



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE (Département du Nord)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 12 novembre 2020

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	2
INTRODUCTION.....	3
1 LES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES DE L'ÉTABLISSEMENT	6
1.1 Une situation structurellement dégradée.....	6
1.1.1 Le déficit récurrent du cycle courant d'exploitation.....	6
1.1.2 Les conséquences des risques pris pour le financement d'un plan d'investissement trop ambitieux.....	9
1.2 Les limites du modèle médico-économique pour redresser la trajectoire financière du CHD.....	11
1.2.1 Un premier modèle médico-économique défaillant entre 2014 et 2017.....	11
1.2.2 De nouvelles orientations à partir de 2018	15
1.2.3 Le pilotage des effectifs.....	17
1.2.4 La politique d'investissement non soutenable	19
2 UNE STRATEGIE D'INTERVENTION EN COURS DE CLARIFICATION.....	21
2.1 Des orientations stratégiques à géométrie variable.....	21
2.1.1 Des prescriptions institutionnelles trop variées pour définir une stratégie globale	21
2.1.2 Une feuille de route rétrospective trop compliquée.....	23
2.2 Esquisse d'un bilan	26
2.2.1 Les faiblesses de l'évaluation de la mise en œuvre des documents stratégiques.....	26
2.2.2 L'exécution inaboutie du programme d'actions	28
2.2.3 Des progrès à réaliser.....	34
ANNEXES	39

SYNTHÈSE

Sur le littoral des Hauts-de-France, le centre hospitalier de Dunkerque (CHD) est l'établissement public de santé de référence pour plus de 406 000 habitants. Jouant un rôle central dans le système de santé du territoire, il est doté d'un plateau technique de haut niveau et d'une capacité d'accueil de plus de 800 places et lits. Son effectif dépasse les 2 200 agents et couvre l'ensemble des activités médicales, de chirurgie et d'obstétrique.

Sa situation financière était préoccupante entre 2014 et 2018, du fait du déficit récurrent du cycle d'exploitation et de la réalisation d'un plan d'investissement trop ambitieux au regard de la faiblesse de son épargne et de ses fonds propres. Dans le cadre de deux contrats de retour à l'équilibre financier, le soutien financier de l'agence régionale de santé à hauteur de 4,5 M€ en fonctionnement et de 9 M€ en investissement, s'est révélé jusqu'à fin 2019 insuffisant. Depuis, une tendance à la réduction du déficit récurrent annuel est observable, toutefois hors conséquences de la crise sanitaire. L'endettement de l'hôpital a augmenté de 27,2 M€ depuis 2014 pour financer en particulier les opérations du plan « Hôpital 2020 ».

Ces difficultés financières persistantes étaient la conséquence de la défaillance du modèle médico-économique, dans lequel les charges de production du service étaient structurellement supérieures aux produits. De ce point de vue, le premier plan de retour à l'équilibre, dont le levier principal était le plan d'économies, a limité le développement de l'activité de l'hôpital.

Au cours de la période, l'établissement a été signataire de huit documents contractuels. Confronté ainsi à la multiplication d'objectifs et d'obligations, le CHD n'a pas été en mesure de définir, jusqu'en 2018, une stratégie d'intervention cohérente et claire.

Cette situation a été préjudiciable, non seulement à la conduite du redressement financier, mais aussi au pilotage des changements de périmètre d'intervention du CHD et des expérimentations d'actions, suivies ou abandonnées, et à la recomposition des activités de soins, suite à la dissolution, fin 2013, du groupement de coopération sanitaire expérimental Flandre Maritime. L'émergence en 2018 d'un projet unique, structurant, devrait faciliter la mobilisation de l'organisation, s'il est conduit dans le cadre de priorités hiérarchisées et évaluables.

La faiblesse des méthodes d'évaluation, jusqu'en 2018, n'a pas permis de mesurer objectivement les résultats de l'attractivité médicale de l'hôpital et son impact sur l'amélioration de l'état de santé des populations du territoire. Fin 2019, les progrès à réaliser en faveur de l'offre et la qualité des soins restaient importants.

Les résultats positifs d'exécution des contrats de pôle démontrent que les personnels soignants et administratifs, responsabilisés sur des objectifs concrets et mesurables, ont su maintenir l'activité tout en contribuant à la restructuration de l'offre de soins de l'établissement. Ce type de protocole d'actions devrait utilement être généralisé et servir de référence à la conduite du développement futur de l'établissement, dans le nouveau contexte de gestion hospitalière qui devrait s'ouvrir suite à l'état d'urgence sanitaire.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Dunkerque (Nord) sur les exercices 2014 et suivants a été ouvert le 16 octobre 2019 par lettres du président de la chambre, adressées à M. Bruno Donius, directeur et ordonnateur en fonctions du 1^{er} janvier 2018 au 20 juillet 2020, et à M. Patrick Vergriete, en sa qualité de président du conseil de surveillance, et par ailleurs maire de la commune. MM. Laurent Castaing, Jean-Michel Hue et Éric Saldumbide, anciens directeurs de l'établissement sur la période de contrôle, en ont été également avisés par lettres du 24 octobre 2019.

Les entretiens de fin de contrôle, prévus à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, se sont déroulés le 25 février 2020 avec M. Donius et M. Saldumbide, son prédécesseur du 1^{er} juillet au 31 décembre 2017, le 23 mars avec M. Castaing, en fonctions du 1^{er} janvier 2003 au 30 août 2014, et le 26 mars 2020 avec M. Hue, directeur du 1^{er} septembre 2014 au 30 juin 2017.

Dans sa séance du 22 avril 2020, la chambre, a arrêté ses observations provisoires, qui ont été communiquées à l'ordonnateur alors en fonctions, par lettre du 3 juin 2020. Elles ont également été adressées à MM. Saldumbide et Hue et à un organisme tiers. Une lettre de fin de contrôle a été adressée, le même jour, à M. Castaing.

MM. Donius, Saldumbide et Hue ont respectivement répondu par courriers des 6, 14 et 7 juillet 2020, enregistrés au greffe de la chambre les 8, 23 et 8 juillet 2020.

Après avoir examiné les réponses, la chambre, dans sa séance du 12 novembre 2020, a arrêté les observations définitives suivantes.

Avertissement

Le contrôle de la chambre régionale des comptes a été effectué avant l'entrée en vigueur des mesures prescrites par le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 complété par le décret n° 2020-423 du 14 avril 2020 et par le décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire, pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

La situation de l'établissement a notamment été analysée en référence aux objectifs fixés par l'autorité de tutelle dans les différents contrats signés avec le directeur général de l'agence régionale de santé. L'analyse n'intègre pas les effets des deux vagues de l'épidémie sur les résultats de 2020.

La situation de la santé sur le territoire

Le centre hospitalier de Dunkerque (CHD), avec la métropole lilloise, fait partie du territoire de démocratie sanitaire (TDS) de « Métropole-Flandres ». Dans celui-ci, le taux de mortalité est supérieur à la moyenne nationale de 14 %, mais en deuxième position au niveau régional. Toutefois, ce territoire est très hétérogène au regard des indicateurs socio-économiques (pauvreté, chômage, revenus, éducation, logement...). D'après le diagnostic de l'agence régionale de santé (ARS), la zone d'attractivité de l'hôpital de Dunkerque, centrée sur la Flandre maritime, connaît, du fait de ceux-ci, une surmortalité voisine de 1 000 décès pour 100 000 habitants et, pourtant, une densité de professionnels médicaux libéraux la moins élevée du TDS, comprise entre 70 et 80 pour 100 000 habitants contre 105,3.

Les caractéristiques de l'établissement

La capacité d'accueil du CHD est de 805 lits et places répartis comme suit : 448 lits, 94 places en médecine-chirurgie-obstétrique et 263 hébergements pour personnes âgées.

Au 31 décembre 2018, il employait 2 211 agents, dont 261 personnels médicaux (252 en équivalent temps plein rémunéré) et 1 950 personnels non médicaux (1 838 en équivalent temps plein rémunéré).

Il dispose d'un plateau technique de haut niveau, composé d'un bloc opératoire de 12 salles et d'un robot chirurgical, d'une imagerie médicale et de médecine nucléaire¹, d'un laboratoire de biologie certifié COFRAC² à 67 % et d'une pharmacie-stérilisation, mutualisée avec le centre hospitalier de Calais dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

Les activités médicales et médico-techniques sont organisées en six pôles : Femme-Mère-Enfant, Médecine 1, Médecine 2, Chirurgie, Urgences et Investigations et Transversalités. Ceux-ci bénéficient d'une implantation en cœur de ville, sur un campus multi-activités regroupant les activités propres au CHD et celles d'autres partenaires.

Le budget annuel moyen de l'hôpital est d'environ 175 M€.

L'établissement est support du groupement hospitalier de territoire du Dunkerquois et de l'Audomarois et noue de nombreux partenariats, qui sont étudiés ci-après.

Il est certifié « A » par la Haute autorité de Santé³ depuis 2016.

L'éco-système de santé du littoral

Le CHD est un hôpital de référence territoriale pour 406 000 habitants. Composante du territoire de santé du littoral (Dunkerquois, Calaisais, Boulonnais, Montreuillois, Audomarois), il est situé à 30 mn de Calais, 45 mn de Saint-Omer et 50 mn de Lille et Boulogne-sur-Mer.

¹ 2 scanners dont 1 aux Urgences, 2 IRM dont 1 IRM 3T et d'un TEP-Scan et Gamma Caméra partagé avec le centre de médecine nucléaire TEP GAMMA-Flandres dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique.

² Le comité français d'accréditation évalue la compétence et l'impartialité des laboratoires et des organismes de certification ou d'inspection.

³ Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la Haute autorité de Santé (HAS) vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes. La certification « A », la plus élevée, est délivrée pour 6 ans.

Le territoire de santé est dense et composé d'une vingtaine d'organismes publics et privés, en dehors de la médecine de ville. L'offre de soins et de prestations de santé est riche et complète, ce qui permet un traitement de proximité des patients du Dunkerquois et de l'Audomarois. Leur parcours médical est, cependant, confronté à une multitude d'acteurs de santé, ce qui exige une coordination de ces derniers.

La recomposition de l'éco-système de santé du Dunkerquois fait suite à la dissolution, fin 2013, du groupement de coopération sanitaire de Flandre Maritime, créé en 2009. Ce dernier avait partagé l'offre de soins du territoire en médecine-chirurgie-obstétrique, notamment entre le centre hospitalier de Dunkerque et la polyclinique de Grande-Synthe. Entre 2009 et 2018, la réorganisation territoriale conduite a perturbé l'activité de production de soins de tous les acteurs de la santé du Dunkerquois. Elle a abouti au regroupement sur un seul site du plateau technique et des équipes médicales et soignantes.

Dans sa réponse, le directeur, encore en fonctions au cours du contrôle de la chambre, a indiqué que « l'organisation géographique telle qu'elle existait jusqu'au retour en septembre 2018 des activités de périnatalité sur le site du Centre hospitalier de Dunkerque a été particulièrement coûteuse (deux sites avec deux blocs opératoires, une logistique dédiée...) et a contribué à la situation financière encore dégradée (...) ».

L'établissement dunkerquois inscrit son action dans un réseau de relations, de coopérations et d'associations multiforme. Sa stratégie d'intervention se développe dans le cadre d'un éco-système foisonnant et complexe, dont il est l'initiateur et le centre.

Le rôle du centre hospitalier de Dunkerque sur le territoire

L'ARS a confié au CHD, plus gros établissement du territoire, un rôle moteur pour coordonner la restructuration du système de santé du Dunkerquois. Une nouvelle répartition de l'offre de soins, partagée entre les acteurs de la santé, en est résultée.

La responsabilité de l'hôpital dans le déploiement des processus et des procédures organisationnels a constitué une préoccupation prioritaire pour celui-ci au cours de la période 2014-2017. Elle a imposé une mobilisation intense et chronophage de l'ensemble des personnels et, en particulier, du personnel médical.

1 LES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Une situation structurellement dégradée

Le centre hospitalier de Dunkerque comporte, sur la période, un budget principal (budget H), qui représente 92 % du budget consolidé de l'entité⁴, et six budgets annexes, dont le plus important est le budget « E », consacré à l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le montant moyen pour le budget « H » est de 175 M€ pour les charges et de 170 M€ pour les produits. Celui du budget « E » est, respectivement, de 12 M€ et de 11,3 M€. Au cours de la période, le déficit chronique de ce dernier, d'environ 0,7 M€ en moyenne, contribue significativement au déficit global de l'établissement à hauteur de 12 % en moyenne.

Dans le cadre de la certification, les comptes ont été déclarés, depuis 2016, réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle des opérations des exercices, ainsi que de la situation financière et du patrimoine du CHD.

L'analyse de la situation financière a été conduite principalement sur le budget « H » et, accessoirement, sur le budget de l'EHPAD.

1.1.1 Le déficit récurrent du cycle courant d'exploitation en diminution

L'hôpital de Dunkerque présente, entre 2014 et 2019, un déficit du cycle courant d'exploitation, provenant essentiellement du budget principal et du budget annexe de l'EHPAD.

Le résultat net comptable consolidé de l'ensemble des budgets est déficitaire, en moyenne, de 5,78 M€ sur toute la période, et de 6,55 M€, une fois retraité des opérations exceptionnelles, notamment l'aide de l'agence régionale de santé (ARS) de 4,65 M€. La contribution du budget principal à cette situation est de - 5,1 M€ et celle de l'EHPAD de - 0,75 M€. Toutefois, en tendance, le déficit consolidé se réduit depuis 2017, passant de 9,53 M€ à 4,48 M€ en 2019, du fait essentiellement, de l'amélioration de celui du budget principal (4,12 M€ en 2019 contre 8,93 M€ en 2017).

⁴ Le budget annexe « A » de la dotation non affectée (0,004 M€) a été supprimé fin 2016, comme le « B » de l'unité de soins de longue durée (5,7 M€) suite à la cession de l'autorisation de l'activité à la polyclinique de Grande-Synthe à partir du 1^{er} janvier 2015. Les autres budgets annexes sont aussi financièrement peu significatifs : le « P » du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (4 M€), le « G » du groupement hospitalier de territoire (0,2 M€), créée en 2017 et le « C » de l'institut de formation en soins infirmiers (2,6 M€ en moyenne). Le résultat de ce dernier est tantôt déficitaire, tantôt excédentaire. Il influe toutefois à la marge le résultat global du CHD.

Tableau n° 1 : Principales données financières 2014-2019

En €	COMPTES FINANCIERS					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Produits consolidés	185 034 635	182 747 582	184 421 963	184 989 331	186 253 106	189 872 108
<i>dont budget principal H</i>	165 477 466	168 346 235	169 660 435	170 264 336	171 817 418	175 146 797
Charges consolidées	188 872 214	187 112 686	189 553 268	194 519 361	193 590 208	194 352 416
<i>dont budget principal H</i>	168 657 328	172 003 702	173 785 413	179 189 893	178 395 039	179 266 284
Résultat net comptable consolidé	-3 837 579	-4 365 104	-5 131 305	-9 530 030	-7 337 102	-4 480 308
<i>Déficit structurel : retraité des charges/produits exceptionnels</i>	-7 277 674	-4 365 104	-6 631 306	-8 287 508	-7 337 102	
<i>dont budget principal H</i>	-3 179 862	-3 657 477	-4 124 978	-8 925 557	-6 577 621	-4 119 487
<i>Déficit structurel : retraité des charges/produits exceptionnels</i>	-5 823 968	-3 657 477	-5 624 978	-7 683 000	-6 577 621	
Marge brute d'exploitation consolidée	7 549 542	6 054 722	5 197 966	2 861 003	3 607 192	
<i>dont budget principal H</i>	8 006 605	6 003 428	5 652 078	2 511 356	3 726 884	
CAF brute consolidée	6 394 718	4 360 629	3 127 714	-286 143	1 205 504	4 744 032
<i>dont budget principal H</i>	6 824 069	4 300 726	3 632 838	-371 991		
<i>retraitée aide exceptionnelle ARS*</i>	3 248 718		1 627 714			
Annuité en capital	2 902 374	3 203 724	3 591 287	3 373 067	4 041 068	4 903 794
CAF nette	3 492 344	1 156 905	-463 573	-3 659 210	-2 835 564	-159 762
<i>retraitée aide exceptionnelle ARS*</i>	346 344		-1 963 573			
Insuffisance d'autofinancement				-286 143		

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers du CHD.

* Aide de l'ARS de 3,15 M€ en 2014 et d'1,5 M€ en 2016.

Malgré la signature de deux contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) avec l'ARS, le centre hospitalier de Dunkerque n'a pas été en mesure d'équilibrer son cycle courant d'exploitation au cours de la période sous revue. Les charges de production du service sont, en effet, structurellement plus élevées que les produits.

Le résultat déficitaire a, dès lors, fortement obéré sa capacité d'autofinancement brute jusqu'en 2018.

Sur la période, celle-ci n'assure pas, avec 19,8 M€ en cumulé, la couverture de l'annuité en capital du budget consolidé, qui est de 21,4 M€ (cf. tableau n° 2 ci-après).

