et des enveloppes d'investissement peu crédibles.

L'établissement anticipe une amélioration de 8,2 M€ de sa marge brute entre 2024 et 2032, pour atteindre 5,4 M€, soit 5,6% des produits. Le CH d'Aubagne entend ainsi gagner l'équivalent de 9 points de marge en 8 ans. Sur le plan comptable, les gains sont concentrés sur la période 2026 à 2028, avant la mise en service de l'établissement.

---

<sup>18</sup> Article R2192-11 du Code de la commande publique

<sup>19</sup> CAF après remboursement des emprunts exigibles

<sup>20</sup> Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

Toutefois, le CH d'Aubagne anticipe une dégradation importante de sa « trésorerie négative ». La mission s'interroge sur la possibilité de maintenir une telle position débitrice vis-à-vis du Trésor. Cette projection doit amener l'ARS PACA et l'établissement à poursuivre un suivi régulier des actions d'efficience.

L'évolution tendancielle des charges et produits semble reposer sur des hypothèses plutôt favorables. Il est ainsi mentionné les hypothèses suivantes sur l'évolution tendancielle des charges et produits :

- Une augmentation de 0,4% de la masse salariale par an pour traduire l'évolution du Glissement-Vieillesse-Technicité, communément projeté autour de 0,5% ;
- Une augmentation de 0,75% des charges pharmaceutiques et hôtelières ; ce taux reflète le développement d'activité anticipé mais non l'évolution annuelle des prix ;
- Une croissance des recettes de séjours et de l'activité externe à hauteur de 0,75% par an selon l'évolution démographique prévue sur le territoire de santé hors arrondissements de Marseille ;
- L'effet tarif appliqué à la trajectoire pluriannuelle semble extrêmement faible, à hauteur de 0,2%. Il est possible que l'établissement fasse le choix de raisonner hors inflation sur les charges et produits, sans que ce point de méthode soit explicité.
- On note l'absence d'effet tarif sur les recettes subsidiaires pourtant justifié sur les mises à disposition et la rétrocession. Sur les autres prestations diverses, cela suppose que l'établissement mette en place une politique active de révision des tarifs. à noter également que l'augmentation des tarifs nationaux journaliers de prestation est souvent fixée proportionnellement à l'évolution de l'ONDAM Etablissements de Santé, conformément à l'article R. 162-22-1-I du code de la sécurité sociale. Cette dynamique permet de prendre des hypothèses plus favorables dans l'EPRD.

Si l'on projette ce jeu d'hypothèses sur ces mêmes catégories de charges et produits constatées en 2024 sur le budget H sur 11 ans, jusqu'en 2035 (*cf. annexe 2*), l'impact de cette évolution « tendancielle », c'est-à-dire sans aucune mesure d'efficience ou sans projet majeur et, ici, en l'absence d'inflation, semble légèrement positif sur le résultat d'exploitation, avec un gain d'environ 1, M€ en fin de période, soit près de 1,3 points de marge brute. Il est peu probable que l'évolution tendancielle n'améliore seule, sans autre action d'efficience, la situation financière de l'établissement. Il est communément admis que la somme de ces paramètres « tendanciels » génère un effet neutre ou négatif sur la trajectoire, avant efficience ou projet.

L'établissement prévoit un niveau d'investissement proche de 1% des produits (1 M€ par an) entre 2026 et 2031, contre une recommandation à 3% des produits. En outre, le niveau d'investissement courant entre 2021 et 2024 se situe en moyenne à 2,8 M€. Cette hypothèse conduit à sous-estimer le besoin de financement et donc l'accroissement réel de la dette pour l'établissement. A noter que cette prévision d'investissement ne repose pas à ce stade sur un recensement précis des besoins de maintien en condition opérationnelle du bâtiment existant, ni sur le coût de projets connexes au NHPA (EHPAD, Instituts de Formation, CAMSP, pôle addictologie, HDJ de psychiatrie périnatale). Toutefois, malgré l'absence d'un plan pluriannuel d'investissement (PPI), a minima transmis à la mission, si la situation financière de l'établissement se redresse conformément à sa trajectoire prévisionnelle, il disposera d'un potentiel d'investissement compte tenu de son niveau d'endettement actuel.

**Recommandation n°14** Veiller à la production d'un plan pluriannuel d'investissement tenant compte d'un niveau d'investissement courant suffisant pour assurer le renouvellement des équipements biomédicaux mais également des projets bâtimentaires nécessaires à l'évolution de l'offre de soins sur le pays d'Aubagne et de l'Etoile.

### 5.3 Le financement du projet est sécurisé par des aides et subventions externes en quasi-totalité, dont la destination doit être garantie néanmoins au regard de la situation de trésorerie de l'établissement.

Le projet s'avère largement financé par des subventions et aides financières, pour un montant de 121 M€, soit 84% du projet. Il est précisé que 28,6 M€ correspondent à des crédits FIR (Fonds d'Intervention Régional). Ces derniers seront probablement versés sous forme de tranche annuelle pour tenir compte des capacités de financement de l'ARS sur cette enveloppe.