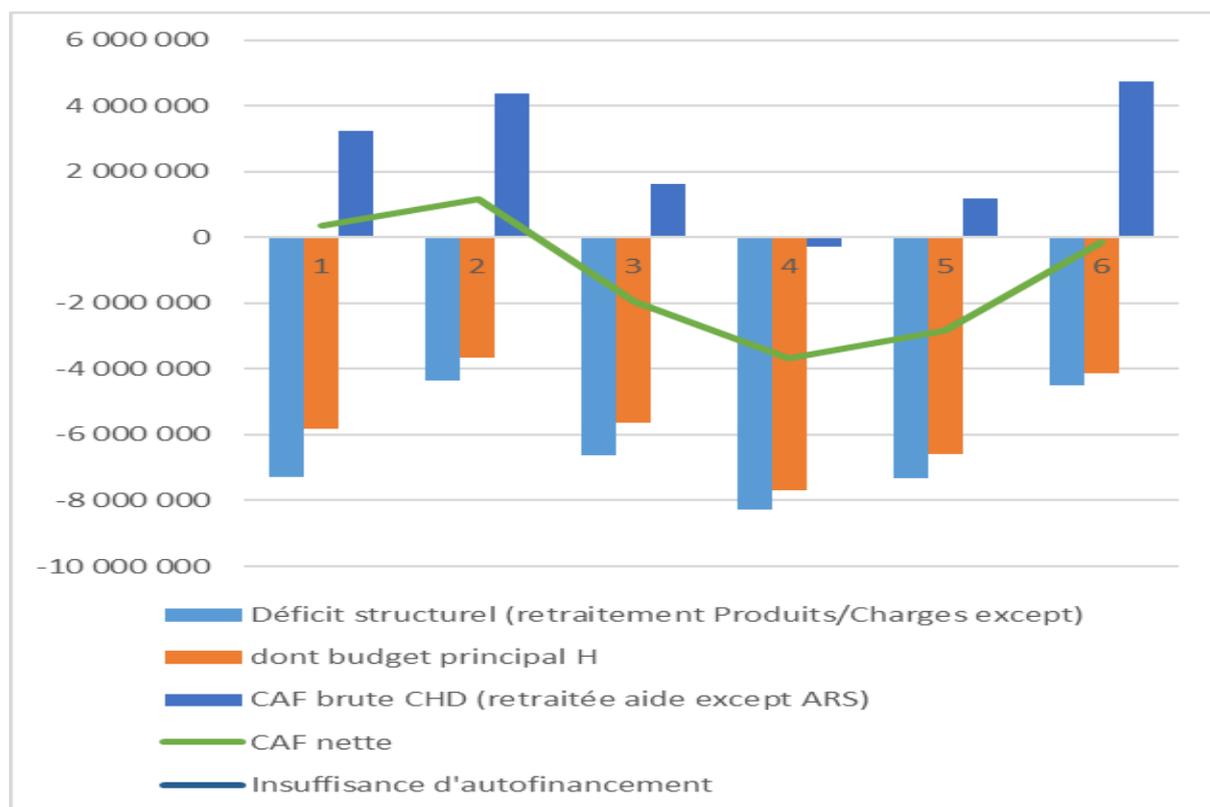
En 2016, la capacité d'autofinancement brute (CAF) consolidée de 3,13 M€, obtenue grâce au versement, cette année-là, d'une nouvelle aide d'1,5 M€ de l'ARS, n'est pas suffisante pour assurer l'amortissement de l'annuité en capital de la dette de 3,6 M€⁵. L'exercice 2017 présente une situation encore plus dégradée, avec une CAF brute négative de moins de 0,3 M€.

La restauration de la CAF brute en 2018 (1,2 M€) ne permettait pas à l'établissement de santé de faire face à ses obligations de débiteur des organismes de crédit (4,04 M€ en 2018). Son amélioration significative en 2019 (4,75 M€) permet la couverture du remboursement de la dette en capital de 4,27 M€.

⁵ Hors l'aide exceptionnelle de l'ARS, la CAF nette négative d'1,96 M€ se creuse.

Dans sa réponse, le directeur en fonctions au cours du contrôle de la chambre indique que « les démarches entreprises dans l'objectif du retour à l'équilibre vont conduire [le centre hospitalier] à améliorer sa CAF, qui couvrira les remboursements d'emprunt dès 2020, tel que présenté dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2020-2024 validé par l'ARS le 22 janvier 2020 ».

Graphique n° 1 : Déficit et épargne du centre hospitalier de Dunkerque 2014-2019



Source : chambre régionale des comptes à partir des données 2014 à 2019 des comptes financiers du CHD.

Toutefois, sous l'effet de la progression de l'activité (excepté en 2015), la tendance depuis 2014 est à la hausse des produits consolidés de + 2,6 %, et plus significativement de ceux du budget principal de + 5,85 %. En parallèle, après une augmentation sensible de 5,7 M€ jusqu'en 2017, le montant des charges se stabilise aux environs de 194,5 M€ entre 2017 et 2019 (179,2 M€ pour le budget principal).

La période ouverte en 2018 amorce donc la restauration progressive de l'équilibre financier du cycle courant d'exploitation. En 2019, les résultats sont meilleurs grâce à une augmentation plus importante des produits (+ 2 %) que des charges (0,5 %).

1.1.2 Les conséquences des risques pris pour le financement d'un plan d'investissement trop ambitieux

Le besoin de financement des immobilisations de l'hôpital s'est élevé à 72 M€ sur la période 2014-2019. Il est, pour sa plus grande part, apparu entre 2016 et 2018 (50,5 M€), période de dégradation significative de la situation financière.

Le CHD conduit une politique d'investissement ambitieuse. Elle résulte des engagements pris par l'établissement pour la réorganisation du territoire de santé et la modernisation du système de santé du Dunkerquois, notamment, à travers le projet national « Hôpital 2022 »⁶.

Les dépenses ont été engagées à hauteur de 62,2 M€ pour le projet immobilier de travaux et des installations techniques avec le plan « Hôpital 2020 », l'équipement médical avec notamment l'évolution de l'imagerie médicale, l'adaptation du système d'information, ainsi que pour l'investissement d'entretien courant du centre hospitalier.

Ces investissements, en particulier la rénovation et l'adaptation technique du patrimoine (36 M€), contribuent à l'attractivité du CHD. Ils font apparaître, par contraste, l'état général de vétusté des autres bâtiments aux coûts d'exploitation élevés, qui invite à poursuivre la réflexion d'ensemble sur les pathologies du bâti, tant externes qu'internes. L'investissement courant de 23,75 M€ a eu, selon le directeur en fonctions au cours du contrôle de la chambre, pour objectif le soutien de l'activité d'exploitation de l'hôpital. Il indique, dans sa réponse, que sur la période 2018-2019, il a représenté 43,75 % de l'effort total d'investissement de l'établissement. En 2020, il devrait atteindre 100 %.

L'adaptation du système d'information de santé est en cours. La mise en œuvre du schéma directeur 2016-2020 est progressive. Ces opérations n'ont pas été entièrement réalisées (2,45 M€). Toutefois, le paiement en ligne, l'accès au « dossier patient informatisé » à distance, la confirmation des rendez-vous par SMS, de même que la gestion des lits, celle des repas, du temps médical et non médical, l'informatisation du « dossier patient central », la dictée numérique et le pilotage médico-économique, constituent des avancées significatives pour améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et l'organisation interne de l'établissement.

Comme vu *supra*, l'ensemble de ces dépenses d'équipement n'a pu être financé sur fonds propres en raison notamment de l'insuffisance d'épargne issue du cycle d'exploitation, à l'exception des exercices 2014, pour 3,49 M€ (grâce à l'aide en fonctionnement de l'ARS de 3 M€), et 2015, pour 1,16 M€.

Par ailleurs, avec un résultat déficitaire récurrent, le CHD est confronté à la réduction progressive de ses réserves.

⁶ Construction du pôle de périnatalité ; rénovation du pôle énergie électrique et construction du plateau unique de consultations de chirurgie et de médecine ; plateau unique d'imagerie diagnostique ; extension et mise aux normes du bloc opératoire ; installation d'un service de médecine nucléaire ; création d'un nouveau service de réanimation-soins continus et unité de dialyse, installation d'une nouvelle unité de chirurgie ambulatoire et épaissement des rotules ; remettre à niveau les applications informatiques administratives ; approfondir l'informatisation du dossier de soins ; renforcer l'urbanisation du SI hospitalier (interfaces : identité patient, comptes rendus des produits...) ; déployer les équipements d'informatisation des différents secteurs.

Aussi, sa capacité de financement des investissements de 72 M€ est constituée d'emprunts à hauteur de 72,6 %, de dotations et subventions pour 16,7 % et de cessions d'éléments d'actif pour 10,7 %.

L'ARS a versé des aides en capital à hauteur de 9 M€ entre 2015 et 2017 afin de financer le projet « Hôpital 2020 ».

Malgré ce soutien de l'autorité de tutelle, insuffisant toutefois pour assurer l'équilibre financier, le recours massif à l'emprunt a alourdi la charge de la dette, qui atteint 74,2 M€ en 2019. Sa dépendance financière⁷ à l'égard des organismes de crédit ne cesse de progresser. Elle est de 81,3 % en 2019. Corrélativement, la capacité de désendettement⁸ a atteint 11 ans en 2014, 59 ans en 2018 puis ramenée à 16 ans en 2019.

Ce constat met en évidence le caractère non soutenable de la politique d'investissement menée depuis 2014, laquelle ne s'appuyait pas sur un modèle médico-économique viable et sur une stratégie financière d'ensemble maîtrisée.

Dans sa réponse, M. Donius, directeur alors en fonctions, indique que ce ratio « est projeté à 10 ans en 2020 et continue à se réduire sur toute la période du PGFP ». Il souligne, par ailleurs, que « le taux d'endettement du CHD, de 40 %, reste dans la moyenne nationale des centres hospitaliers [...] et que son fonds de roulement reste toujours compatible avec son besoin au fonds de roulement, comme l'indiquent les projections faites lors de l'élaboration du PGFP 2020 ».

Il souligne, par ailleurs, « que le Pacte de Performance 2022 contractualisé avec l'agence régionale de santé le 30 juillet 2018 a été élaboré dans le but d'atteindre une maîtrise de la stratégie financière, et est en passe d'y parvenir ». Pour la chambre, au regard des enjeux d'adaptation et de modernisation en cause, il appartiendra au CHD, en lien avec son autorité de tutelle, de rechercher un juste équilibre entre ses besoins et sa capacité de financement propre.

⁷ Le ratio de dépendance financière rapporte les dettes à moyen et long terme aux capitaux permanents.

⁸ Calculée par le rapport de l'encours de la dette sur la CAF brute.

Tableau n° 2 : Tableau de financement de l'investissement (TDF) 2014-2019

en €	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Insuffisance autofinancement				286 143			
Annuité en capital	2 902 374	3 203 724	3 591 288	3 373 067	4 041 068	4 274 419	21 385 940
Immobilisations	8 797 634	6 261 048	14 778 580	15 465 657	20 174 864	6 469 912	71 947 695
Autres emplois	1 600	232	0	2 206	0	0	
TOTAL EMPLOIS	11 701 608	9 465 004	18 369 868	19 127 073	24 215 932	10 744 331	
Apport au fonds de roulement	1 514 680	3 150 439		4 572 739		3 437 506	12 675 364
TOTAL EQUILIBRE DU TDF	13 216 288	12 615 443	18 369 868	23 699 812	24 215 932		
CAF BRUTE	6 394 718	4 360 629	3 127 714	0	1 205 504	4 744 032	19 832 597
Emprunts et dettes	6 014 700	3 008 850	245 752	19 985 974	14 581 235	8 378 851	52 215 362
Dotations et subventions	610 165	5 142 653	2 066 210	2 011 824	1 200 793	1 005 806	12 037 451
Autres ressources	196 706	103 311	4 327 682	1 702 014	1 330 455	53 148	7 713 316
TOTAL RESSOURCES	13 216 289	12 615 443	9 767 358	23 699 812	18 317 987	14 181 837	71 966 129
Prélèvement sur fonds de roulement			8 602 510		5 897 945		14 500 455
TOTAL EQUILIBRE DU TDF	13 216 289	12 615 443	18 369 868	23 699 812	24 215 932	14 181 837	

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers du CHD.

La gravité de la situation, résultant des défaillances structurelles du modèle médico-économique entre 2014 et 2017, a justifié l'élaboration en 2018, en urgence, d'une nouvelle stratégie, en cours de mise en œuvre.

Quelles que soient les raisons de la détérioration du résultat, propres à chaque exercice, les constats généraux effectués ont mis en évidence l'incapacité de l'établissement, dans les conditions de gestion de la période 2014 à 2019, à préserver ses équilibres financiers.

1.2 Les limites du modèle médico-économique pour redresser la trajectoire financière du CHD

Malgré la mise en œuvre de deux contrats successifs de retour à l'équilibre financier (CREF) à compter de 2016, la situation du centre hospitalier de Dunkerque demeure très obérée. Toutefois, l'environnement évolue à partir de 2018.

1.2.1 Un premier modèle médico-économique défaillant entre 2014 et 2017

La période 2014-2017 met en évidence les faiblesses du modèle économique de l'établissement. Le niveau des recettes d'activité n'était, structurellement, pas en mesure de couvrir les dépenses du cycle courant d'exploitation, à hauteur de 4,8 M€ en moyenne sur les quatre ans. La situation est similaire pour l'EHPAD, à hauteur de 0,8 M€.

En valeur absolue, la croissance des dépenses (+ 10,5 M€) était plus de deux fois supérieure à celle des recettes (+ 4,8 M€) sur la période. Si l'augmentation de la dépense de personnel (+ 6,2 M€) était compensée par la progression des produits de l'assurance maladie (+ 6,5 M€), les économies de 2,3 M€ dans le domaine hôtelier et général ne couvraient pas la progression des charges à caractère médical de 6,5 M€.

Tableau n° 3 : Résultat budget « H » 2014-2017

Budget principal H	COMPTES FINANCIERS				
	2014	2015	2016	2017	2014-2017
T1 : charges de personnel	97 443 380	101 651 748	102 499 697	103 646 605	6 203 225
T2 : charges à caractère médical	34 200 392	37 689 251	38 644 646	40 670 652	6 470 260
T3 : charges à caractère hôtelier et général	22 231 903	20 722 059	20 153 072	19 982 196	-2 249 707
T4 : amortissements, provisions, dépréciations, financières, exceptionnelles	14 781 653	11 940 644	12 487 998	14 890 440	108 787
TOTAL CHARGES	168 657 328	172 003 702	173 785 413	179 189 893	10 532 565
T1 : Produits Assurance Maladie	118 002 079	124 549 605	124 028 880	124 635 028	6 632 949
T2 : autres produits activité hospitalière	13 159 005	14 312 546	15 128 931	12 955 917	-203 088
T3 : autres produits	34 316 381	29 484 085	30 502 625	32 673 392	-1 642 989
TOTAL PRODUITS	165 477 465	168 346 236	169 660 436	170 264 337	4 786 872
RESULTAT	-3 179 863	-3 657 466	-4 124 977	-8 925 556	-4 971 966
RESULTAT retraité	-5 823 968	-3 657 477	-5 264 978	-7 683 000	-5 607 356

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du CHD.

Dans sa réponse, le directeur en fonctions lors du contrôle souligne que « la préparation de la certification des comptes a eu des impacts significatifs sur le montant des provisions, expliquant l'évolution des charges certaines années. Concernant les charges de titre 2, le développement de l'activité d'oncologie et d'hématologie contribue à expliquer la hausse observée, le recours à des thérapeutiques particulièrement coûteuses (par ailleurs majoritairement compensées en produits) étant nécessaire. Il convient par ailleurs de rappeler l'impact de la baisse des tarifs jusqu'en 2017 et de la fin de la facturation des transports SMUR secondaires (soit 1,05 M€) ».

À la suite de la disparition du groupement de coopération sanitaire (GCS) Flandre Maritime fin 2013, le centre hospitalier se trouve confronté, pour la première fois depuis le passage au mode de financement par les recettes d'activité (« tarification à l'activité », dite « T2A », à 100 %), à devoir supporter la totalité de ses charges et de ses produits. Afin d'accompagner ces évolutions et faire face aux impacts financiers de celles-ci, l'ARS lui octroie alors une aide exceptionnelle de 3 M€.

Dans sa réponse, M. Saldumbide, ancien directeur, précise que la fin du mode de financement avantageux mis en place dans le cadre du GCS a conduit le CHD à reconstruire rapidement un modèle médico-économique, qui n'a été compensé que partiellement par l'ARS.

Le premier contrat de retour à l'équilibre financier (CREF, versions 1 et 2) signé avec l'autorité de tutelle était d'un montant de 9,1 M€. Il concernait, essentiellement, le compte principal « H », et le budget de l'EHPAD, qui présentait, également, des difficultés financières (déficit d'1 M€ en 2016 contre 0,8 M€ en 2014 et 2015, qui se réduit en 2017 à 0,5 M€).

Le rétablissement de l'équilibre financier de l'hôpital est contractuellement prévu en quatre ans, avec 5,7 M€ d'économies en dépenses et 3,4 M€ de gains de recettes. Son levier principal réside donc dans la maîtrise des charges.

En 2016 et 2017, l'établissement voit, malgré un taux de réalisation de 84 % des mesures du CREF, son déficit structurel se dégrader de 4 M€ par rapport à 2015.

Comme le montre le tableau n° 4 ci-dessous, les deux premières années d'exécution du contrat atteignent l'objectif fixé en dépenses avec une réalisation à 98 %, mais pas en recettes avec seulement 61 %.

Objectif prioritaire, la réduction des dépenses (2,8 M€ pour les deux premières années) s'est révélée insuffisante pour compenser la croissance des charges (+ 7,2 M€ entre 2015 et 2017). Les gains de recettes (1,7 M€ pour les deux premières années) n'ont pas permis de faire face à une évolution défavorable de l'activité d'hospitalisation (estimée à - 2,6 M€ en 2016), aux conséquences des mesures issues du plan triennal de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM⁹) sur les tarifs¹⁰ (estimée à - 2 M€ sur les deux ans) ainsi qu'à la stagnation des dotations de missions de services publics et à la survenance d'aléas de gestion (- 2 M€, notamment avec l'arrêt de la facturation des transports SMUR à l'assurance maladie pour 1,05 M€).

Malgré ses faibles résultats, la mise en œuvre du premier contrat de retour à l'équilibre financier était nécessaire, dans le contexte global de réorganisation stratégique de l'offre de soins du CHD. Selon les projections de la chambre, les déficits auraient été plus importants (cf. tableau n° 4 ci-dessous¹¹), de 6,6 M€ en 2016 et de 11 M€ en 2017.

Si le contrat avait été intégralement mis en œuvre, le déficit aurait été de 5,2 M€ en 2016 (dans la simulation du tableau n° 4 ci-après), soit légèrement inférieur à celui constaté (- 5,7 M€). En 2017, la situation aurait été similaire, de 7,3 M€ contre 7,7 M€ réalisé.

⁹ « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux » (source : www.vie-publique.fr).

¹⁰ L'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2015-2017 : financement minoré de l'ambulatoire, baisse des tarifs et stagnation des dotations de missions de services publics ne finançant plus l'évolution tendancielle des coûts.

¹¹ La simulation consiste à mesurer, à partir du résultat enregistré qui inclut les économies de dépenses et les gains de recettes réalisés, le niveau de celui-ci si le contrat avait été réalisé dans son intégralité (différence entre la prévision et la réalisation effective : minoration du déficit) et si aucun contrat n'avait été mis en œuvre (accentuation du déficit).

Tableau n° 4 : Le CREF (versions 1 et 2) pour 2016-2019 mis en œuvre en 2016 et 2017

Budget H	2016	2017	2018	2019	TOTAL PRE V1+V2
ACTIONS CREF ECONOMIES DEPENSES					
CREF 2016-2019 prévu	-1 559 097	-1 251 311	-1 971 680	-915 408	-5 697 496
CREF 2016-2019 réalisé	-1 482 557	-1 281 688	abandon	abandon	
	Comptes financiers			CF provisoire	
Charges réalisées	173 785 413	179 189 893	178 395 039	179 405 225	
Charges si CREF prévu avait été exécuté intégralement	173 708 873	179 220 270			
ACTIONS CREF GAINS RECETTES					
CREF 2016-2019 prévu	872 908	868 164	755 015	907 425	3 403 512
CREF 2016-2019 réalisé	566 875	497 395	abandon	abandon	
	Comptes financiers			CF provisoire	
Produits réalisés	169 660 436	170 264 336	171 817 418	174 517 891	
Produits si CREF prévu avait été exécuté intégralement	169 966 469	170 635 105			
Résultat réalisé avec CREF exécuté	-4 124 977	-8 925 557	-6 577 622	-4 887 334	
Résultat retraité	-5 624 978	-7 683 000			
Résultat réalisé si pas de CREF	-6 556 982	-11 045 032	-8 580 787	-11 994 043	
Résultat si CREF prévu avait été exécuté intégralement	-3 742 404	-8 585 165	0	0	
Résultat retraité simulé	-5 242 404	-7 342 608			
	PRE à 2,43 M€	PRE à 2,12 M€			
Taux d'exécution du CREF et Parcours Performance 2022	Exécution 2 049 432	Exécution 1 779 083			
	84%	84%			

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du bilan du CREF versions 1 et 2 du centre hospitalier de Dunkerque – simulation de la chambre régionale.

L'abandon, fin 2017, du contrat en cours d'exécution par la direction de l'hôpital et l'ARS traduit ses limites face aux enjeux du déficit structurel de l'établissement.

Le modèle économique porté par ce plan de retour à l'équilibre sous-estimait l'effort à produire en matière de développement de l'activité génératrice de recettes supplémentaires, nécessaire dans le contexte de contraintes budgétaires imposées par l'ONDAM.

Son présupposé était que l'établissement atteignait son niveau d'activité optimal au regard de son potentiel. Or, la réflexion sur les possibilités réelles d'accroissement de l'activité pour rétablir durablement l'équilibre n'a pas été conduite. Par ailleurs, le lien économique entre la réduction des charges et le gain attendu en produits n'a pas été établi dans le modèle envisagé. Ces carences ont été préjudiciables à l'établissement.

1.2.2 De nouvelles orientations à partir de 2018

La refondation du volet médico-économique du projet d'établissement est inscrite dans un nouveau document stratégique élaboré courant 2018, intitulé « *Pacte Performance 2022 : réussir ensemble* ». Après avoir fait l'évaluation critique de la période précédente, le document précise « *Le présent Pacte Performance 2022 a, dans ces conditions, pour objectif de rétablir de manière structurelle la situation médico-économique du centre hospitalier de Dunkerque et de garantir ainsi sa capacité à poursuivre sa dynamique de projet* ».

Si la conception de celui-ci s'inscrit dans la continuité des actions de maîtrise des charges engagées précédemment, elle s'appuie aussi sur la relance prioritaire de l'activité et de son développement.

Fondée sur le postulat de la valorisation du potentiel de développement de l'activité de l'établissement, la réflexion s'oriente vers la mise en adéquation d'une évolution maîtrisée de la croissance des charges en vue d'un gain de recettes optimisé. La relation économique entre la dépense et la recette est donc désormais établie, la première étant envisagée comme levier multiplicateur de la seconde.

Ce choix économique ne peut être envisagé qu'à la faveur de l'engagement du renouvellement du projet d'établissement, basé sur une démarche participative mobilisatrice des personnels (notamment médicaux) et une gouvernance assise sur des dispositifs formalisés, précis et réguliers, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des actions. Le projet managérial du directeur vise à réunir ces conditions de succès.

Le « Pacte Performance 2022 » constitue la base du nouveau CREF pour la période 2018-2022, signé avec l'ARS le 30 juillet 2018. Ce dernier, d'un montant de 12,3 M€, ne recouvre cependant pas en totalité les propositions du modèle économique de l'établissement¹².

Ses résultats en 2018 et 2019 sont résumés dans le tableau n° 5 ci-après, avec une simulation de la chambre identique à la précédente.

¹² Trois scénarios sont élaborés en conséquence. La contractualisation avec l'ARS retient un niveau de gains nets de 12,3 M€, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) enregistre 13,6 M€ et la version complète du « Pacte Performance 2022 » s'établit à 16,8 M€.

Tableau n° 5 : Le « Pacte performance 2022 », le CREF et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour 2018-2022

Budget H	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL CREF 2018-2022	TOTAL PGFP	TOTAL Pact. Perf 2022	Gains nets
ACTIONS CREF ECONOMIES DEPENSES									
CREF 2016-2019 prévu	-1 971 680	-915 408							
CREF 2016-2019 réalisé	abandon	abandon							
CREF 2018-2022 prévu	274 371	-99 307	-426 885	249 164	0	-2 657			
PGFP 2018-2022 prévu	274 371	-99 307	-426 885	-54 320	-306 469		-612 610		
Parcours Performance 2018-2022 prévu	274 371	-99 307	-140 614	231 911	275 289			541 650	
CREF 2018-2022 réalisé	-296 720	-1 207 596	879 330	79 203	-336 033	-881 816			
PGFP 2018-2022 réalisé	-296 720	-1 207 596	879 330	79 203	-336 033		-881 816		
Parcours Performance 2018-2022 réalisé	-296 720	-1 207 596	879 330	79 203	-336 033			-881 816	
	Comptes financiers		PGFP	PGFP	PGFP				
Charges réalisées	178 395 039	179 266 284							
Charges si CREF prévu avait été exécuté intégralement	178 966 130	180 374 573	182 272 278	183 327 248	183 611 061				
ACTIONS CREF GAINS RECETTES									
CREF 2016-2019 prévu	755 015	907 425							
CREF 2016-2019 réalisé	abandon	abandon							
CREF 2018-2022 prévu	2 277 536	7 007 402	2 080 027	898 929	0	12 263 894			12 266 551
PGFP 2018-2022 prévu	2 277 536	7 007 402	2 080 027	1 278 116	385 532		13 028 613		13 641 223
Parcours Performance 2018-2022 prévu	2 861 344	7 550 662	2 688 165	1 762 030	2 448 985			17 311 186	16 769 536
CREF 2018-2022 réalisé	2 322 057	3 774 634	5 123 025	2 335 042	2 700	13 557 458			14 439 274
PGFP 2018-2022 réalisé	2 322 057	3 774 634	5 123 025	2 335 042	2 700		13 557 458		14 872 213
Parcours Performance 2018-2022 réalisé	2 322 057	3 774 634	5 123 025	2 335 042	2 700			13 557 458	14 872 213
	Comptes financiers		PGFP	PGFP	PGFP				
Produits réalisés	171 817 418	175 146 797							
Produits si CREF prévu avait été exécuté intégralement	171 772 897	178 379 565	181 398 221	183 892 455	185 482 725				
Résultat réalisé avec CREF exécuté	-6 577 622	-4 887 334	-874 057	565 207	1 871 664				
Résultat réalisé si pas de CREF	-8 580 787	-11 994 043	-3 380 969	-84 558	1 871 664				
Résultat si CREF prévu avait été exécuté intégralement	-7 193 233	-1 995 008	-874 057	565 207	1 871 664				
	CREF à 2 M€	CREF à 7,1 M€	CREF à 2,5 M€	CREF à 0,65 M€	CREF à 0 M€				
Taux d'exécution du CREF et Parcours Performance 2022	Exécution	Exécution	Exécution	Exécution	Exécution				
	2 618 777	4 982 230	4 243 695	2 255 839	338 733				
	131%	70%	170%	385%	340%				

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers, de l'EPRD, du PGFP 2020-2024 et des bilans d'évaluation du « Pacte Performance 2022 » du CHD – simulation de la chambre régionale.

L'impact de l'action engagée est sensible sur le résultat dès 2018, qui se réduit d'1,1 M€ par rapport à 2017 et à nouveau d'1,7 M€ entre 2018 et 2019. Il est la conséquence des niveaux de réalisation des objectifs de gains nets : 131 % en 2018 et 70 % en 2019.

L'exécution du plan de retour à l'équilibre en 2018 et 2019 ne s'effectue pas, cependant, conformément aux hypothèses du modèle envisagé. En 2018, alors qu'il était prévu une croissance des charges de 0,27 M€, une diminution de celles-ci de 0,3 M€ est constatée. Les gains de recettes prévus à hauteur de 2,27 M€ sont atteints et légèrement dépassés avec 2,32 M€. En 2019, la progression des économies de charges (1,2 M€) dépasse significativement la prévision (0,1 M€). En revanche, l'objectif ambitieux de croissance des recettes de 7 M€ n'est pas du tout atteint, avec seulement 3,8 M€.

Nonobstant l'inexécution des hypothèses économiques du CREF, la dynamique de rétablissement de la situation financière est engagée. L'effort de maîtrise des charges se poursuit avec des résultats supérieurs aux prévisions, tandis que la réalisation des recettes, bien qu'en croissance, marque le pas par rapport aux engagements du contrat. Dans la simulation, l'atteinte de l'objectif fixé en recettes en 2019 aurait permis de réduire le déficit à 2 M€ contre 4,12 M€ réalisé.

Un point de vigilance doit, sur ce point, être signalé. Le modèle économique reposait, en grande partie, sur le développement de l'activité et donc des recettes. Aussi, malgré leur hausse significative en 2019, cet exercice constitue une contre-performance par rapport aux prévisions du CREF. Cela doit alerter pour les années à venir.

Avant même les conséquences financières de la crise sanitaire, la trajectoire financière du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et du Pacte était volontariste, envisageant un retour à l'équilibre financier dès 2021, à hauteur de 0,5 M€.

Du fait des incertitudes relevées les deux premières années, sur la réalisation des recettes, la chambre estime que, dans le cadre du nouveau modèle, le retour à l'équilibre est largement conditionné au développement de l'activité et à la nécessité de réaliser d'importantes optimisations des coûts, ce qui était déjà hypothétique et aléatoire fin 2019. Aussi, les résultats prévisionnels pour 2020 et 2021, très sensibles à la réalisation des hypothèses de recettes retenues dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2020, n'auraient admis aucun dérapage de l'évolution des charges.

Les effets de l'état d'urgence sanitaire remettent certainement en question la trajectoire envisagée dans le PGFP 2020-2024. Ses conditions devront sans doute être redéfinies.

1.2.3 Le pilotage des effectifs

La gestion des effectifs est un enjeu majeur pour un établissement public de santé. En effet, le personnel est le facteur déterminant de l'évolution de l'activité. Le pilotage des ressources humaines doit s'inscrire dans une triple recherche, de maîtrise du bon niveau des effectifs en adéquation avec le volume d'activité projeté, de l'attractivité médicale et de l'optimisation des ressources existantes. L'ensemble des données fondant les analyses de la chambre figurent en annexe n° 1 du présent rapport.

L'évolution de la masse salariale entre 2014 et 2020 est irrégulière, bien que, dans son ensemble, maîtrisée. Hormis l'année 2015¹³, la croissance, intégrant des charges incompressibles, se situe entre 0,8 % (2016) et 2,4 % (2018). Elle correspond à la phase de mise à niveau des effectifs au service du développement de l'activité et de son attractivité.

¹³ L'année 2015 est particulière : la hausse de 4,3 % constatée, est en grande partie due à la réintégration au budget principal des agents de l'unité de soins de longue durée ensuite mis à disposition du GCS de moyens du projet hospitalier du Dunkerquois et de la polyclinique de Grande-Synthe.

Tableau n° 6 : Évolution de la masse salariale 2014-2020

Budget principal H	COMPTES FINANCIERS					CF 2019 anticipé	EPRD 2020
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
T1 : charges de personnel	97 443 380	101 651 748	102 499 697	103 646 605	106 082 767	107 370 527	109 547 927
Evolution en %		4,3%	0,8%	1,1%	2,4%	1,2%	2,0%

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers et de l'EPRD 2020.

La structure de la masse salariale du compte principal évolue sensiblement entre 2014 et 2020. La part du personnel non médical diminue, passant de 75 % à 72,4 % au profit de celle du personnel médical, qui est portée de 25 % en 2014 à 27,6 % en fin de période. Cette évolution est conforme à la stratégie de renforcement de la démographie médicale, portée par le « Pacte performance 2022 ». L'attractivité de l'établissement pour le personnel médical reste, cependant, une préoccupation constante tout au long de la période. Comptabilisé en 2014 à hauteur de 250,25 ETPR¹⁴, le nombre des agents retrouve ce niveau en 2018, avec 252 ETPR.

Dans sa réponse, le directeur en fonctions lors du contrôle tient à préciser que cette évolution doit intégrer le fait « qu'en raison de l'existence du groupement de coopération sanitaire Projet hospitalier du Dunkerquois, toute la masse salariale nécessaire pour la production des soins ne figure pas au titre 1 du compte de résultat principal : une partie est intégrée au titre 3 dans les contributions aux GCS. Au fur et à mesure des départs des professionnels salariés de la Polyclinique de Grande-Synthe les contributions aux GCS diminuent au profit d'une augmentation de la masse salariale. Par ailleurs, le compte de résultat principal comporte, au titre 1, la masse salariale mise à disposition de la Polyclinique de Grande-Synthe pour l'activité de l'Unité de Soins de Longue Durée ».

La masse salariale de l'EHPAD et de l'institut de formation aux soins infirmiers est quasi-exclusivement constituée par le personnel non médical, respectivement 97 % et 99,7 %. Ces deux organismes ont vu leur effectif renforcé, contribuant ainsi à leur attractivité.

Le recours à du personnel extérieur pour soutenir l'activité du centre hospitalier est significatif. La part des agents contractuels dans le domaine non médical décroît tout au long de la période passant de 19,3 % en 2014 à 13,4 % en 2020, tandis que celle du personnel titulaire augmente. En parallèle, un mouvement de transformation des contrats à durée déterminée en contrats à durée indéterminée s'amorce en 2020 (+ 9,5 %). Cette politique contribue à fidéliser les agents pour mieux les inscrire dans le projet de l'établissement.

L'activité est fortement déterminée par le recours à un personnel médical contractuel et vacataire. La période 2014-2017 se caractérise par la stabilité de la part de ce type de personnel, aux alentours de 38 %. Dans le même temps, le personnel titulaire croît régulièrement, + 3,4 % en 2015, + 2,7 % en 2016 et + 2,8 % en 2017. Entre 2018 et 2020, la part des praticiens contractuels s'accroît, passant de 41 % en 2018 à 54,3 % en 2020. La dynamique de relance de l'activité est, en conséquence, fondée sur le recrutement d'un personnel contractuel, essentiellement constitué, selon la réponse du directeur en fonctions lors du contrôle de la chambre, de médecins au statut d'assistants des hôpitaux et de praticiens hospitaliers

¹⁴ ETPR : équivalent temps plein rémunéré.

contractuels en attente d'une future titularisation. Cette situation, corrélée avec la diminution constatée du nombre de praticiens titulaires en fin de période (- 7,5 % en 2019 et - 2 % en 2020), due à la pyramide des âges de l'hôpital, traduit, toujours selon le directeur, « l'attractivité de l'établissement auprès des jeunes médecins formés à la faculté de médecine de Lille ».

Le présentisme est le facteur clé du fonctionnement d'un établissement public de santé. Il est une condition essentielle de l'amélioration de son activité. Il participe de la réalisation des économies recherchées en limitant les charges de remplacement. À l'inverse, au cas d'espèce, l'absentéisme au sein du CHD constitue une préoccupation, d'autant qu'il tend à s'accroître. En 2019, il atteint 11,56 % (entre janvier et novembre). Dans son document : « *Stratégie de lutte contre l'absentéisme* », l'hôpital reconnaît se situer dans une fourchette haute par rapport à des établissements de même catégorie.

La lutte contre l'absentéisme est intégrée dans les mesures de recherche d'efficience des deux plans de retour à l'équilibre¹⁵. L'objectif est de le ramener à 8,5 % d'ici à 2022.