Plan de financement sur la base du coût TTC TDC du projet immobilier (valeur à la fin de chantier)	
Plan de financement	Montant en €
<b>Autofinancement (A)</b>	
Hypothèse : Dont cession éventuelle d'immobilisations (DNA et cessions liées au projet, par exemple : libération de site)	
<b>Emprunts (B)</b>	<b>23 000 000 €</b>
Hypothèse : Dont emprunt non aidé	23 000 000 €
Hypothèse : Dont emprunt non aidé à taux préférentiel	
Hypothèse : Dont part aidée (montant aidé AC/DAF) au niveau national	
Hypothèse : Dont part aidée (montant aidé AC/DAF) au niveau régional	
<b>Subventions (C.)</b>	<b>121 000 000 €</b>
Hypothèse : Subventions aide en capital FMESPP (niveau national) – <b>Etat – Ségur investissement</b>	102 000 000 €
Hypothèse : Subventions du <b>Conseil régional</b>	3 000 000€
Hypothèse : Subventions des collectivités territoriales ( <b>Métropole et Conseil Départemental Bouches du Rhône</b> )	16 000 000€
Hypothèse : Subventions autres (à préciser) *	
<b>Total (=A+B+C)</b>	<b>144 000 000 €</b>

**Recommandation n°15** Assurer un versement des aides annuelles en exploitation dédiées au projet, en corrélation avec les décaissements réels sur travaux, après présentation de justificatifs associés. Cette précaution sanctuarise les crédits, évitant qu'ils ne viennent *de facto* financer un cycle d'exploitation déficitaire, c'est-à-dire la masse salariale ou les fournisseurs réguliers.

Le recours à l'emprunt reste marginal en prévision et les conditions anticipées sont prudentes au regard de la courbe des taux anticipée à date : 9 M€ en 2031 et 14 M€ en 2032, pour un taux fixe de 3,68 % sur 30 ans. Finance Active, un des principaux conseils financiers des collectivités territoriales, anticipe un taux à 3,36% sur du taux fixe 30 ans hors marge bancaire.

L'établissement a choisi de ne pas valoriser des cessions d'actifs, sans motiver ce choix sur une analyse objective : « *Aucune cession d'actifs n'est prévue dans la trajectoire financière, l'établissement ayant fait*

le choix de ne pas s'appuyer sur ce levier ponctuel pour rétablir ses équilibres. »<sup>21</sup>Or, les établissements de santé professionnalisent rarement la gestion de leur parc privé affecté à la location (fixation des loyers en fonction de la valeur de marché, revalorisation des loyers, entretien suffisant, etc.)<sup>22</sup>.

**Recommandation n°16** Engager un recensement des biens de l'établissement auprès du pôle Domaines de la DDFip pour travailler un plan de cession pertinent, avec l'appui de cette administration dans le cas où la valorisation du patrimoine n'est pas vérifiée (taux de rendement locatif des biens, non affectés aux soins ou au logement d'agents hospitaliers, inférieur à 3-4%)

#### 5.4 Le plan d'efficience repose sur un engagement réel de l'établissement et un chiffrage sérieux des mesures, malgré une cible difficile à atteindre.

En termes de pilotage, il convient de souligner que l'établissement souhaite associer la communauté médicale à la mise en œuvre des actions d'efficience, avec une instance dédiée. Une mission ANAP 360 doit permettre d'étayer les différentes actions à compter de janvier 2026. Cette mission permettra d'apporter des éléments de benchmark et d'analyse de la situation financière auprès de la communauté soignante par un intervenant externe à l'établissement.

Le CH d'Aubagne et l'ARS ont signé un contrat relatif au plan d'efficience en date du 29 août 2025. En contrepartie des gains réalisés par le centre hospitalier, l'agence s'engage à verser 3 M€ d'aides en exploitation par an entre 2026 et 2030. Les modalités de suivi sont définies avec un suivi trimestriel d'avancement du plan de performance.

L'établissement prévoit ainsi 11,3 M€ de gains nets dont la grande majorité doit être réalisée avant la mise en service du bâtiment. **Cela représente un effort de 12 points de marge actuels (ou 12% des produits).** Un plan d'efficience d'une telle ampleur peut questionner sur sa faisabilité. Toutefois, l'établissement rappelle qu'une partie des actions d'efficience ne sont pas clairement identifiées, notamment sur la masse salariale, et sont donc pondérées à hauteur de 60%. La mission salue la transparence et la méthodologie adaptées.