En conclusion, le pilotage de la masse salariale est effectif. En tant qu'enjeu essentiel de réussite du modèle médico-économique choisi, sa croissance doit, en permanence, être suivie en cohérence avec le développement de l'activité.

1.2.4 La politique d'investissement non soutenable

La restauration de l'équilibre du cycle courant d'exploitation, programmée dans le CREF et le « Pacte performance 2022 », avait pour objet de garantir, de manière structurelle, la capacité de l'établissement à poursuivre sa politique d'investissement. La réapparition d'une capacité de financement propre permettait d'envisager la décélération nécessaire du recours à l'emprunt.

Sur la période 2020-2024, le plan pluriannuel d'investissement s'élève à 34,3 M€, soit une moyenne annuelle de dépenses de 6,86 M€, contre 12,16 M€ entre 2014 et 2019. Cette nette décélération est la conséquence de la fin de l'opération « Hôpital 2022 » et de la maîtrise des autres projets, corrélée à la restauration des capacités financières de l'établissement et de la stratégie financière de désendettement.

Toutefois, la chambre observe que, dans ce scénario, le désendettement n'était pas suffisant. En effet, il ne satisfaisait pas complètement aux critères nationaux de durée apparente¹⁶ de la dette, de niveau de taux d'indépendance financière devant être inférieur à 50 %, alors qu'il est pour l'hôpital de 82,34 % et d'un seuil de 30 % d'encours de la dette sur les fonds propres, alors qu'il est de 36,05 %. Ce constat souligne le fait que ce plan était insuffisant pour rétablir un autofinancement pérenne des investissements et les capacités financières globales du CHD.

¹⁵ Elle est fondée sur, un dispositif d'écoute des personnels fragilisés, l'intensification de la formation, le recrutement d'un préventeur des risques professionnels, un plan d'actions visant à préserver l'intégrité physique et psychologique des collaborateurs, l'organisation du travail favorisant le présentisme par le respect des plannings et du temps consacré à l'encadrement.

¹⁶ Pour les établissements publics de santé : < 8 ans (national) - < 5 ans (ARS) - 10 ans (emprunts).

Pour la chambre, l'impact, non connu à ce jour, de la crise sanitaire sur les grands équilibres financiers de l'établissement rend toutes projections incertaines.

À l'avenir, en fonction des orientations de l'autorité de tutelle, le CHD devra tenir compte des enseignements tirés de son expérience antérieure.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Dunkerque présentait jusqu'en 2019, en particulier pour son budget principal, une situation structurellement déficitaire.

Ses grands équilibres financiers étaient dégradés. Au cours de la période, le CHD a obéré sa capacité d'épargne et réduit ses réserves au bilan. Ses ressources propres, pourtant complétées par une aide en capital de l'ARS de 9 M€, étaient insuffisantes pour financer son programme d'investissement. Le CHD a donc emprunté plus de 29 M€. Son endettement de 74,2 M€ a atteint, en 2019, un niveau incompatible avec ses capacités financières. La solvabilité financière de l'établissement, mesurée à l'aune de la capacité de désendettement de 16 ans, était en 2019 dégradée, le plan de retour 2016-2019 n'ayant pu la redresser.

Malgré la mise en œuvre d'un premier plan de retour à l'équilibre comprenant une aide totale de 4,5 M€ de l'ARS, le modèle économique et financier de l'établissement s'est avéré être inadapté. Fondé sur la recherche d'économies, il ne prenait pas en compte le nécessaire développement des activités.

Le modèle médico-économique élaboré en 2018, base du second plan de retour à l'équilibre, définissait une restauration structurelle de l'équilibre à horizon 2021. Elle était fondée, cette fois-ci, sur l'hypothèse du développement des activités, lié à l'augmentation corrélée mais maîtrisée des charges par des gains d'efficacité. La part contributive, essentielle, de la croissance des activités dans le rétablissement de l'équilibre imposait la vigilance sur la réalisation des produits. Celle-ci était conditionnée par le renforcement de l'attractivité médicale et par la garantie des ressources dépendantes des tarifs des activités, fixés au niveau national.

La crise sanitaire et ses multiples conséquences devraient conduire à une remise en question de ces objectifs.

2 UNE STRATEGIE D'INTERVENTION EN COURS DE CLARIFICATION

La gestion d'un centre hospitalier est régie par le principe d'autonomie de l'établissement public de santé, défini à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique¹⁷.

Celle-ci doit lui permettre d'initier son développement en lien avec les objectifs de la politique de santé publique définis aux niveaux national et régional. Toutefois, la surabondance de ces obligations ne doit pas conduire à entraver sa capacité d'action.

2.1 Des orientations stratégiques à géométrie variable

L'identification de la stratégie du CHD est rendue complexe du fait de la multiplicité des sources normatives déterminant son intervention, de leur superposition et de leur manque de synchronisation.

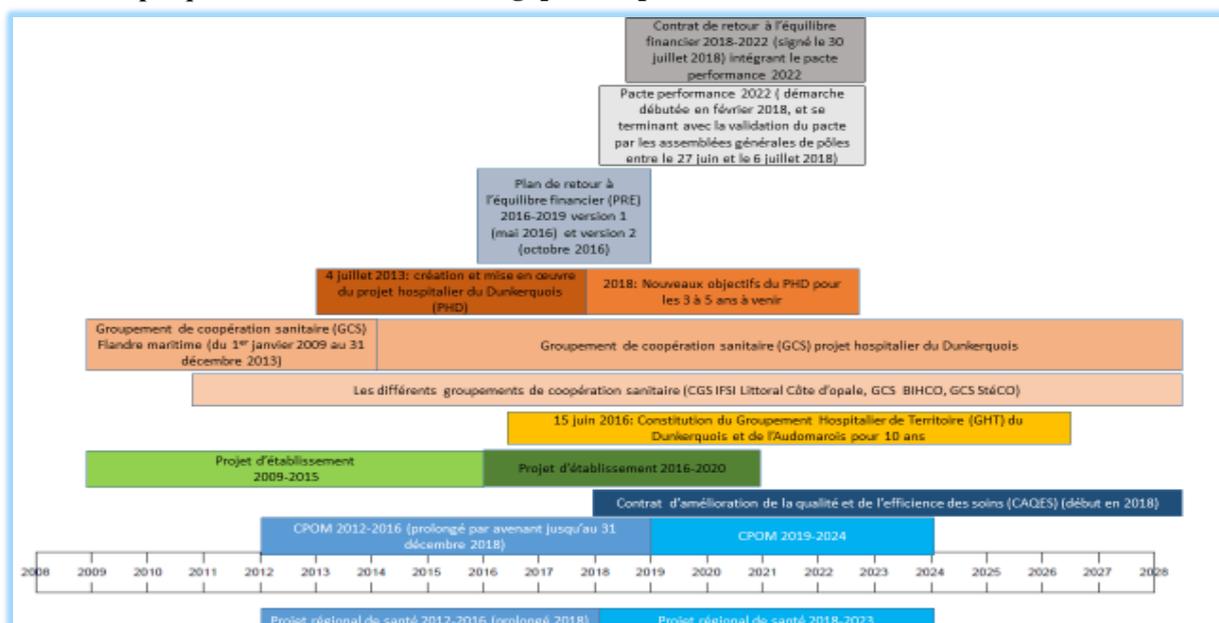
Au cours de la période 2014 à 2018, l'établissement, confronté à cette instabilité et à la démultiplication des objectifs qui lui sont assignés, a tenté empiriquement de définir sa stratégie globale.

2.1.1 Des prescriptions institutionnelles trop variées pour définir une stratégie globale

De 2013 à 2019 (cf. graphique n° 2 ci-dessous), pas moins de huit documents déterminent les 450 objectifs opérationnels du CHD, pour la plupart définis par l'agence régionale de santé, mais aussi par d'autres partenaires, et déclinés dans un catalogue d'actions, probablement plus de 1 000. Ces divers documents sont de temporalités différentes et parfois non synchronisées, comme le montre le graphique n° 2.

¹⁷ Extrait de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique : « *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière* ».

Graphique n° 2 : Documents stratégiques et opérationnels du CHD entre 2013 et 2019



Source : graphique réalisé par la chambre régionale des comptes à partir des documents du CHD.

Dans ces conditions, l'élaboration d'une stratégie globale, cohérente et lisible, est très délicate. Dans les faits, jusqu'en 2017, la visée stratégique a changé et s'est adaptée de façon progressive, sans cohésion d'ensemble et sans dimension économique et financière.

Pour la chambre, la surabondance des objectifs fixés à l'établissement, le nombre trop important des actions à poursuivre, soumises aux aléas des variations successives des politiques nationales de santé, ont généré une sollicitation chronophage au plan administratif. Cette mobilisation s'est fait au détriment du temps devant être consacré à l'activité médicale. Cela soulève aussi la question de la capacité du centre hospitalier à pouvoir conduire toutes les actions à terme et dans des conditions d'efficacité optimale.

Au surplus, au cours de la période, l'hôpital a connu des variations de périmètre d'intervention, des expérimentations d'actions suivies ou abandonnées, et une recomposition des activités de soins, après la dissolution du groupement de coopération sanitaire (GCS) expérimental Flandre Maritime.

La définition d'une stratégie claire, stable et durable aurait, pourtant, été utile dans cette période de transition qui a créé, par construction, une instabilité organisationnelle au sein de l'établissement. La gouvernance interne en aurait été renforcée. La démarche « qualité », initiée en 2014 et 2015, qui a débouché sur la certification « A » de l'hôpital par la Haute Autorité de Santé en 2016 pour six ans, a permis d'engager une dynamique collective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en particulier à partir d'un pilotage effectif des contrats de pôle (cf. *infra* sur les contrats de pôle).

En 2018, le CHD, prenant conscience des difficultés générées par cette instabilité, a établi une synthèse de sa stratégie dans son « Pacte performance 2022 : réussir ensemble ». Ce document de référence constitue, également, l'outil nécessaire de mobilisation des équipes et de reconquête de l'activité de l'hôpital, en vue de l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement.

2.1.2 Une feuille de route rétrospective trop compliquée

Dans le contexte précédemment décrit, la feuille de route du CHD est malaisée à identifier. Elle peut être déduite des projets d'établissement, censés assurer la cohérence de l'ensemble des obligations de l'entité, mais aussi d'autres documents contractuels.

2.1.2.1 Des projets d'établissement insuffisamment opérants

Le projet d'établissement 2008-2012, prorogé jusqu'en 2015, comporte sept volets¹⁸.

Il comprend un grand nombre d'objectifs et se caractérise par une absence d'homogénéité dans la rédaction et la terminologie des différents domaines, qui ne facilite pas la gouvernance et le pilotage¹⁹. Aucun outil de suivi ne lui ayant été associé, son évaluation globale n'était pas possible.

En revanche, contrairement au suivant pour 2016 à 2020, ce projet d'établissement comportait une annexe financière, introduisant la dimension médico-économique qui fait défaut à son successeur. Ses dispositions n'ont cependant pas été activées, alors que la reconfiguration du système de santé sur le Dunkerquois l'aurait justifié.

Au surplus, le projet n'a pas non plus été réinterrogé à l'aune de ces mutations à l'occasion de sa prorogation jusqu'en 2015. Ses capacités à définir une feuille de route claire pour l'établissement en étaient par conséquent limitées. *A contrario*, le projet d'établissement suivant pour 2016-2020 constitue un document stratégique structurant couvrant l'intégralité des activités du CHD, reliées pour certaines au projet régional de santé et aux engagements du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui en découlent.

Très exhaustif, il comporte également de nombreuses orientations stratégiques, elles-mêmes déclinées en 118 objectifs et orientations stratégiques²⁰ et de nombreuses actions.

Comme il a été souligné précédemment, la juxtaposition de ces divers éléments fait perdre de vue la stratégie globale d'ensemble et ne permet pas d'identifier clairement le fil directeur qui relie les différents volets du projet pour les inscrire dans une vision commune.

Toutefois, deux axes stratégiques peuvent être dégagés, ainsi que les enjeux médico-économiques de l'entité :

- l'optimisation des activités et la structuration des coopérations, pour réduire les coûts de fonctionnement tout en assurant l'accueil, le traitement et le parcours des patients dans les meilleures conditions ;

¹⁸ Projets médical, de soins, qualité, social et ressources humaines, de gestion, de communication et du système d'information.

¹⁹ Tous comportent des objectifs stratégiques appelés « objectifs institutionnels », « axes prioritaires » ou « axes essentiels ». Certains sont parfois déclinés en objectifs opérationnels ou actions avec, pour le seul projet qualité, des indicateurs de résultats associés. D'autres volets, comme le projet social, comportent des fiches actions présentant les objectifs opérationnels, les actions, les services responsables et le calendrier de réalisation, les indicateurs d'évaluation et les résultats attendus.

²⁰ 27 pour le projet médical, 15 pour le projet de soins, 21 pour le projet social, 14 pour le projet qualité/gestion des risques, 9 pour le projet architectural/schéma directeur immobilier, 20 pour le projet de communication, 6 pour le schéma des systèmes d'information, 6 pour le projet de la résidence « Les Charmilles ».

- l'attractivité de l'hôpital auprès des patients et des professionnels de santé, pour résoudre les problèmes de la démographie médicale à travers la mise en œuvre de coopérations et pour accompagner le développement d'activité.

Ces axes n'étant pas explicitement affichés, les objectifs et actions du projet n'ont pas été poursuivis de façon opérante. Par ailleurs, aucun dispositif d'évaluation médico-économique des bénéfices et coûts attendus n'a été associé à ceux-ci.

Jusqu'en 2017, la dimension économique et financière du projet d'établissement a été très limitée, ce qui était préjudiciable au redressement de la situation financière du centre hospitalier.

Cette insuffisance a conduit la nouvelle direction à définir avec les personnels, à travers le « *Pacte performance 2022* », un pilotage resserré des activités du CHD fondé sur une stratégie et des objectifs économiques clairement énoncés. Ceux-ci ont été, en grande partie, repris dans le nouveau contrat de retour à l'équilibre financier, signé avec l'ARS le 30 juillet 2018.

2.1.2.2 Les contrats de pôle : un dispositif contractuel interne structurant

Les contrats de pôle

L'article L. 6146-1 du code de la santé publique dispose que : « *pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre. Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement (...).*

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement (...).

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle ».

Le lien entre le projet d'établissement et les objectifs fixés par les contrats de pôle est clairement établi, en particulier ceux relatifs au projet médical qui constitue l'axe majeur de l'activité.

Conformément à ces directives, un contrat a été établi avec chacun des six pôles de l'hôpital²¹ pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2020.

Ils offrent l'avantage de pouvoir piloter leur action quotidienne de manière fine et opérationnelle. Leur rédaction intègre des objectifs précis classés pour tous les contrats selon quatre catégories : stratégiques, d'activité, de gestion et de performance et de qualité et de gestion des risques.

Des indicateurs permettent d'évaluer la réalisation et de dresser un bilan régulier. De même, le chef de pôle est responsabilisé par le biais, notamment, d'un intéressement : la part variable annuelle est ainsi déterminée au prorata du taux d'atteinte annuel global des objectifs du pôle. Chaque contrat prévoit, par ailleurs, un comité de suivi qui doit se réunir deux à trois fois par an et qui est composé du chef de pôle et des différents cadres. Des tableaux de bord sont également annexés à chaque contrat. Le comité de suivi se prononce sur ceux-ci pour évaluer l'avancée des actions et prendre d'éventuelles mesures correctrices. Les contrats peuvent faire l'objet d'avenants, ce qui permet éventuellement d'adapter et/ou enrichir leur contenu.

En conclusion, à l'inverse du projet d'établissement, les contrats de pôle peuvent davantage être utilisés comme un outil de pilotage opérationnel et incitatif. Ils permettent une évaluation des activités internes du CHD à l'échelle des pôles, ce qui responsabilise leurs chefs.

2.1.2.3 Une tentative de synthèse de la feuille de route de l'établissement

En l'absence de documentation de synthèse présentant les lignes d'actions de la politique de santé portée par l'hôpital, la chambre a élaboré un résumé de sa feuille de route pour la période 2014-2019.

Établie par le croisement de l'ensemble des documents stratégiques de la période (cf. annexe n° 3), elle décline les 70 actions engagées par l'hôpital, regroupées en sept axes majeurs : améliorer la santé des populations, réaliser l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population, renforcer l'accès aux soins, assurer la qualité des soins, gérer les risques sanitaires, garantir l'efficacité du système de santé et, enfin, investir dans la santé.

Cette synthèse met en évidence une phase de profonde restructuration et modernisation du centre hospitalier qui devait le conduire à développer son activité tout en assurant la maîtrise de ses équilibres financiers. Cette étape, vécue par le personnel de direction et médical comme dense, lourde et complexe, n'est pas achevée à ce jour. La mise en cohérence des actions de la feuille de route a, dans ces conditions, tardé à intervenir.

²¹ Pôles transversalité, médecine 1, urgences-investigations, femme-mère-enfant, chirurgie et médecine 2.

2.2 Esquisse d'un bilan

Le bilan de l'action du CHD entre 2014 et 2020 est difficile à dégager du fait de l'absence de méthodes évaluatives homogènes et globales. Limitées à la mesure de l'état des réalisations du programme d'actions issues des obligations contractuelles, les évaluations ne rendent pas compte, de façon synthétique, des progrès de l'hôpital et de leurs impacts sur la performance de son système de santé. Elles soulignent l'impossibilité pour l'entité de suivre, dans le temps, tous les objectifs fixés et les actions prévues. L'ensemble des tableaux et graphiques ayant servi à l'analyse du présent bilan sont rassemblés en annexe n° 4 du présent rapport.

2.2.1 Les faiblesses de l'évaluation de la mise en œuvre des documents stratégiques

2.2.1.1 Le bilan incomplet du CPOM 2012-2018

À la demande de l'ARS, l'évaluation finale du CPOM, prévue au titre 2 du contrat, n'a porté que sur deux de ses cinq annexes : le développement des coopérations territoriales d'une part, l'organisation et le parcours de l'offre de soins d'autre part.

Ce bilan, présenté par le directeur du CHD en 2018, est globalement positif, notamment en ce qui concerne les coopérations externes et la réorganisation de l'établissement. Cette évaluation a permis à l'établissement de proposer la reconduction totale ou partielle de certains objectifs pour poursuivre la structuration de l'offre de santé en confortant son rôle au niveau local, au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT) et au niveau régional.

Cette évaluation partielle ne permet pas, cependant, de savoir si tous les objectifs fixés ont été atteints ni d'évaluer, *in fine*, quelle a été la contribution globale du CHD à la mise en œuvre de la politique régionale de santé durant la période 2012-2018. L'hôpital et l'ARS n'ont pu bénéficier d'une analyse rétrospective complète de sa mise en œuvre qui aurait permis d'identifier et partager les réussites et/ou les échecs de l'exécution du contrat et d'affiner la définition des contenus du nouveau CPOM 2019-2024.

2.2.1.2 Le bilan complet du contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins

L'agence régionale de santé a dressé un bilan positif des résultats obtenus au titre du contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins. L'hôpital de Dunkerque a obtenu un montant d'intéressement de 15 881 € pour les résultats satisfaisants de trois *items*.

Un bilan 2018 de ce contrat a été présenté, pour information, au directoire le 16 décembre 2019. Plus détaillé, il indique que 100 % des objectifs fixés pour 2018 ont été atteints.

2.2.1.3 Les bilans incomplets des projets d'établissement et des contrats de pôle

Aucun bilan global pour le projet d'établissement 2008-2016 n'a été produit ni présenté aux instances dirigeantes. La mesure des impacts des actions menées sur l'amélioration de la performance du système de santé est donc impossible. Seule une évaluation *ex post*, partielle et à caractère général, a été réalisée pour certains de ses volets dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement 2016-2020. Le diagnostic établi pour l'élaboration du premier contrat de retour à l'équilibre financier a conclu à l'échec du dispositif médico-économique de l'hôpital.

Le projet d'établissement 2016-2020 est en cours d'exécution. Toutefois, ses modalités d'évaluation intermédiaire et finale n'ont pas été formalisées. Aucun calendrier précis de réalisation n'a été défini. Aucun pilote n'est nommément désigné pour coordonner et suivre la réalisation de chaque objectif stratégique, ce qui est préjudiciable, en particulier, lorsque le projet mobilise plusieurs services ou pôles. Cela dilue les responsabilités et ne favorise pas la fédération des équipes autour des objectifs fixés.

Jusqu'en 2018, les plans d'actions n'ont pas non plus été revus ou adaptés en fonction de l'évolution du contexte financier et médico-économique et de l'avancée des nouveaux partenariats. En revanche, les nouveaux objectifs des contrats de retour à l'équilibre financier ont été intégrés.

En 2018, une méthodologie d'évaluation a été élaborée pour réaliser un point d'étape sur l'avancée du projet en 2019. Les résultats de cinq volets sur huit du projet d'établissement, présentés au directoire le 19 novembre 2019²², ne donnent qu'une vision partielle et trop générale de l'état d'avancement de celui-ci.

En réponse, le directeur en fonctions lors du contrôle de la chambre indique que le bilan présenté « servira de socle à l'élaboration du prochain projet d'établissement ».

Cinq des six contrats de pôle ont fait l'objet d'une évaluation intermédiaire entre février et mars 2019, analysée ci-après. Celle-ci, fondée initialement sur des indicateurs chiffrés de réalisation des objectifs fixés, présents dans chaque contrat, constitue un modèle méthodologique pertinent qui pourrait être utilement étendu au pilotage global de l'activité.

2.2.1.4 Une exception : les bilans complets des coopérations territoriales

Les principales coopérations, reprises dans le CPOM 2019-2024, ont été évaluées de façon complète. À titre d'exemple, la démarche du projet hospitalier du Dunkerquois, animée par le CHD dans un cadre de gouvernance structuré a permis de suivre la mise en œuvre des objectifs fixés de manière régulière et d'adapter certains documents de gouvernance en fonction des avancées du projet. Ainsi, le règlement intérieur du groupement de coopération sanitaire, dénommé « *projet hospitalier du dunkerquois* », a été actualisé.

Dans sa réponse, le directeur en fonctions lors du contrôle de la chambre souligne que l'évaluation a, également, concerné depuis 2018 le groupement hospitalier de territoire du Dunkerquois et de l'Audomarois, ainsi que le contrat local de santé de la communauté urbaine de Dunkerque.

²² Il s'agit du projet médical (cinq des six pôles ayant procédé à l'évaluation des actions les concernant), des projets de soins, social, qualité et gestion des risques et de celui des systèmes d'information.

2.2.2 L'exécution inaboutie du programme d'actions

2.2.2.1 Un bilan mitigé de la mise en œuvre du projet médical de 2008 à 2018

Le projet médical 2008-2012 est, parmi ceux du projet d'établissement, celui qui a fait l'objet de l'évaluation la plus complète, détaillée et chiffrée. Il comprenait six axes²³, déclinés en 139 actions. Le graphique n° 2 de l'annexe n° 3, élaboré par la chambre à partir des données disponibles dans le projet médical 2016-2020, présente de manière synthétique le bilan final.

Malgré la prolongation du projet d'établissement jusqu'en février 2016, seuls 60 % des objectifs ont été totalement réalisés. Ces résultats interrogent sur leur pertinence et/ou leur réalisme. Cependant, les bouleversements intervenus durant cette période, comme la mise en œuvre du nouveau schéma cible de l'offre de soins consécutif à la dissolution du GCS Flandre Maritime, expliquent, en partie, les difficultés rencontrées pour mener tous les projets prévus à leur terme.

Le bilan à mi-parcours du projet médical 2016-2020 fait apparaître une réalisation à hauteur d'environ 56 % et un faible taux d'actions non mises en œuvre (12 %). La part importante des projets réalisés ou en cours, de 87 %, montre la continuité de la dynamique engagée dans l'activité médicale.

2.2.2.2 Des résultats encourageants pour l'exécution des contrats de pôle

La consolidation globale des résultats effectuée par la chambre, à partir des documents et tableaux d'évaluation transmis par le CHD, fait apparaître un bilan à mi-parcours positif, même si la réalisation de certaines actions a pris du retard par rapport aux échéances fixées.

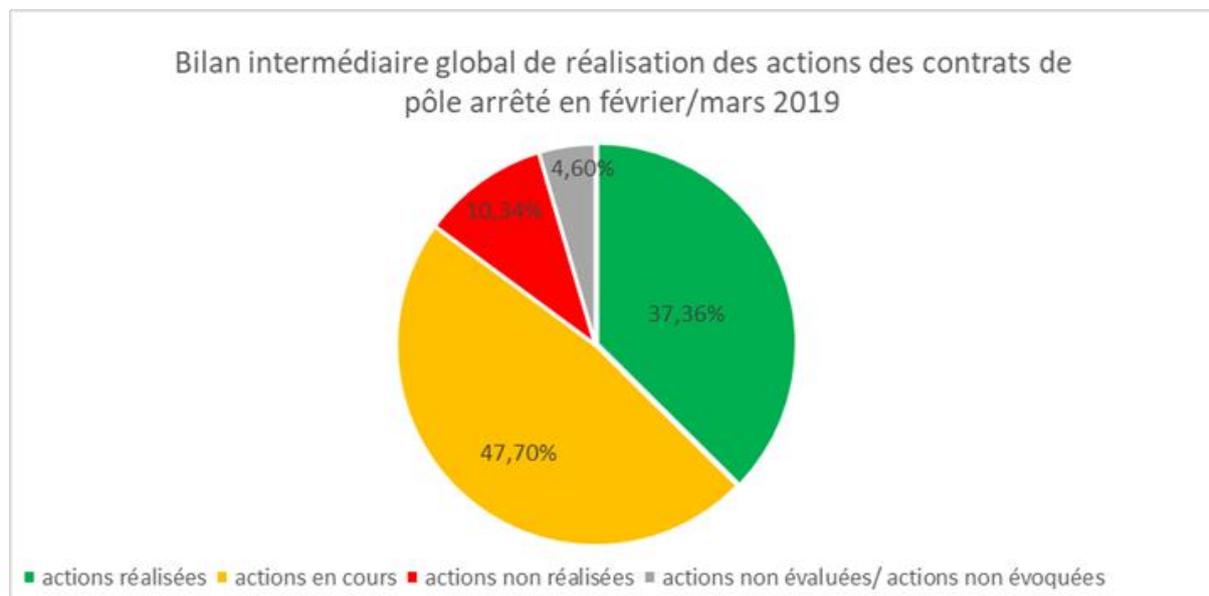
Au préalable, il convient de rappeler que près de la moitié des actions des contrats de pôle (46 %) concerne l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques et près d'un tiers est constitué d'actions stratégiques et spécifiques en faveur de l'amélioration de l'offre de soins.

Sur les 174 actions des différents contrats de pôle, 37,4 % sont réalisées et 47,7 % sont en cours de réalisation. 11 % des actions n'ont pas débuté, ce qui représente un résultat encourageant pour une évaluation à mi-parcours.

Le pourcentage global (37,4 %) est inférieur à la moyenne attendue pour 2017-2018 (56,3 %). Le détail des résultats pour les cinq pôles à caractère médical montre que tous sont en retard ; le pôle urgences-investigations étant celui qui se rapproche, avec 38,5 % d'actions réalisées, le plus du taux attendu de 42,3 %.

²³ Inscrire le centre hospitalier dans la prise en charge « populationnelle » du Dunkerquois, mettre en œuvre la coopération polyclinique de Grande-Synthe - Centre hospitalier de Dunkerque, optimiser les organisations médicales, développer l'existant, notamment dans certaines spécialités médicales, intensifier la participation de l'établissement à des projets de recherche et valoriser ses fonctions d'enseignement, poursuivre la politique de qualité continue.

Graphique n° 3 : Bilan des contrats de pôle 2016-2018



Source : chambre régionale des comptes à partir des données de bilan des contrats de pôle du CHD.

Au regard du grand nombre d'actions des contrats de pôle, la dynamique engagée est positive : 85 % de celles-ci sont réalisées ou en cours de réalisation.

2.2.2.3 Une évaluation limitée des actions des projets de soins et de qualité et gestion des risques

Les grandes avancées du projet des soins 2008-2016 sont citées de façon synthétique²⁴.

L'évaluation du projet qualité et gestion des risques met en évidence des points d'amélioration²⁵. Elle débouche sur la fixation de nouvelles orientations stratégiques dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020, dont la révision de la gestion et de la tenue du dossier « patient », l'amélioration de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge, et la formalisation des parcours « patient ».

D'après le bilan intermédiaire, les projets de soins, qualité et gestion des risques pour 2016-2018 suivent le calendrier prévu pour leur mise en œuvre : 67 % des actions ont été engagées pour celui des soins (dont 56 % sont réalisées) et 91 % pour celui de la qualité et de la gestion des risques (dont 63 % sont réalisées).

²⁴ Démarche de promotion de la bientraitance, actions envers les populations vulnérables, prise en soins spécifiques (soins palliatifs, dispositif d'annonce, éducation thérapeutique), adaptation des organisations et mise à niveau des compétences, évaluation des pratiques professionnelles, sécurité des soins renforcée (sécurité transfusionnelle, prévention des infections nosocomiales, circuit du médicament), analyse des événements indésirables et culture de gestion des risques encore à conforter.

²⁵ Respect des droits du patient (sortie, satisfaction et gestion des réclamations), qualité de gestion des données du patient, développement de la culture qualité (gestion documentaire, logiciel qualité-gestion des risques, semaine sécurité patient).

2.2.2.4 Un bilan plus complet du projet communication

Le bilan des actions de ce projet est plus accompli. Il met en lumière leurs forces et faiblesses : une politique de communication et une stratégie qui ne sont pas définies et formalisées, un service dédié qui dispose de moyens humains et matériels, de nombreuses actions mises en place mais sans plan de communication institutionnel pluriannuel et des outils qui doivent être développés et mieux organisés.

2.2.2.5 Le schéma directeur du système d'information de santé dépourvu de bilan

Enfin, le bilan des actions menées dans le cadre du schéma directeur du système d'information de santé de 2014 n'a pas été dressé.

Seul un état des lieux figure dans celui envisagé pour 2016-2020. Il décrit les progrès importants attendus pour hisser le système d'information au niveau des enjeux de transformation de l'hôpital, notamment pour assurer l'efficacité des prises en charge avec la prise en compte des parcours « patient » et des organisations de la structure.

Concernant le projet des systèmes d'information, seule une analyse d'ensemble a été réalisée. Le résultat, considéré globalement satisfaisant par l'entité, est exprimé en ces termes dans un bilan d'étape : « L'analyse globale des trois diagrammes de Gantt (...) montre que la plupart des projets d'ampleur ont été menés, avec parfois un décalage dans le temps. Le dossier d'anesthésie n'a pas encore été informatisé et le sera sur l'année qui suivra la fin du SDSI ».

2.2.2.6 Le projet dont la réalisation est la plus avancée

Le projet social 2016-2020, qui comprend sept orientations et 21 projets, est, à mi-parcours, mis en œuvre à hauteur de 63 %. Ce volet du projet d'établissement est le plus avancé.

2.2.2.7 Des coopérations territoriales aux résultats différenciés

Les principales coopérations, reprises dans le CPOM 2019-2024, avaient un objectif général explicite : « conforter le positionnement du CHD dans sa triple territorialité ». Elles ont constitué des axes fondateurs de l'évolution de l'établissement. Elles sont au nombre de trois et se situent à différentes échelles :

- celles dans l'immédiate proximité de la mise en place du projet hospitalier du Dunkerquois et les relations avec les acteurs territoriaux de Dunkerque et de l'intercommunalité ;
- celles mises en œuvre à l'échelle du groupement hospitalier du territoire du Dunkerquois et de l'Audomarois ;
- celles développées à l'échelle régionale en lien avec le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille.

2.2.2.7.1 Le bilan positif du projet hospitalier du Dunkerquois

Le projet hospitalier du Dunkerquois (PHD) est structurant pour la réorganisation de l'offre de soins et pour le renforcement de l'attractivité médicale du territoire. L'enjeu était de mettre en œuvre un schéma cible, défini en 2013 et validé par l'ARS. Son évaluation a été conduite par le CHD, la polyclinique de Grande-Synthe et l'hôpital maritime de Zuydcoote. Il a, également, été prévu d'associer à la réflexion l'établissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres et l'hospitalisation à domicile pour la partie « Propositions de perspectives ».

Le centre hospitalier en tire, dans un document interne, un bilan très positif pour la période 2013-2018: « L'ensemble des orientations ou projets validés dans le cadre du PHD ont été mis en œuvre ou sont sur le point de l'être, la dynamique est bonne sur les filières de soins, les relations entre les établissements le sont également et les coopérations sont nombreuses ».

La nouvelle répartition des autorisations, préalable à la mise en œuvre du schéma-cible, a été effectuée. L'hôpital récupère la gestion des activités de périnatalité et de chirurgie en 2014 et la polyclinique de Grande-Synthe celles de l'unité de soins de longue durée en 2015.

Le PHD a cherché à développer les relations entre l'hôpital et la polyclinique, et à répondre à d'autres objectifs fixés par le projet régional de santé. Des conventions spécifiques ont permis de dépasser le champ de la coopération prévue initialement. Ainsi, par exemple, la convention « urgences » signée le 4 juillet 2018 a pour objectif de conforter l'activité d'urgence et d'hospitalisation de la polyclinique. Elle lui garantit une orientation préférentielle des patients sur son site, ou vers le plateau technique du centre hospitalier de référence, en l'occurrence le CHD, lorsque l'état de santé du patient le nécessite, dans le respect de son libre choix.

De la même manière, les relations entre le centre hospitalier de Dunkerque et l'hôpital maritime de Zuydcoote se sont intensifiées sur la période. Elles concernent, notamment, la mise à disposition réciproque de personnels, la possibilité pour un médecin d'exercer dans les deux établissements, la réalisation d'analyse de biologie médicale provenant de l'hôpital de Zuydcoote et le partage du financement relatif aux structures de prise en charge de la douleur chronique.

Par ailleurs, des partenariats entre les trois établissements du PHD ont été engagés. Ils concernent les modalités d'organisation de l'activité d'addictologie dans le cadre d'une filière entre ces derniers, la prise en charge coordonnée des soins palliatifs ayant conduit à la structuration renforcée de l'organisation des soins sur le territoire.

Les liens avec d'autres partenaires extérieurs au PHD ont été renforcés avec, notamment, une nouvelle convention constitutive au 1^{er} janvier 2017 de la filière de soins gériatriques hospitalière²⁶.

²⁶ La convention lie le CHD, l'hôpital maritime de Zuydcoote, la polyclinique de Grande-Synthe, l'hospitalisation à domicile et l'EPSM.

Enfin, le projet médical se met effectivement en place et ses différents volets sont suivis.

La démarche du projet hospitalier du Dunkerquois, animée par le centre hospitalier, dans un cadre de gouvernance structuré, atteint son but de restructurer l'offre de soins et son accès sur le territoire, sans toutefois qu'il soit possible de conclure quant à son véritable impact sur l'attractivité médicale.

2.2.2.7.2 Quelques actions mises en œuvre sur le territoire de proximité Dunkerquois

Pour répondre aux objectifs du CPOM 2012-2018 de renforcement du positionnement de l'hôpital au niveau local, des conventions ont été passées avec d'autres établissements.