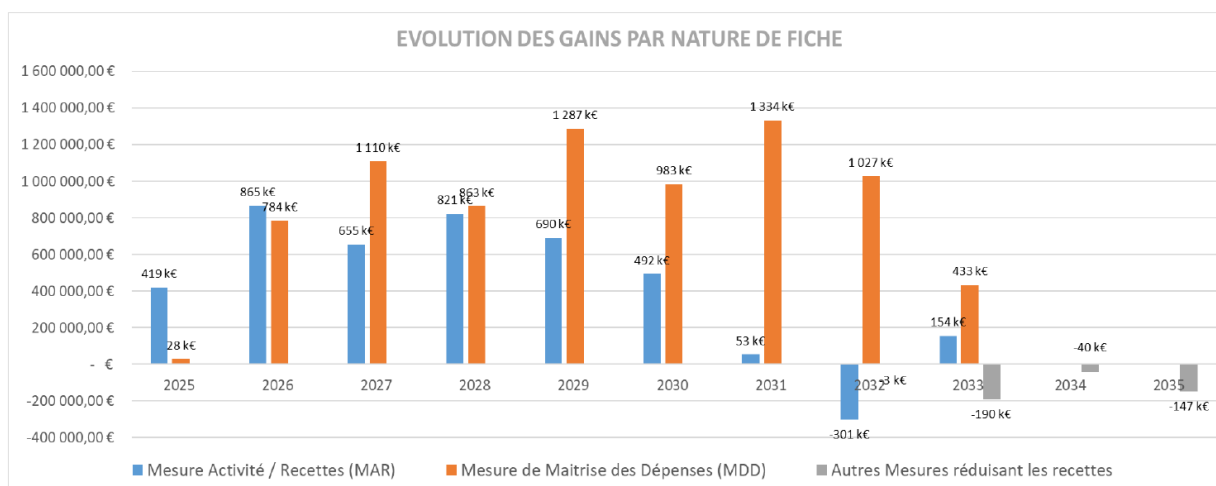
- L'établissement souligne que ce plan d'efficience repose sur des économies de charges pour 70% des gains, conformément aux recommandations antérieures pour les plans d'efficience<sup>23</sup>. **Les gains de 11,3 M€ se décomposent comme suivant : 7,9 M€ de gains de charges, dont 6,3 M€ de gains RH, 6,2 M€ de produits supplémentaires et -2,8 M€ de coûts supplémentaires (principalement des recrutements sur activités nouvelles).**
- En outre, ces gains sont attendus en très grande majorité en amont de la mise en service du nouveau bâtiment.

---

<sup>21</sup> Page 171 du RSE

<sup>22</sup> Cour des comptes, Rapport public thématique 2013 – "La gestion du patrimoine immobilier privé des établissements publics de santé"

<sup>23</sup> Circulaire DHOS/F2/CNAMTS no 2009-295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé : « Les efforts doivent viser prioritairement la maîtrise des charges et agir sur les principaux postes, notamment les charges de personnel. »



Source : CHEG

#### 5.4.1 Les gains sur la masse salariale représentent 6,3 M€, résultant d'une analyse sérieuse des pistes d'efficacité et d'une sous-pondération des suppressions de postes non fléchées.

L'identification des gains repose sur une comparaison du Retraitement comptable (RTC), représentant 76% des dépenses totales contre une moyenne à 63% pour les établissements comparables. La stratégie de suppressions de postes repose sur le non-remplacement des départs à la retraite à compter de 2028.

L'établissement estime ainsi un potentiel de 6,3 M€ d'économies (non-remplacement, baisse de l'absentéisme, réorganisation), diminué de 2,2 M€ de surcoûts liés aux développements des nouvelles activités soit un gain net total de 4,1 M€. Ces actions correspondent à une diminution nette de 56 ETP selon l'ARS, soit une diminution des effectifs de 6% entre 2028 et 2032. Cette cible équivaut à un non-remplacement de 9 ETP par an, avant les recrutements prévus.

- La **revue des maquettes soignantes** a également permis d'estimer un gain potentiel de **64,8 ETP, dont 13 départs confirmés, entre 2025 et 2029, pour un gain de 2,9 M€**. Les autres gains attendus ont fait l'objet d'une pondération à hauteur de 60% compte tenu d'une réalisation incertaine. A noter que l'établissement a communiqué une analyse des gains potentiels de 54 ETP fondés sur une revue des organisations. Outre les fonctions spécifiques au sein de chaque service, les maquettes soignantes révèlent plusieurs écarts potentiels par rapport aux moyennes nationales : 3 IDE de jour en pédiatrie pour 13 lits et l'accueil des urgences pédiatriques, 3 IDE de jour en médecine interne et au court séjour gériatrique pour 27 lits à chaque fois sans doute imputable à la lourdeur en soins, 4 IDE pour 10 places sur l'unité de chirurgie ambulatoire, 3 IDE pour 6 places d'hospitalisation de jour en médecine, 28,5 ETP de sages femmes pour seulement près de 1.000 accouchements annuels.
- La **maîtrise de l'absentéisme et la révision des modalités de remplacement**, avec la baisse de 2 points du taux d'absentéisme actuellement à 9,6% en 2024 devrait générer un **gain de 1 M€**. Ce taux d'absentéisme ne semble cependant pas s'éloigner fortement de la moyenne nationale, estimée à 9,6% en 2023 par l'AdRHess. Cette piste d'efficacité repose néanmoins sur un plan d'action détaillé (entretien de retour, suivi individualisé, contrôles des arrêts maladie, non remplacement des arrêts de courte durée).