Le bilan partiel de la mise en œuvre du CPOM met en évidence le développement du parcours de soins de la personne obèse sur le territoire des Flandres maritime et intérieure entre divers établissements (le CHD, l'hôpital maritime de Zuydcoote, l'EPSM) et le réseau « Préval », qui vise à créer une filière de prise en charge de l'obésité sur le Dunkerquois. De même, un partenariat est engagé avec l'établissement public de santé mentale des Flandres concernant la psychiatrie.

Le CHD a, également, renforcé sa présence sur le territoire de proximité. La consolidation des dispositifs de consultations avancées à l'échelle du Dunkerquois a été effectuée, notamment sur le site de la polyclinique de Grande-Synthe depuis le 17 septembre 2018, à Bray-Dunes (consultations avancées de sages-femmes depuis le 22 février 2018) et Place Jean-Bart à Dunkerque, au sein de l'Espace Santé porté par l'Union des mutuelles de Dunkerque.

Depuis novembre 2018, une « équipe territoriale hospitalière de l'urgence » a été créée par l'établissement à partir des compétences de son service d'accueil des urgences, garantissant une présence permanente de proximité à la polyclinique de Grande-Synthe.

Le CHD a, enfin, organisé deux soirées Ville-Hôpital les 31 mai 2018 et 11 juin 2019 et la création d'un comité Ville-Hôpital installé le 18 octobre 2018 pour faire connaître ses activités aux acteurs locaux et tisser des liens avec les médecins de ville.

2.2.2.7.3 Le périmètre du GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois en question

Le groupement hospitalier de territoire (GHT)

Les objectifs devant être poursuivis par un groupement hospitalier de territoire (GHT) sont définis à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique.

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

Créé par la convention constitutive du 15 juin 2016, le GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois regroupe, outre le CHD qui en est l'établissement support, le centre hospitalier d'Aire-sur-la-Lys, celui de la région de Saint-Omer et l'hôpital maritime de Zuydcoote.

Le pilotage du GHT est effectif. Les différentes instances de gouvernance se réunissent de manière régulière. Ainsi, entre l'été 2018 et l'été 2019, le comité stratégique et le conseil médical se sont réunis trois fois, la commission de soins infirmiers de rééducation et médico-technique ainsi que le comité des usagers, deux fois. Enfin, le comité territorial des élus et la conférence territoriale de dialogue social se sont réunis une fois.

De réelles avancées sur la structuration de la fonction achats, du volet « pharmacie » du projet médical, du dispositif post-internat et sur le partage du projet médical et de soins sont constatées.

En revanche, d'autres coopérations sont plus difficiles à mettre en œuvre ou sont moins avancées, comme la coordination des instituts de formation aux soins infirmiers ou la mise en place d'un médecin responsable du département d'information médicale (DIM) territorial.

Les actions se développent plus ou moins rapidement en fonction de l'implication des personnels, de la démographie médicale et de la confrontation des objectifs fixés aux réalités du territoire. Certaines d'entre elles sont adaptées afin d'atteindre au mieux les objectifs. Des projets sont abandonnés au profit d'autres qui fonctionnent et progressent davantage. Il en a été ainsi concernant le remplacement du projet de biologie médicale financé par des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) par celui sur la coordination des parcours « patient ». Les adaptations nécessaires peuvent d'autant mieux être anticipées qu'un bilan régulier est réalisé, ce qui facilite le pilotage stratégique du GHT.

Ce dernier est organisé autour de deux pôles géographiques (l'Audomarois et le Dunkerquois – cf. carte en annexe n° 4) dont la complémentarité et la cohésion ne sont pas complètement abouties. Ce dernier territoire a structuré son offre de soins avec le projet hospitalier du Dunkerquois ainsi qu'il a été rappelé ci-avant. Celui de l'Audomarois reste fortement déterminé par les relations de proximité entretenues avec le centre hospitalier de Calais voire celui de Boulogne. Ce constat pose, indirectement, la question de la pertinence du périmètre du GHT tel qu'il est défini à ce jour.

En outre, l'association²⁷, par voie conventionnelle, de la polyclinique de Grande-Synthe au GHT (composante à part entière du PHD), contribuerait à renforcer la pertinence d'un projet médical territorial partagé.

Dans sa réponse, le directeur en fonctions lors de l'instruction indique que la convention partenariale entre les établissements membres du GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois et la Polyclinique de Grande-Synthe a été signée le 6 juillet 2020.

²⁷ Article L. 6132-1 VIII du code de la santé publique issu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que les établissements privés d'intérêt collectif peuvent être partenaires d'un GHT par la voie d'une convention qui prévoit l'articulation de leur projet médical.

2.2.2.7.4 Une coopération régionale active

Les objectifs du CPOM 2012-2018 visaient le renforcement du positionnement du CHD au niveau régional. Plusieurs conventions ont été signées ou renouvelées à cet effet avec différents partenaires régionaux. Elles permettent ainsi d'ancrer celui-ci concrètement dans le territoire régional à travers les réseaux auxquels il participe et les partenariats avec le centre hospitalier régional universitaire de Lille (CHRU) pour l'organisation de certaines activités.

La dynamique de réseaux est activée dans de nombreux domaines : la télémédecine²⁸ (coopération avec le CHRU de Lille, de Valenciennes et d'autres centres hospitaliers pour la prise en charge des urgences neurochirurgicales et l'expertise à distance d'encéphalogramme), la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral (CHRU), la prise en charge des urgences cardiologiques (CHRU), la réanimation pédiatrique, l'obésité (Réseau Préval et hôpital de Boulogne-sur-Mer), la génétique clinique (CHRU) et l'implantation de valves aortiques (CHRU).

Au-delà de ces partenariats ponctuels, le renforcement des liens avec le CHRU de Lille est sensible, à travers deux conventions majeures passées en octobre 2015 et juin 2017. Elles couvrent un large champ de l'activité hospitalière, mais aussi, par exemple, la gestion de la démographie médicale et pharmaceutique, l'enseignement, la recherche et la formation des professionnels médicaux et pharmaceutiques.

2.2.3 Des progrès à réaliser

Le centre hospitalier de Dunkerque a joué un rôle central dans la restructuration de l'offre de soins du territoire du Dunkerquois. Il a déployé des efforts significatifs pour renforcer son attractivité et optimiser ses activités. L'impact de son action sur l'amélioration du système de santé du territoire reste toutefois à évaluer.

Les progrès enregistrés par l'hôpital sont inégaux (cf. tableau n° 21 en annexe n° 3. Ils ne permettent pas d'établir que la mutation du centre hospitalier de Dunkerque, inscrite dans ses documents stratégiques, est totalement aboutie. Les résultats obtenus, encore incertains et difficilement mesurables, identifient les écarts à réduire pour réaliser le programme défini dans sa feuille de route. Sans viser à l'exhaustivité, quelques exemples illustrent ces constats.

2.2.3.1 Des secteurs dans lesquels les objectifs sont atteints

Les résultats en matière de qualité et d'efficacité de la prescription et de l'usage des médicaments, des produits et des prestations sont atteints. Ils contribuent à améliorer l'efficacité du modèle médico-économique de l'établissement.

²⁸ La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Ces technologies sont mobilisées pour mettre en relation un patient avec des médecins, pour assurer des expertises, pour surveiller l'état de santé d'une personne, pour prescrire des médicaments et pour faire un suivi post-thérapeutique.

En matière de qualité des soins, les résultats obtenus par un meilleur maillage territorial et par le renforcement des synergies entre les établissements et les acteurs privés du système de santé permettent effectivement d'assurer une gradation des soins débouchant sur leur efficacité et leur qualité.

2.2.3.2 Des secteurs dans lesquels les objectifs sont en cours d'être atteints

L'amélioration de l'accès aux soins des personnes âgées et des parcours des patients par la complémentarité de l'offre des établissements est en voie d'être obtenue.

Plus globalement, la structuration des cinq parcours « patients prioritaires » : cardiologie, digestif, gériatrie, neurologie, pneumologie (accès aux consultations, aux avis spécialisés, hospitalisation conventionnelle ou de jour, prises en charge urgentes et coopération avec les services de soins critiques, organisation de la sortie du patient avec les soins de suites et de réadaptation, l'hospitalisation à domicile et les structures médico-sociales et sociales) n'est pas achevée. L'organisation de la gradation des soins pour les autres parcours « patient » est en cours.

La consolidation sur chaque site des activités de médecine-chirurgie-obstétrique des établissements membres du GHT, des activités socles nécessaires au fonctionnement des urgences et de la gynéco-obstétrique et l'harmonisation de la permanence de soins, sont en cours de réalisation.

L'offre de soins constitue l'axe majeur de l'activité de l'hôpital. Les résultats positifs obtenus par le renforcement des liens avec le CHRU de Lille constituent des avancées au service de l'amélioration de l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population.

Des progrès dans la croissance des activités (chirurgicales, médicales, radiologiques et biologiques) et la diversification de l'offre de prestations sont cependant encore attendus. Ils concernent, par exemple, la télémédecine, l'imagerie et le développement de la télé-radiologie et l'extension des coopérations entre établissements, entre GHT et avec les radiologues libéraux. Ils concernent aussi le développement de l'activité de chirurgie dans son ensemble (vasculaire, ophtalmologique, viscérale, urologique, ORL, stomatologique et dentisterie, gynécologique).

2.2.3.3 Des secteurs dans lesquels les résultats ne sont pas mesurés

À ce jour, aucun indicateur ne permet d'évaluer l'efficacité des actions menées pour réduire la mortalité générale et prématurée évitable sur le territoire, élément essentiel d'évaluation de la contribution du centre hospitalier à la mise en œuvre des projets régionaux de santé des Hauts-de-France et inscrit dans les CPOM.

Il n'est pas non plus possible, en l'état des informations évaluatives disponibles, d'apprécier l'amélioration de la gestion des risques sanitaires, et donc de conclure au renforcement ou non de la sécurité des patients.

Il en est de même pour le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle, notamment le recours à la chirurgie ambulatoire, aux alternatives à l'hospitalisation en médecine (ajustement du capacitaire, développement de l'hôpital de jour et de semaine).

Dans sa réponse, le directeur en fonctions lors du contrôle de la chambre évoque un paramétrage, en cours, d'indicateurs visant à anticiper le virage ambulatoire notamment des activités chirurgicales.

2.2.3.4 L'attractivité du CHD et l'optimisation des activités

La mobilisation du CHD au cours de la période 2014-2020 visait, au-delà de la réorganisation territoriale du système de santé du Dunkerquois, le renforcement de son attractivité vis-à-vis des patients et cherchait à conforter sa première place dans la production des soins sur le territoire. Dans les faits, il subit une concurrence limitée du secteur privé de proximité. Celle-ci est plus sensible de la part des établissements publics et privés de Lille.

Les actions entreprises n'ont pas fait évoluer significativement ses parts de marché au sein de son territoire de proximité et au niveau régional, entre 2014 et 2018.

Tableau n° 7 : Parts de marché en médecine-chirurgie-obstétrique (2014-2018)

	Part de marché du CHD (en %)				
	2014	2015	2016	2017	2018
A1 : Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	59,8	61,7	59,1	59,1	58,9
A1bis : Part de marché globale en médecine sur la région	2,4	2,6	2,4	2,4	2,3
A2 : Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	43	43,5	43,2	44,6	45,8
A2bis : Part de marché en chirurgie (HC) sur la région	2	2,1	2	2	2,1
A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	59,4	58,9	57,5	59,3	61,7
A3bis : Part de marché en obstétrique sur la région	2,2	2,1	2	2,1	2,2
A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	29,4	31,4	30,4	32,1	31
A4bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3
A5 : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	41,4	42,4	39,8	38,5	40,5
A5bis : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)	2	2,3	2,2	2	1,9
A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	24,6	28,6	30,6	35,1	43
source: Hospidiag					

Source : Hospidiag.

Dans sa réponse le directeur constate, sur la base des dernières données disponibles en février 2020, que « Celles-ci témoignent d'une progression des parts de marché du Centre Hospitalier de Dunkerque dans de nombreux champs d'activité, conformément à la stratégie de développement structurante portée par le Pacte Performance 2022 ».

Sur son territoire de proximité, le CHD a perdu des parts de marché en médecine générale passant de 59,8 % à 57,5 %, et en hospitalisation en cancérologie hors séance (24,7 % en 2019 contre 41,4 % en 2014).

En revanche, il a obtenu des gains en chirurgie (hospitalisation complète : 47,3 % en 2019 contre 43 % en 2014) et en chirurgie ambulatoire (32,4 % en 2019 contre 29,4 % en 2014) qui tendent à montrer que l'établissement a su tirer parti du virage pris par cette discipline. Les parts de marché en obstétrique (68,9 % en 2019 contre 59,4 % en 2014) augmentent à la faveur de la prestation offerte dans le nouveau service de la mère et de l'enfant. Dans les séances de chimiothérapie, le CHD a obtenu les meilleurs gains, passant de 24,6 % en 2014 à 44,3 % en 2019).

La chambre prend acte des évolutions positives des parts de marché dans les domaines développés par le « Pacte Performance 2022 ». Elle estime que ceux de la médecine générale et de l'hospitalisation en cancérologie doivent faire l'objet d'une attention particulière dans les prochaines années.

En 2018, le CHD a, pour renforcer son attractivité, mis en place des actions plus spécifiques afin de mieux appréhender sa notoriété auprès des habitants du bassin de vie. À titre d'exemple, il organise désormais des journées « portes ouvertes ». Les dernières ont eu lieu sur le nouveau pôle de périnatalité les 7 et 8 septembre 2018 et pour l'ensemble de l'hôpital le 12 octobre 2019.

Au niveau régional, l'activité du CHD mérite attention. Elle est restée stable en chirurgie ambulatoire (1,1 % en 2014 et 2018) mais en légère baisse en médecine générale (2,4 % en 2014, 1,6 % en 2019), en chirurgie hospitalisation complète (2 % en 2014 ; 1,6 % en 2019), en obstétrique (2,2 % en 2014 ; 1,4 % en 2019) et plus significativement en cancérologie (2 % en 2014 ; 0 % en 2019).

Sur un autre plan, la performance de l'organisation médicale d'un établissement public de santé²⁹ se mesure au moyen de l'indicateur de la durée moyenne de séjour (DMS).

Tableau n° 8 : La durée moyenne de séjour du CHD (2014-2019)

	Établissement					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	0,888	0,848	0,863	0,877	0,870	0,851
P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1,028	1,018	1,050	1,050	1,026	0,944
P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0,908	0,921	0,932	0,906	0,928	0,896

Source : chambre régionale des comptes à partir des données d'Hospidiag.

²⁹ Comme l'indique le site Hospidiag : « cet indicateur compare la DMS de médecine de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de médecine. Il synthétise ainsi la "sur ou sous" performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire). »

Entre 2014 et 2019, elle s'améliore en médecine (hors ambulatoire), puisque l'indicateur diminue de 0,888 à 0,851. Il en va de même en chirurgie (hors ambulatoire), d'1,028 en 2014 à 0,944 en 2019.

En obstétrique (hors ambulatoire), après s'être allongée de 0,908 en 2014 à 0,928 en 2018, elle enregistre, en 2019, une diminution favorable à 0,896.

Sur la période 2014-2019, les actions menées ont permis de maintenir une organisation performante en médecine et en obstétrique (hors ambulatoire), et depuis 2019, en chirurgie (hors ambulatoire). Comparées aux établissements de la région, ces évolutions sont favorables pour le CHD.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHD joue un rôle central et fédérateur dans l'éco-système complexe du territoire de santé du Dunkerquois. Suite à la dissolution du groupement de coopération sanitaire Flandre Maritime en 2013, il a connu une transition compliquée et a peiné à définir son identité.

Jusqu'en 2018, l'établissement n'a pu établir une stratégie d'intervention cohérente, stable et évaluable. Cette situation est la résultante de la démultiplication excessive, dans huit documents différents, des objectifs stratégiques et opérationnels, fixés pour l'essentiel par son autorité de tutelle. Ceux-ci ont été déclinés dans un catalogue d'environ mille actions. Leur mise en œuvre et leur suivi ont mobilisé de façon chronophage les personnels administratifs et soignants. La complexité créée par cette situation aurait nécessité une gouvernance et un pilotage renforcés, d'autant que le projet d'établissement était en pleine refonte.

La démarche des contrats de pôle a, cependant, permis d'installer, au niveau médical, une dynamique que le nouveau document stratégique « Pacte performance 2022 » a, depuis 2018, poursuivie et valorisée. La réorientation sur de nouvelles bases, des projets engagés entre 2014 et 2017, est en cours d'achèvement.

Les bilans, essentiellement partiels de l'ensemble des différents contrats conclus par l'établissement, montrent des résultats contrastés et/ou inaboutis. Ils rendent compte de la faiblesse des méthodes évaluatives des projets, souvent absentes. Ils mettent en évidence les difficultés de réorganisation de l'offre de soins de qualité et de sa coordination sur un large territoire pour développer son attractivité en direction des patients et des professionnels de santé.

La modernisation de l'hôpital de Dunkerque n'est pas encore complètement aboutie. La bonne adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population reste perfectible. Le développement de l'établissement dans sa zone d'attractivité progresse et lui permet d'augmenter ses parts de marché dans les domaines ciblés par le « Pacte performance 2022 ». Des progrès sont enregistrés dans la performance de son organisation médicale et dans la restructuration de l'offre de soins, de son accès et des parcours des patients, notamment, grâce aux coopérations territoriales animées par le CHD. L'hôpital doit rechercher à conforter sa place en région notamment, en médecine générale et en cancérologie.