- Des gains à hauteur de **7,2 ETPR, soit 1,3 M€**, sur les **effectifs médicaux** ont été identifiés. Cette action représente un dixième de la masse salariale médicale. La mission salue une démarche efficace portant sur l'ensemble des postes de dépenses. Mais Il conviendrait de s'assurer de l'association ou de l'information de la commission médicale d'établissement concernant les non-renouvellements de postes médicaux. Cette action mériterait également d'être pondérée compte tenu des risques en termes de faisabilité, dans un environnement où les besoins en temps médical augmentent et où les aspirations des nouvelles générations de médecins tendent vers un meilleur équilibre des horaires et une implication plus limitée dans la permanence des soins. L'établissement met toutefois en avant la définition de maquettes organisationnelles pour toutes les spécialités organisées en temps continu.
- La **maîtrise de l'intérim en anesthésie-réanimation et du temps de travail additionnel aux urgences** devraient générer un gain de **250 K€**.
- Sur les **fonctions administratives et techniques**, l'établissement a identifié finement des économies possibles, à hauteur de **1,3 M€**. La fonction de brancardage a fait l'objet d'un benchmark via le RTC avec une diminution possible de 4 ETP, pour un gain potentiel de 0,2 M€.

Thématique	Action	Estimation
02- Optimisation des organisations logistiques, techniques et administratives	Mise en place du logiciel IDF et suppression d'un poste de contractuel aux services économiques	46 107 €
	Réorganisation des effectifs des services techniques	143 658 €
03 - Mesures générales d'organisation de la gestion des ressources humaines	Evolution du périmètre des services administratifs et directions	509 464 €
	Gestion maîtrisée des effectifs médicaux via non-remplacements et remplacements partiels	1 321 101 €
	Réorganisation et optimisation du nombre de postes sur le personnel de soins	2 857 432 €
	Optimisation de la gestion de l'absentéisme et des remplacements	1 011 579 €
	Réorganisation de la fonction de brancardage	184 140 €
	Maîtrise des heures supplémentaires médicales	250 000 €
	Renégociation des contrats avec les radiologues libéraux	23 676 €
<b>TOTAL</b>		<b>6 347 157 €</b>

Si la situation de trésorerie de l'établissement nécessite une mise en œuvre des actions le plus tôt possible, la direction semble avoir déjà engagé ce travail d'analyse des non-renouvellements de postes potentiels. Les gains RH présentent nécessairement un décalage dans le temps, nécessitant l'anticipation des départs, la recherche autant que possible de l'adhésion de l'encadrement de proximité et la gestion de situations individuelles parfois complexes.

Le non-remplacement des départs naturels peut être questionné au cas par cas dès maintenant, sur les fonctions identifiées, avec un dialogue régulier avec les cadres de proximité, la prise en compte des réalités organisationnelles, des évolutions présentes et des compétences présentes.

L'établissement devra veiller à la cohérence entre ses ambitions médicales et ses capacités financières, en œuvrant à la nécessaire maîtrise en ressources humaines au regard du poids atypique des dépenses de personnel, tout en respectant les contraintes réglementaires. La réussite du projet dépendra de la capacité à maîtriser les risques identifiés, à mobiliser les acteurs locaux et à garantir une trajectoire financière crédible, dans un contexte où la concurrence et les incertitudes démographiques imposent une vigilance accrue.

À ce titre, la contre-expertise note le lancement dès 2026, d'une démarche d'accompagnement de l'ANAP qui permettra de disposer d'un soutien méthodologique pour la mise en œuvre et le suivi du plan d'efficience en lien avec la communauté médicale et soignante afin d'en assurer le partage et l'appropriation par les équipes et les partenaires sociaux. Un suivi rapproché de l'ARS dans le cadre de la revue annuelle de gestion (CPOM) paraît indispensable.

**Recommandation n°17** Mettre en place une cellule mobilité au sein de la DRH pour accompagner les mouvements internes entraînés par les suppressions de postes et l'externalisation éventuelles de certaines fonctions, au-delà de seuls départs à la retraite. Sa composition et son fonctionnement peuvent s'inspirer d'expériences existantes. Outre la présentation aux instances, un recensement exhaustif des postes vacants constitue un prérequis.

#### 5.4.2 Le plan d'efficience prévoit également 1,5 M€ de gains sur les autres charges, dont certaines restent très incertaines.

- Le CH d'Aubagne anticipe un gain de 800 K€ sur les consommations énergétiques avec l'ouverture du nouveau bâtiment. L'établissement anticipe ainsi un passage d'une consommation moyenne d'électricité de 158 kWh/m<sup>2</sup>/an actuellement à 23 kWh/m<sup>2</sup>/an, soit une baisse de 85%. En outre, la mise en service d'un nouveau bâtiment s'accompagne souvent d'une augmentation des contrats de maintenance (génie électrique, sécurité incendie, CVC, multi-services, etc), d'autant plus avec une hausse de 40% des surfaces.