*

* *

ANNEXES

Annexe n° 1. Ressources humaines	40
Annexe n° 2. Feuille de route du CHD établie par la chambre.....	43
Annexe n° 3. Évaluation des résultats de l'action du CHD	47
Annexe n° 4. Les coopérations territoriales.....	51

Annexe n° 1. Ressources humaines

Les effectifs

Tableau n° 9 : Structure de la masse salariale - compte principal 2014-2020

	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020
Charges de personnel chargé	97 366 810	100%	101 576 558	100%	102 487 232	100%	103 623 492	100%	106 082 767	100,0%	107 346 070	100%	109 547 927
Personnel non médical	72 986 380	75,0%	75 723 914	74,5%	76 440 845	74,6%	77 027 063	74,3%	77 840 896	73,4%	78 300 434	72,9%	79 281 498
Personnel médical	24 380 430	25,0%	25 852 644	25,5%	26 046 387	25,4%	26 596 429	25,7%	28 241 871	26,6%	29 045 636	27,1%	30 266 429

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers et de l'EPRD 2020 du CHD.

Tableau n° 10 : Structure de la masse salariale – compte annexe « E » EHPAD 2014-2020

Budget annexe EEHPAD	COMPTES FINANCIERS					CF anticipé	EPRD	Evolution	PGFP				Evolution
	2014	2015	2016	2017	2018				2019	2020	2014-2020	2021	
T1 : charges de personnel	6 495 971	6 848 308	6 684 052	6 671 227	6 854 976	6 821 177	6 854 666	5,52%	6 878 099	6 901 649	6 936 157	6 970 838	1,69%
Personnel non médical	6 292 169	6 563 877	6 397 830	6 392 029	6 588 359	6 638 774	6 683 913	6,23%					
Personnel médical	203 622	283 511	285 743	279 272	266 942	182 403	170 754	-16,14%					

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers et de l'EPRD 2020 du CHD.

Tableau n° 11 : Structure de la masse salariale – compte annexe « C » instituts de formation aux soins infirmiers 2014-2020

Budget annexe CIFS	COMPTES FINANCIERS					CF anticipé	EPRD	Evolution	PGFP				Evolution
	2014	2015	2016	2017	2018				2019	2020	2014-2020	2021	
T1 : charges de personnel	1 814 537	1 782 786	1 925 808	1 920 379	1 970 053	1 976 952	1 920 357	5,83%	1 929 959	1 939 609	1 949 307	1 959 053	2,02%
Personnel non médical	1 810 846	1 780 604	1 922 648	1 913 644	1 962 255	1 970 849	1 914 246	5,71%					
Personnel médical	3 690	2 182	3 160	6 736	7 799	6 103	6 111	65,61%					

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers et de l'EPRD 2020 du CHD.

Tableau n° 12 : Statuts du personnel non médical – compte principal 2014-2017

Rémunération hors charges En €	Cpte fin 2014	Cpte fin 2015	% Evol	Cpte fin 2016	% Evol	Cpte fin 2017	% Evol	Part des contractuels 2014-2017			
								2014	2015	2016	2017
Personnel non méd titulaire	37 926 115	40 412 294	6,6%	41 813 381	3,5%	41 963 406	0,4%				
Personnel non-méd sous CDI	3 748 345	3 950 934	5,4%	3 092 742	-21,7%	2 973 670	-3,9%				
Personnel non méd sous CDD	5 326 217	4 087 462	-23,3%	4 305 087	5,3%	4 398 931	2,2%				
Sous-total contractuels	9 074 562	8 038 396	-11,4%	7 397 829	-8,0%	7 372 601	-0,3%	19,3%	16,6%	15,0%	14,9%

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers et de l'EPRD 2020 du CHD.

Tableau n° 13 : Statuts du personnel non médical – compte principal 2018-2020

Rémunération hors charges En €	Cpte Fin 2018	% Evol	Cpte Fin anticipé 2019	% Evol	EPRD 2020	% Evol	Part contractuels 2018-2020		
							2018	2019	2020
Personnel non méd titulaire	42 902 200	2,2%	43 679 303	1,8%	44 479 032	1,8%			
Personnel non-méd sous CDI	2 564 858	-13,7%	2 429 308	-5,3%	2 660 427	9,5%			
Personnel non méd sous CDD	4 915 678	11,7%	4 384 967	-10,8%	4 247 612	-3,1%			
Sous-total contractuels	7 480 536	1,5%	6 814 275	-8,9%	6 908 039	1,4%	14,8%	13,5%	13,4%

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers et de l'EPRD 2020 du CHD.

Tableau n° 14 : Statuts du personnel médical – compte principal 2014-2017

Rémunération hors charges En €	Cpte fin 2014	Cpte fin 2015	% Evol	Cpte fin 2016	% Evol	Cpte fin 2017	% Evol	Part des contractuels 2014-2017			
								2014	2015	2016	2017
Praticiens hospitaliers titul temps plein et temps partiel	8 045 729	8 320 867	3,4%	8 541 599	2,7%	8 784 261	2,8%				
Praticiens contractuels CDI	202 518	438 465	116,5%	367 116	-16,3%	298 579	-18,7%				
Praticiens contractuels CDD	2 248 559	2 211 389	-1,7%	2 547 274	15,2%	2 384 699	-6,4%				
Praticiens hospitaliers non titul et hors contrat	2 286 112	2 463 888	7,8%	2 369 377	-3,8%	2 456 152	3,7%				
Sous-total contractuels	4 737 189	5 113 742	7,9%	5 283 767	3,3%	5 139 430	-2,7%	37,1%	38,1%	38,2%	36,9%
Internes et étudiants	1 746 834	1 784 266	2,1%	1 981 809	11,1%	1 824 086	-8,0%				

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers et de l'EPRD 2020 du CHD.

Tableau n° 15 : Statuts du personnel médical – compte principal 2018-2020

Rémunération hors charges En €	Cpte Fin 2018	% Evol	Cpte Fin anticipé 2019	% Evol	EPRD 2020	% Evol	Part contractuels 2018-2020		
							2018	2019	2020
Praticiens hospitaliers titul temps plein et temps partiel	9 047 601	3,0%	8 371 207	-7,5%	8 205 229	-2,0%			
Praticiens contractuels CDI	221 988	-25,7%	200 476		282 648				
Praticiens contractuels CDD	3 096 591	29,9%	5 406 787	74,6%	6 276 230	16,1%			
Praticiens hospitaliers non titul et hors contrat	2 977 949	21,2%	3 088 349	3,7%	3 183 135	3,1%			
Sous-total contractuels	6 296 528	22,5%	8 695 612	38,1%	9 742 013	12,0%	41,0%	51,0%	54,3%
Internes et étudiants	1 893 515	3,8%	2 072 129	9,4%	2 175 701	5,0%			

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des comptes financiers et de l'EPRD 2020 du CHD.

Tableau n° 16 : Effectif médical en équivalent temps plein rémunéré 2014-2018

Pôles	ETPR 2014	ETPR 2015	ETPR 2016	ETPR 2017	ETPR 2018	Total général
Chirurgie	48,47	47,40	54,16	55,16	53,48	258,67
Femme-Mère-Enfant	37,73	31,99	32,75	34,46	36,85	173,78
Institut de formation en soins infirmiers	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Médecine 1	50,93	42,53	37,74	41,25	35,41	207,85
Médecine 2	49,23	50,84	56,77	56,38	57,49	270,71
Services administratifs	0,90	1,32	0,90	1,09	2,77	6,97
Transversalité	24,51	20,73	21,83	22,27	22,94	112,28
Unité de soins de longue durée	1,50					1,50
Urgences et investigations	38,48	39,53	39,97	42,51	43,07	203,55
Total général	251,75	234,34	244,13	253,10	252,00	1 235,32

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du CHD.

Annexe n° 2. Feuille de route du CHD établie par la chambre

Tableau n° 17 : Feuille de route du CHD 2014-2019

FEUILLE DE ROUTE 2014-2019 DU CHD	Etablie sur la base des PRS, des CPOM, du CAQES, des projets d'établissements, des PRE (Pacte Performance 2022), du PHD et du GHT
Améliorer l'état de santé des populations	
Réduction de la mortalité générale et prématurée évitable	Améliorer les indicateurs de santé
Adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population	
	Développer l' attractivité médicale pour professionnels de santé et patients - Renforcement liens avec le CHU Lille - Développer la recherche clinique
	Développer les modes substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle notamment, recours à la chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation en médecine (ajustement du capacitaire, développement hôpital de jour et de semaine)
	Consolider l'activité anesthésie-réanimation d'urgence
	Rationalisation de l' activité des urgences partagée avec la Maison médicale de garde
	Développer la télémédecine (développer la télémédecine à l'échelle du Dunkerquois – Plateforme de téléconsultations/Expertises sur la CHD accessible aux médecins de la PGS et de l'HMZ ; développer la télémédecine à l'échelle du GHT - Adapter le projet de télémédecine au service du projet médico-soignants partagé (GHT))
	Améliorer l' imagerie et le développement de la téléradiologie et étendre les coopérations entre établissements, entre GHT et avec les radiologues libéraux
	Créer une unité de médecine nucléaire
	Développer la filière cancérologique et organiser la prise en charge des patients atteints du cancer, coordonnée entre les établissements, inscrits dans des parcours structurés et bénéficiant des progrès techniques et des innovations thérapeutiques du traitement du cancer (chirurgie, médecine nucléaire, chimiothérapies)
	Augmenter le nombre de naissances et la part du marché de la maternité et par l'amélioration de la prise en charge et de l'efficacité de l'activité de maternité
	Structurer la filière gériatrique de proximité et l'ajustement de l'offre (urgences, médecine et chirurgie, accès aux bilans en hôpital de jour)
	Améliorer la prévention et du traitement de l'obésité , coordonné avec le CH de Boulogne
	Prendre en charge le suivi de la maladie rénale chronique (dialyse hors centre lourd)
	l'optimisation des prises en charge des addictions en garantissant l'efficacité des dispositifs et des partenariats (Urgences et maternité)
	Optimiser le parcours hospitalier suite à un AVC
Qualité - Efficience (la juste prescription) - Régulation	Bon usage des médicaments, des produits et des prestations Améliorer le circuit du médicament et des prestations en favorisant et garantissant le respect des référentiels de bon usage des médicaments, dispositifs médicaux et prestations - La promotion de la prescription des produits génériques ou biosimilaires et le respect des taux d'évolution des dépenses résultant des prescriptions de certains produits de santé - Optimiser les prescriptions de médicaments et la politique d'achats et de gestion des médicaments - Systématiser le recours au biosimilaires - Rationaliser l'usage et massifier les dispositifs médicaux - Accompagner la juste prescription biologique - La mise en œuvre d'une politique de qualité de la prise en charge médicamenteuse dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques associés
Piloter un projet pharmacie partagé entre les membres du GHT	Harmoniser et mutualiser l'efficacité de l'offre de produits pharmaceutiques
Croissance des activités chirurgicales, médicales, radiologiques et biologiques	Développer l'activité de chirurgie dans son ensemble (vasculaire, ophtalmologique, viscérale, urologique, ORL, stomatologique et dentisterie, gynécologique) Développer l'activité de sénologie Développer l'activité d'obstétrique Organiser un hôpital de jour d'onco-hématologie et de séances thérapeutiques Développer l'activité d'hépatogastroentérologie Développer l'activité de néphrologie et optimiser le recours à l'HPDD de médecine Développer l'activité de médecine polyvalente Développer l'activité de polysomnographie Développer l'activité de court séjour gériatrique Développer le nombre de passages aux soins externes des urgences Optimiser les plages d'imagerie Augmenter le nombre de clients du laboratoire
Diversification de l'offre de prestations	Développer l'activité de médecine néonatale Conforter la filière de prise en charge oncologique Développer une activité de rythmologie Développer le plateau technique d'imagerie Développer l'activité externe du laboratoire Développer les consultations programmées à partir du service des urgences
Piloter un projet médical partagé entre les membres du GHT	Améliorer l'efficacité de l'offre de soins du territoire

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Accès aux soins	
Prise en charge précoce des soins de 1er recours	Coopérations territoriales public/privé
Parcours de soins patient	Développer le numérique pour les patients et la médecine de ville - Dossier Patient Informatisé
Accès aux soins personnes âgées et maintien à domicile	Mettre en œuvre le schéma territorial cible de l'offre du système de santé et la complémentarité entre établissements : CHD Pôle MCO + plateaux technique + Urgences + cancérologie, PGS Pôle d'excellence gériatrique, HMZ Pôle d'excellence SSR
Piloter un projet médical partagé entre les membres du GHT	Consolider sur chaque site MCO les activités socles nécessaires au fonctionnement des urgences et de la gynéco-obstétrique Harmoniser la permanence de soins Organiser la structuration et la gradation des cinq parcours patient prioritaires : cardiologie, digestif, gériatrie, neurologie, pneumologie (accès aux consultations, aux avis spécialisés, hospitalisation conventionnelle ou de jour, prises en charge urgentes et coopération avec les services de soins critiques, organisation sortie du patient avec SSR-HAD et structure médico-sociale et sociale Organiser la gradation des soins pour les autres parcours patient Mettre en cohérence les autorisations/labellisations Consolider la réponse en psychiatrie et pédopsychiatrie notamment ambulatoire Consolider la filière SSR : offre complète et de proximité SSR polyvalents et spécialisés
Qualité des soins	
Gradation - Efficacité - Qualité des soins	maillage territorial - coopérations territoriales Renforcer les synergies territoriales - par rapport aux spécificités des établissements Atteindre la cible non atteinte des indicateurs de santé
Gestion des risques sanitaires	
	Renforcer la sécurité des patients
Efficience et qualité du système de santé	
Retrouver l'équilibre médico-économique de l'établissement	Améliorer la valorisation de l'activité d'hospitalisation et des soins critiques Accroître les recettes via le développement d'activité Redimensionner les moyens des services cliniques Restructurer les fonctions support Optimiser la gestion des ressources humaines. Optimiser les achats Anticiper et prévenir une dégradation de la situation financière de l'établissement
Adapter les organisations	Réintégrer l'activité de périnatalité sur le site de Dunkerque Organiser un hôpital de jour d'onco-hématologie et de séances thérapeutiques (volet efficience) Regrouper l'USIC et l'USINV Adapter le capacitaire de pédiatrie à l'activité Adapter le capacitaire de chirurgie le week-end Réorganiser le fonctionnement analytique du laboratoire de biologie Dématérialiser les processus de gestion administrative Réorganiser les secrétariats médicaux Optimiser la fonction restauration
Rechercher la juste prescription	Voir ci-dessus
Prévention des risques professionnels	Prévenir l'absentéisme Promouvoir le dialogue social
Piloter un projet biologie médicale partagé entre les membres du GHT	Mutualiser les achats avec un marché commun aux établissements du GHT à horizon 2022
Investir dans la santé	
Immobilier	Fixer le périmètre du projet immobilier du CHD et améliorer l'attractivité du territoire Plan Hôpital 2020 : installation de la périnatalité, d'un service de médecine nucléaire, d'un nouveau service de réanimation-soins continus, d'une nouvelle unité de dialyse, d'une nouvelle unité de chirurgie ambulatoire, extension des rotules de liaison entre les tours
Imagerie médicale	Investir dans les équipements et compétences d'imagerie médicale à horizon 2021
Système d'informations	Optimisation du système d'information du CHD avec mise en place d'un système d'informations du GHT convergent Harmoniser les systèmes d'informations de la pharmacie Adapter le SI de santé pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, faciliter le travail au quotidien des équipes soignantes, participer à la performance et l'efficience (Recettes et Dépenses), apporter des services aux patients et aux partenaires, créer un SI de territoire

Source : chambre régionale des comptes à partir des données des projets régionaux de santé, des CPOM, du contrat d'amélioration de la qualité et l'efficience des soins, des projets d'établissement, des PRE (Pacte Performance 2022), du PHD et du GHT.

Tableau n° 18 : Stratégie du contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins

Axe	Objectifs
11 Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations	110 Utilisation des logiciels d'aide à la prescription
	111 Utilisation de l'identifiant des prescripteurs
	112 Informatisation de la traçabilité de la prescription à l'administration (médicament) ou la pose (DMI)
	113 Prescription nominative
	114 Préparation dispensation des médicaments
	116 Assurance qualité du circuit du médicament produits et prestations
	117 Evénements indésirables
	118 Qualité de la prise en charge médicamenteuse et efficacité
	119 Actions correctrices et préventives
12 Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau	120 Développement de la stratégie de pharmacie clinique
	121 Vigilance et bon usage des antibiotiques
	122 Maîtrise des infections liées aux soins
	123 Diffusion des bonnes pratiques de prescription
13 Engagement pour la prescription de médicaments dans le répertoire des génériques et des biosimilaires (art. 10-3)	130 Promotion des génériques et biosimilaires
	131 Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire des génériques
	132 Promotion des médicaments biosimilaires en Intra hospitalier
	133 Promotion des médicaments biosimilaires (en soins externes/sorties d'hospitalisation)
14 Engagements relatifs aux médicaments produits et prestations prescrits par l'établissement et délivrés en ville (art. 10-4)	134 Part des achats de génériques et biosimilaires
	141 Promouvoir le bon usage de la prescription médicamenteuse tout en respectant les taux d'évolution fixés par arrêté
15 Engagements relatifs à la modération des dépenses de la liste en sus dans le cadre du bon usage et du respect des référentiels (art. 10-5)	151 Suivi des dépenses de la liste en sus
16 Auto évaluation (uniquement CAQES 2019-2021)	160 Rapport

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du contrat d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins.