**Recommandation n°18** Demander à l'assistance à maîtrise d'ouvrage de confirmer les estimations sur les consommations électriques et étayer une augmentation du coût des contrats de maintenance pour l'intégrer à la trajectoire financière.

- Les gains sur la fin de l'affacturage (193 K€ annuels) restent incertains au regard de la situation de trésorerie de l'établissement et d'une trajectoire construite à avec une trésorerie négative jusqu'en 2034.
- L'établissement prévoit également d'internaliser la fonction sécurité en repositionnant 7 ETP via des reclassements, pour un gain de 320 K€.
- La revue des contrats de maintenance doit générer un gain de 100 K€, sans que la logique ne soit précisée (contrats multi-marques ? absence de risque sur le délai d'intervention pour les équipements lourds).
- Sur la redevance due aux radiologues libéraux, la mission n'a pas trouvé de référence réglementaire, outre l'article 1 de l'arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance des médecins libéraux intervenant en établissement public de santé. Si la redevance est fixée à 30% pour les « autres actes pratiqués dans les établissements publics de santé », l'assiette applicable n'est pas définie pour les radiologues : faut-il reverser le forfait technique au radiologue après

redevance ? A titre de comparaison, pour praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale en radiologie :

- Les actes CCAM ne font pas l'objet d'une redevance car valorisant la prestation intellectuelle (Article D6154-10-1 CSP)
- une quote-part de 20% du forfait technique est versée au praticien en scannographie uniquement (art. R6154-8 CSP)

5.4.3 Le nouvel hôpital devrait contribuer à la dynamique d'activité déjà engagée. L'établissement anticipe une amélioration brute des recettes associée de 6,2 M€. Ce développement d'activité représente près de 5 points de marge et conditionne la trajectoire financière, autant que la maîtrise des charges.

- L'établissement prévoit un quasi-doublement de son activité de HAD (+0,8 M€).

Avec le recrutement de 0,5 ETP de praticien dédié, le CH d'Aubagne gage 0,8 M€ de recettes sur le développement de la HAD. Avec 4.000 journées supplémentaires par an, l'établissement anticipe une augmentation de 73% par rapport à son activité de 2024. Or, le taux de recours du département des Bouches du Rhône en nombre de journées pour 1000 habitants s'élève à 84 en 2023 pour 106 en région ou sur le territoire national, soit un écart de 26% seulement.

- Une meilleure compensation de l'accompagnement de la fin de vie dans le cadre des Lits identifiés Soins palliatifs (+0,2 M€).

La conversion de 3 lits d'hospitalisation complète en lits identifiés soins palliatifs doit permettre de mieux valoriser cette activité (+0,2 M€). Outre les prérequis en termes de ressources et locaux définis par la réglementation, la valorisation des LISP sur des tarifs (GHS) spécifiques nécessite que la prise en charge palliative reste le principal motif d'hospitalisation. Autrement, l'accompagnement palliatif subsidiaire à une première prise en charge permet uniquement le passage d'une sévérité supplémentaire (niveau de gravité 3 ou 4). Avec un gain moyen de 2.400 € entre les niveaux 2 et 3 d'un séjour de médecine, la valorisation de 3 lits de médecine avec un taux d'occupation de médecine de 90%, soit une centaine de séjours, approche bien 0,2 M€.

- Le développement de la chirurgie de la thyroïde devra passer par la réorientation des filières publiques d'adressage actuellement à destination de l'AP-HM (+0,3 M€).

L'établissement prévoit 0,3 M€, de recettes supplémentaires liée à l'augmentation de la chirurgie endocrinienne, pour un gain net de 0,1 M€, largement assurée par la clinique de la Casamance. Sur la zone de recrutement du centre hospitalier correspondant au pays d'Aubagne et de l'Etoile avec le 11<sup>e</sup> arrondissement de Marseille, la chirurgie thyroïdienne représente 291 interventions pour des habitants de la zone, dont 44 seulement sont réalisés à la clinique de la Casamance. 146 sont réalisées à l'AP-HM et 78 dans les ESPIC de Marseille. Or, l'établissement semble parier sur un potentiel d'environ 50-70 séjours. Un tel développement devra donc passer par la réorientation des filières d'adressage actuellement construites autour de l'AP-HM avec les établissements du GHT.

- L'arrivée d'un médecin vasculaire permet de développer ces prises en charges (+0,45 M€).

L'arrivée d'un médecin vasculaire a permis de développer une activité de laser endo-veineux pour le traitement des varices, pour une cible de recettes T2A de 0,45 M€. Les recommandations françaises (HAS 2016) indiquent que les procédures d'ablation thermique endo-veineuse doivent être réalisées dans une salle dédiée. La procédure LEV est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale par « tumescence ». Le temps opératoire est de 30 à 60 minutes puis une surveillance post-op est nécessaire de 30 minutes environ. La valorisation de ces séjours ambulatoires oscille entre 1.700 € et 1.900 €<sup>24</sup>. L'établissement semble se fixer une file active cible de 230 patients par an, soit environ 5 patients par vacation hebdomadaire d'une demi-journée.

- Le CHEG compte renforcer les prises en charge en pédiatrie ambulatoire (+0,15 M€).

Le taux de rotation de l'hôpital de jour de pédiatrie plafonne actuellement à 95% contre une cible établissement à 150%, pour un gain sur recettes de 0,15 M€. Le centre hospitalier souhaite notamment mieux valoriser son activité de bilan et d'expertise (obésité, troubles endocriniens, désensibilisation et test allergologiques, bilans des patients suivis par le CAMSP d'Aubagne). Les charges de personnel paramédical, nécessaire à la prise en charge pluriprofessionnelle des bilans conformément à l'instruction relative à la gradation des soins<sup>25</sup>, semblent particulièrement faibles par rapport au projet (environ 1 patient supplémentaire par jour, sur une amplitude de 240 jours à l'année). L'établissement doit analyser globalement la bonne valorisation des venues en HDJ et en externe.

- Le développement de la chirurgie adulte doit permettre un gain de 2,2 M€ de recettes à moyen terme et d'optimiser la fréquentation du bloc et du service de chirurgie (cf partie 3.3.2).
- **Orthopédie** : la création d'une FMIH avec l'AP-HM doit encore permettre d'accroître l'activité de 200 séjours en hospitalisation complète et 300 séjours en ambulatoire, pour un gain de 1,2 M€ (0,9 M€ net des consommations médicales et du recrutement d'un praticien supplémentaire en 2026).
- **Urologie** : le projet de développement de la chirurgie urologique a été initié dès 2023, avec une cible de 175 séjours supplémentaires en hospitalisation complète et 140 en ambulatoire, pour gain de recettes de 0,7 M€ (0,6 M€ en net).
- **Chirurgie bariatrique** : avec une activité d'environ 25 séjours, le CH d'Aubagne anticipe une hausse supplémentaire de 25 séjours pour une recette de 0,2 M€ (0,1 M€ de gain net des dispositifs médicaux).

---

<sup>24</sup> Acte ATC EJSF032 Traitement du tronc de la VGS par radiofréquence sous contrôle échoguidé associé à des phlébectomies homolatérales et/ou ligature de veine perforante homolatérale (GHM 05C17J = GHS 1493 = 1 712€) ; Acte ATM EJSF008 Traitement isolé du tronc de la veine grande saphène (VGS) par radiofréquence sous contrôle échoguidé (GHM 5K26J = GHS 1853 = 1 943€)

<sup>25</sup> INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

- **Chirurgie pédiatrique** : le CHEG dispose depuis 2025 d'une autorisation de chirurgie pédiatrique pour renforcer l'offre de proximité. L'objectif visé est d'atteindre 168 séjours supplémentaires par an (4 séjours hebdomadaires), pour un gain de 0,15 M€ (0,1 M€ net des consommations médicales).
- Développement de l'activité médicale en hospitalisation conventionnelle et amélioration du taux de rotation des hôpitaux de jour

Après avoir constaté une augmentation de son hospitalisation de jour (+620, +42% entre 2022 et 2024), l'établissement prévoit une hausse de son activité en HDJ d'endocrinologie-diabétologie (+77 séjours) et en HC d'Hépatogastro-entérologie (+39 séjours), pour un gain de 0,2 M€.

- L'établissement anticipe un gain de 0,2 M€ sur la croissance de l'activité externe.

L'établissement anticipe un gain de 0,2 M€ sur la croissance de l'activité externe. Ce gain très probable doit néanmoins reposer sur un plan d'action plus concret, si nécessaire en lien avec un cabinet de conseil :

- Accompagnement des praticiens à la valorisation de leur activité (conditions de codage des avis ponctuels, analyse des majorations et des actes CCAM réalisés), en lien avec les logiciels (préconisations de lettres clés pertinentes) ou de fiches d'aide au codage plus rudimentaires ;
- Analyse du nombre de patients vus par praticiens à rapporter à leurs plages de consultation pour mesurer notamment l'opportunité des contrats de praticiens attachés, à pérenniser ou résilier.

- Les gains associés aux chambres individuelles dans le nouvel hôpital (+0,8 M€) pourraient être renforcés.

Le nouveau bâtiment intégrera 136 chambres individuelles. Avec un tarif anticipé à 55 € par jour, un taux d'occupation et un taux de « facturabilité » respectivement ciblés à 70% et 40%, l'établissement prévoit une recette supplémentaire de 0,8 M€. A noter que les recettes actuelles ne sont pas retranchées. Ces hypothèses sont considérées comme trop conservatrices par la mission.

L'amélioration du confort hôtelier avec des conditions d'accueil modernes pourrait permettre à l'établissement, outre l'augmentation du taux de chambres individuelles, d'accroître encore ses tarifs. La tarification des régimes particuliers laisse une grande liberté à l'établissement pour concilier les enjeux d'accessibilité aux soins et le financement de ses équipements, en modulant les tarifs en fonction de la qualité hôtelière de chaque bâtiment, des filières et des situations des patients. Le rapport DREES de 2024 sur les complémentaires santé rappelle que 50% des allocataires sont couverts à hauteur de 60 € ou plus. L'AP-HM indique ainsi sur son site internet : 59 € par jour pour les chambres de niveau 2 (sanitaires et douches individuels), 70 € par jour pour les chambres confort (Hôpital Sud), 15 € par jour pour les chambres en hospitalisation de jour. La clinique de la Casamance affiche une fourchette de tarifs compris entre 114 et 150 € par jour en hospitalisation et 35 à 70 € par jour en ambulatoire. Les gains associés aux chambres particulières pourraient être renforcés à la marge, dans la mesure où ils contribuent pleinement à la solvabilité du projet. L'établissement peut s'appuyer sur :

- Une analyse des politiques mises en œuvre dans les cliniques et hôpitaux publics de la région, ainsi que des autres CH ;

- Une étude des contrats de mutuelles des patients du CHRU (seuils de remboursement) et de la proportion en bénéficiant.

En outre, le taux de facturabilité du tarif rapporté aux nombres de chambres individuelles peut être amélioré en optimisant le circuit de facturation et en travaillant le circuit du recueil de consentement du patient en lien avec les équipes soignantes.

**Recommandation n°19** Renforcer les gains associés aux chambres particulières en augmentant les tarifs et le taux de facturabilité auprès des mutuelles, y compris sur les chambres existantes, à travers une gestion de projet suivie au sein de la direction des finances et du bureau des entrées.

- Le développement de l'activité de biologie pourrait s'appuyer sur l'internalisation de l'activité des partenaires locaux et de la sous-traitance privée vers le public.

Un rapport d'audit d'ADOPALE de mai 2025 met en avant un potentiel de sous-traitance pour le compte de trois établissements en proximité. Le CH d'Allauch réalise l'équivalent 800.000 B, pour un gain théorique de 0,2 M€, et externalise 1.000.000 de B auprès de CERBA.

A noter toutefois que le CH d'Aubagne valorise la sous-traitance potentielle avec un tarif du B 0,27 €. Or, la majorité des coopérations de biologie au sein des GHT reposent sur des tarifications propres inférieures. Le rapport IGAS sur la pertinence en biologie évoque ainsi un coût de production autour de 0,24 €.

- L'augmentation du capacitaire de soins critiques (+4 lits) pèse négativement sur l'exploitation (-0,4 M€) (cf partie 3.3.6).

Le CHEG identifie 0,6 M€ de recettes supplémentaires liées à l'augmentation du capacitaire de soins critiques à l'ouverture du nouvel hôpital (+4 lits, soit un potentiel de 80 séjours supplémentaires) mais rappelle que cette opération nécessaire pèse négativement sur l'exploitation compte tenu des recrutements attendus (2 ETP PH, 5,8 ETP IDE, 8,6 ETP AS).

- De manière cohérente, l'établissement associe au développement de l'activité de chirurgie, les coûts liés à l'armement d'une cinquième salle opératoire à l'ouverture du nouvel hôpital (+0,9 M€).

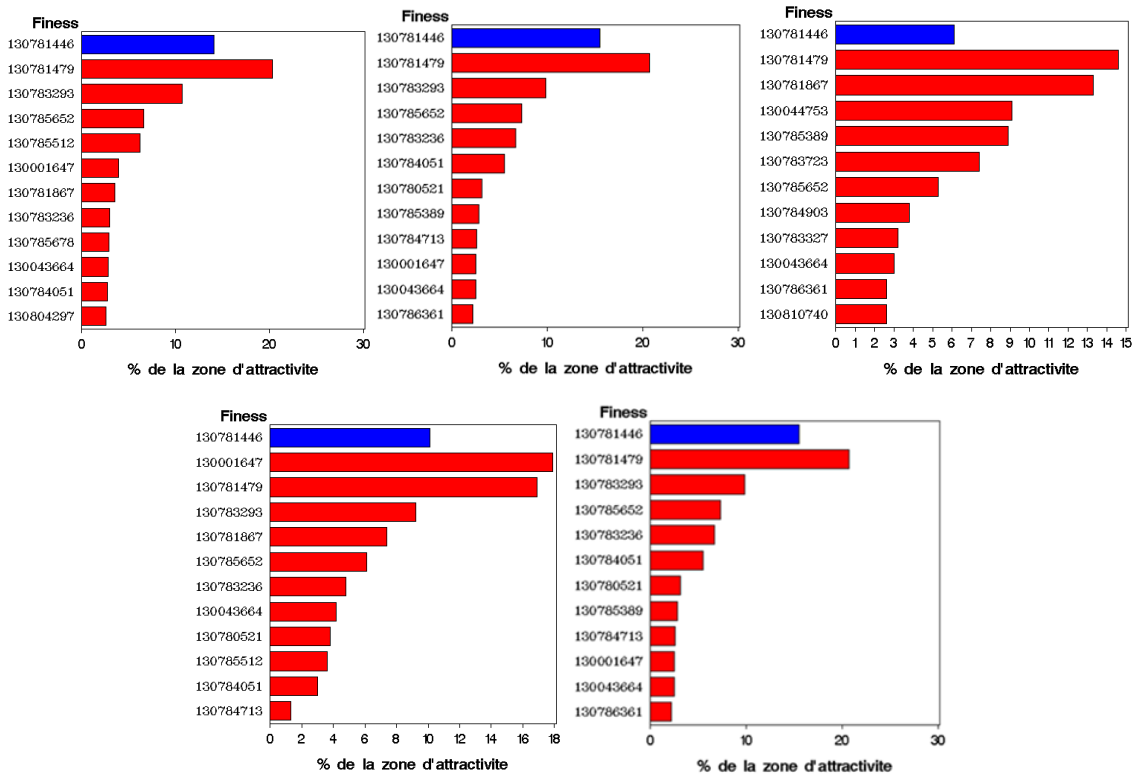
De manière cohérente, l'établissement associe au développement de l'activité de chirurgie, les coûts liés à l'armement d'une cinquième salle opératoire, soit un impact de 0,9 M€ sur la masse salariale (1,5 ETP anesthésiste, 3 ETP IBODE, 2 ETP IADE, 2 ETP AS).

**Recommandation n°20** Assurer un suivi de la productivité médicale avec des comparaisons via le retraitement comptable annuel (RTC).



# LISTE DES ANNEXES

## ANNEXE 1 : Parts de marché en médecine, chirurgie HC, chirurgie ambulatoire, en cancérologie et en obstétrique du CHEG dans la zone d'attractivité en 2023



Source : Hospidiag



## ANNEXE 2 : Projection jusqu'en 2035, des charges et produits sur le budget H, selon les taux constatés en 2024

Années N-1 à N+X	Hypothèses	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
<b>Evolution tendancielle des produits d'exploitation</b>			<b>476 470</b>	<b>480 996</b>	<b>485 566</b>	<b>490 179</b>	<b>494 835</b>	<b>499 536</b>	<b>504 282</b>	<b>509 072</b>	<b>513 909</b>	<b>518 791</b>	<b>523 719</b>
<b>Dont produits de la tarification des séjours MCO et des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique</b>	<b>0,95%</b>	45 491 136	45 923 302	46 359 573	46 799 989	47 244 589	47 693 413	48 146 500	48 603 892	49 065 629	49 531 752	50 002 304	50 477 326
<i>Evolution n/n-1</i>			432 166	436 271	440 416	444 600	448 824	453 087	457 392	461 737	466 123	470 552	475 022
<b>Autres produits de l'activité hospitalière</b>	<b>0,95%</b>	4 663 570	4 707 874	4 752 599	4 797 748	4 843 327	4 889 338	4 935 787	4 982 677	5 030 013	5 077 798	5 126 037	5 174 734
<i>Evolution n/n-1</i>			44 304	44 725	45 150	45 579	46 012	46 449	46 890	47 335	47 785	48 239	48 697
<b>Autres produits d'exploitation</b>		9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138	9 559 138
<i>Evolution n/n-1</i>			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Evolution tendancielle des produits d'exploitation</b>			<b>352 861</b>	<b>354 502</b>	<b>356 152</b>	<b>357 811</b>	<b>359 478</b>	<b>361 154</b>	<b>362 838</b>	<b>364 531</b>	<b>366 233</b>	<b>367 943</b>	<b>369 662</b>
<b>Charges de personnel</b>	<b>0,40%</b>	66 546 122	66 812 307	67 079 556	67 347 874	67 617 266	67 887 735	68 159 286	68 431 923	68 705 650	68 980 473	69 256 395	69 533 421
<i>Evolution n/n-1</i>			266 184	267 249	268 318	269 391	270 469	271 551	272 637	273 728	274 823	275 922	277 026
<b>Charges à caractère médical</b>	<b>0,75%</b>	9 781 462	9 854 822	9 928 734	10 003 199	10 078 223	10 153 810	10 229 963	10 306 688	10 383 988	10 461 868	10 540 332	10 619 385
<i>Evolution n/n-1</i>			73 361	73 911	74 466	75 024	75 587	76 154	76 725	77 300	77 880	78 464	79 052
<b>Charges à caractère hôtelier et général</b>	<b>0,20%</b>	6 657 726	6 671 042	6 684 384	6 697 753	6 711 148	6 724 570	6 738 020	6 751 496	6 764 999	6 778 529	6 792 086	6 805 670
<i>Evolution n/n-1</i>			13 315	13 342	13 369	13 396	13 422	13 449	13 476	13 503	13 530	13 557	13 584
<b>Evolution tendancielle du résultat d'exploitation</b>			<b>123 609</b>	<b>126 494</b>	<b>129 413</b>	<b>132 368</b>	<b>135 357</b>	<b>138 382</b>	<b>141 444</b>	<b>144 542</b>	<b>147 676</b>	<b>150 848</b>	<b>154 057</b>