Tableau n° 19 : Objectifs du plan de retour à l'équilibre 2016-2020

PRE V1	
axe 1	Amélioration des recettes T2A par un meilleur codage
axe 1	Mise à niveau des financements ciblés
axe 1	Amélioration du taux d'occupation de l'EHPAD
axe 1	Facturation exhaustive des chambres particulières
axe 2	Développement de l'activité d'oncologie
axe 3	Suppression de l'HPPD de chirurgie
axe 3	Réintégration de l'activité de périnatalité sur le site de Dunkerque
axe 3	Réorganisation des activités de gynécologie sur le site de Grande-Synthe
axe 4	Réinternalisation de l'activité de biologie médicale pour les activités de soins situées sur le site de Grande Synthe
axe 4	Externalisation du nettoyage des parties communes de l'EHPAD
axe 4	Optimisation des coûts liés à la restauration
axe 4	Suppression de structures préfabriquées
axe 4	Réorganisation des secrétariats médicaux
axe 5	Modification des avances à la durée intermédiaire
axe 5	Suppression des primes extra réglementaires aux agents AS et IDE contractuels recrutés
axe 5	Compensation des astreintes
axe 5	Optimisation du temps de travail médical
PRE V2	
axe 1	Organisation des sorties des patients avant 12h30
axe 2	Optimisation des effectifs sur les pôles de médecine
axe 3	Modification des règles de titularisation
axe 3	Réduction de l'absentéisme
axe 4	Développement de la chirurgie ambulatoire
axe 5	Augmentation du nombre de chambres particulières en chirurgie et médecine
axe 6	Développement de la filière cancérologique
axe 7	Mise en place d'une politique achat et optimisation des fonctions support

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du plan de retour à l'équilibre 2012-2019.

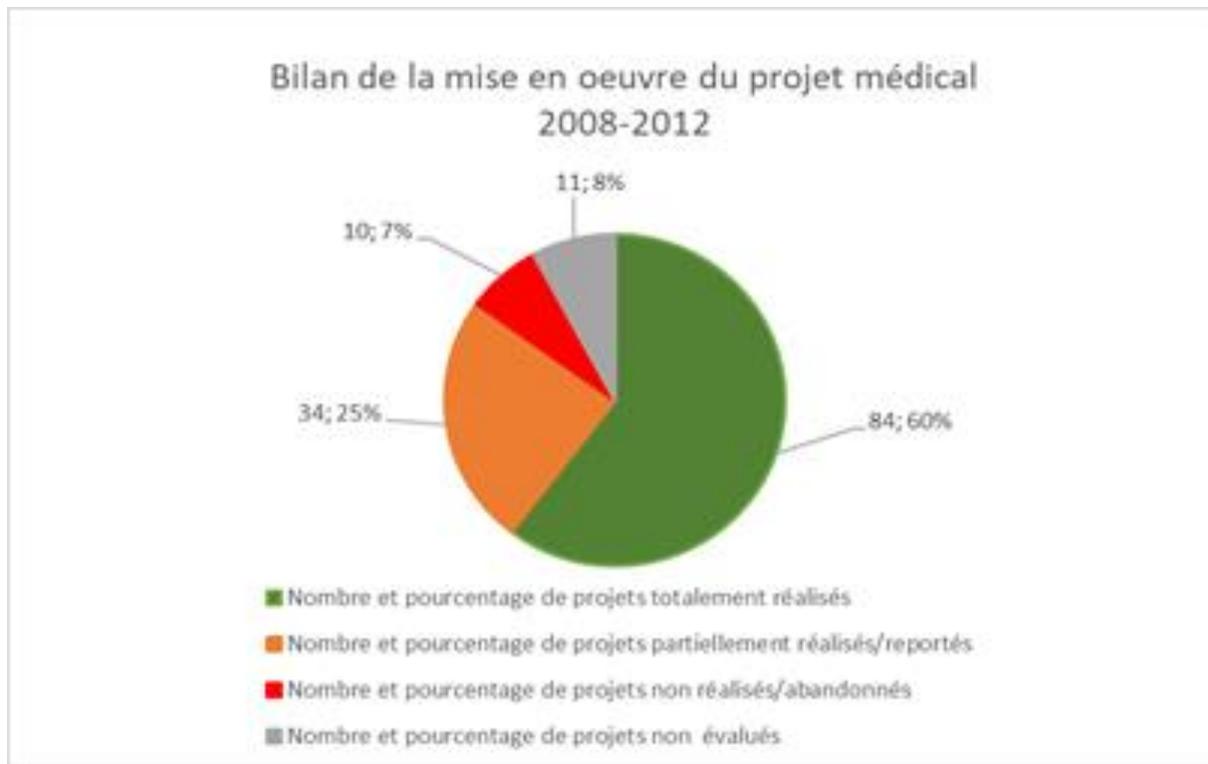
Tableau n° 20 : Actions du « Pacte Performance 2022 : réussir ensemble »

PACTE PERFORMANCE 2022, Réussir ensemble		
AXES	SOUS-AXES	ACTIONS
Axe 1	Sous Axe 1.1	
L'efficacité poursuivie des organisations et prescriptions	<i>L'adaptation poursuivie des organisations</i>	Réintégrer l'activité de périnatalité sur le site de Dunkerque
		Organiser un hôpital de jour d'onco-hématologie et de séances thérapeutiques (volet efficacité)
		Regrouper l'USIC et l'USINV
		Adapter le capacitaire de pédiatrie à l'activité
		Adapter le capacitaire de chirurgie le week-end
		Réorganiser le fonctionnement analytique du laboratoire de biologie
		Dématérialiser les processus de gestion administrative
		Réorganiser les secrétariats médicaux
	Optimiser la fonction restauration	
	Sous-Axe 1.2	
	<i>recherche de la juste prescription</i>	Optimiser les prescriptions de médicaments et la politique d'achat et de gestion des médicaments
		Systematiser le recours aux biosimilaires
		Rationaliser l'usage et massifier les dispositifs médicaux
	Accompagner la juste prescription biologique	
Sous-Axe 1.3		
<i>L'amélioration poursuivie des démarches d'achat</i>	Optimiser les achats (hors produits de santé)	
	Massifier les achats de stents coronaires	
Sous-Axe 1.4		
<i>mise en œuvre poursuivie des politiques de prévention des risques professionnels</i>	Prévenir l'absentéisme du personnel non médical	
	Promouvoir le dialogue social	
Axe 2	Sous-Axe 2.1	
L'optimisation poursuivie de la valorisation des activités	<i>L'exacte adéquation de la prise en charge des patients nécessitant des soins critiques</i>	Optimiser le recours et valoriser les soins critiques
	<i>La juste valorisation des activités, notamment chirurgicales</i>	Optimiser la valorisation de l'activité d'hospitalisation
Axe 3	Sous-Axe 3.1	
La réponse aux besoins de santé de la population du territoire et la diversification de l'offre de prestations	<i>La croissance des activités chirurgicales, médicales, radiologiques et biologiques</i>	Développement de l'activité de chirurgie (données consolidées)
		Développer l'activité de chirurgie vasculaire
		Développer l'activité de chirurgie ophtalmologique
		Développer l'activité de chirurgie viscérale
		Développer l'activité de chirurgie urologique
		Développer l'activité de chirurgie ORL, stomatologique et de dentisterie
		Développer la chirurgie gynécologique
		Développer l'activité de sénologie
		Développer l'activité d'obstétrique
		Organiser un hôpital de jour d'onco-hématologie et de séances thérapeutiques (volet croissance)
		Développer l'activité d'hépatogastroentérologie
		Développer l'activité de néphrologie et optimiser le recours à l'HPDD de médecine
		Développer l'activité de médecine polyvalente
		Développer l'activité de polysomnographie
		Développer l'activité de court séjour gériatrique
	Optimiser le nombre de passages aux soins externes des urgences	
	Optimiser les plages d'imagerie	
	Augmenter le nombre de clients du laboratoire	
	Sous-Axe 3.2	
<i>La diversification de l'offre de prestation</i>	Développer l'activité de médecine néonatale	
	Conforter la filière de prise en charge oncologique	
	Développer une activité de rythmologie	
	Développer le plateau technique d'imagerie	
	Développer l'activité externe du laboratoire	
Développer les consultations programmées à partir du service des urgences		

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du « Pacte Performance 2022 : réussir ensemble ».

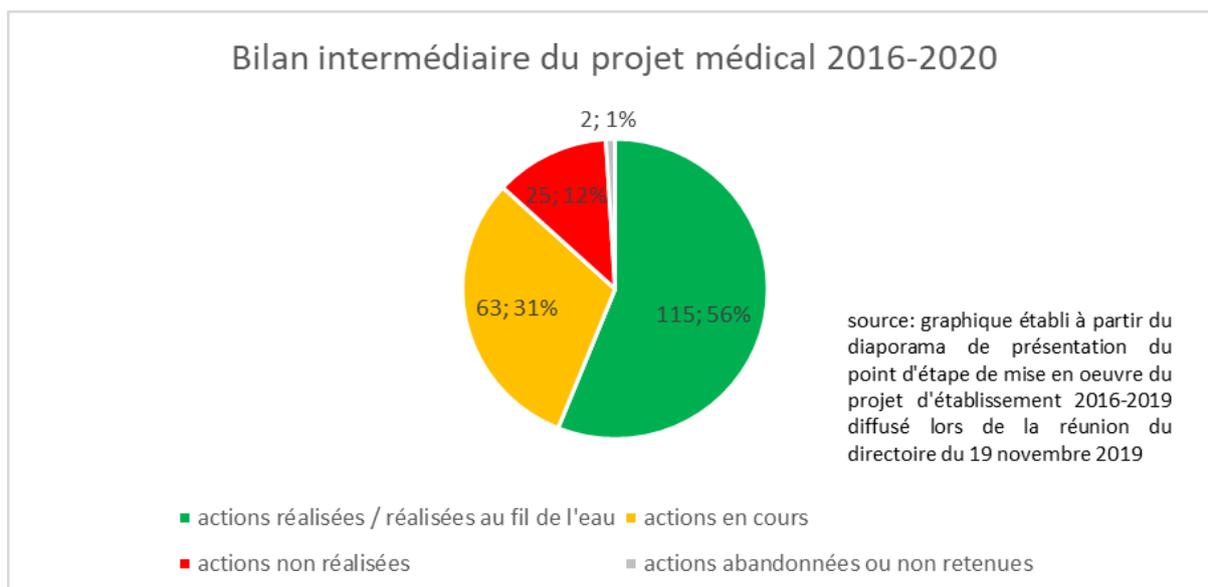
Annexe n° 3. Évaluation des résultats de l'action du CHD

Graphique n° 4 : Bilan de mise en œuvre du projet médical 2008-2012 prolongé jusqu'en 2016



Source : chambre régionale des comptes à partir des données du projet médical 2016-2020.

Graphique n° 5 : Bilan intermédiaire des actions du projet médical 2016-2020



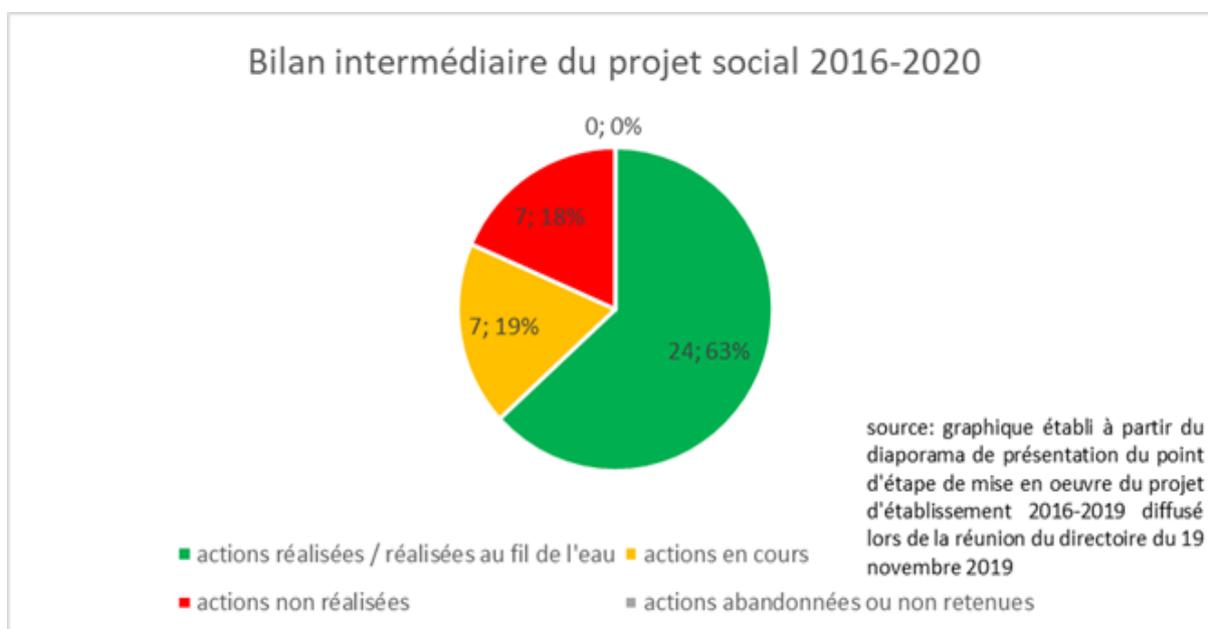
Source : chambre régionale des comptes à partir du diaporama présenté lors du directoire du 19 novembre 2019.

Graphique n° 6 : Bilan intermédiaire des actions des projets de soins, qualité et gestion des risques 2016-2020



Source : chambre régionale des comptes à partir du diaporama présenté lors du directoire du 19 novembre 2019.

Graphique n° 7 : Bilan intermédiaire du projet social 2016-2020



Source : chambre régionale des comptes à partir du diaporama présenté lors du directoire du 19 novembre 2019.

Tableau n° 21 : Résultats obtenus par le CHD 2014-2019

FEUILLE DE ROUTE 2014-2019 DU CHD	Etablie sur la base des PRS, des CPOM, du CAQES, des projets d'établissements, des PRE (Pacte Performance 2022), du PHD et du GHT	Etat d'avancement/Résultats
Améliorer l'état de santé des populations		
Réduction de la mortalité générale et prématurée évitable	Améliorer les indicateurs de santé	pas d'information sur ce sujet
Adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population		
Croissance des activités chirurgicales, médicales, radiologiques et biologiques	Développer l' attractivité médicale pour professionnels de santé et patients	en cours
	Renforcement liens avec le CHU Lille	fait, l'action se poursuit au fil de l'eau
	Développer la recherche clinique	en cours
	Développer les modes substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle notamment, recours à la chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation en médecine (ajustement du capacitaire, développement hôpital de jour et de semaine)	impossibilité de conclure
	Consolider l'activité anesthésie-réanimation d'urgence	impossibilité de conclure
	Rationalisation de l' activité des urgences partagée avec la Maison médicale de garde	en cours (dans le cadre du PHD notamment)
	Développer la télé médecine (développer la télé médecine à l'échelle du Dunkerquois – Plateforme de téléconsultations/Expertises sur la CHD accessible aux médecins de la PGS et de l'HMZ ; développer la télé médecine à l'échelle du GHT - Adapter le projet de télé médecine au service du projet médico-soignants partagé (GHT))	en cours
	Améliorer l' imagerie et le développement de la télé radiologie et étendre les coopérations entre établissements, entre GHT et avec les radiologues libéraux	en cours
	Créer une unité de médecine nucléaire	fait à travers le GIE TEP gamma des Flandres
	Développer la filière cancérologique et organiser la prise en charge des patients atteints du cancer, coordonnée entre les établissements, inscrits dans des parcours structurés et bénéficiant des progrès techniques et des innovations thérapeutiques du traitement du cancer (chirurgie, médecine nucléaire, chimiothérapies)	impossibilité de conclure
	Augmenter le nombre de naissances et la part du marché de la maternité par l'amélioration de la prise en charge et de l'efficacité de l'activité de maternité	fait
	Structurer la filière gériatrique de proximité et l'ajustement de l'offre (urgences, médecine et chirurgie, accès aux bilans en hôpital de jour)	impossibilité de conclure
	Améliorer la prévention et le traitement de l'obésité , coordonné avec le CH de Boulogne	Fait
	Prendre en charge le suivi de la maladie rénale chronique (dialyse hors centre lourd)	impossibilité de conclure
	l'optimisation des prises en charge des addictions en garantissant l'efficacité des dispositifs et des partenariats (Urgences et maternité)	impossibilité de conclure
	Optimiser le parcours hospitalier suite à un AVC	impossibilité de conclure
	Développer l'activité de chirurgie dans son ensemble (vasculaire, ophtalmologique, viscérale, urologique, ORL, stomatologique et dentisterie, gynécologique)	en cours
	Développer l'activité de sénologie	en cours
	Développer l'activité d'obstétrique	en cours
	Organiser un hôpital de jour d'onco-hématologie et de séances thérapeutiques	en cours
	Développer l'activité d'hépto-gastroentérologie	en cours
	Développer l'activité de néphrologie et optimiser le recours à l'HPDD de médecine	fait
	Développer l'activité de médecine polyvalente	fait
	Développer l'activité de polysomnographie	fait
	Développer l'activité de court séjour gériatrique	fait
	Développer le nombre de passages aux soins externes des urgences	en cours
	Optimiser les plages d'imagerie	en cours
Augmenter le nombre de clients du laboratoire	en cours	
Diversification de l'offre de prestations	Développer l'activité de médecine néonatale	en cours
	Conforter la filière de prise en charge oncologique	en cours
	Développer une activité de rythmologie	en cours
	Développer le plateau technique d'imagerie	en cours
	Développer l'activité externe du laboratoire	en cours
	Développer les consultations programmées à partir du service des urgences	fait
Bon usage des médicaments, des produits et des prestations		
Qualité - Efficience (la juste prescription) - Régulation	Améliorer le circuit du médicament et des prestations en favorisant et garantissant le respect des référentiels de bon usage des médicaments, dispositifs médicaux et prestations	fait
	La promotion de la prescription des produits génériques ou biosimilaires et le respect des taux d'évolution des dépenses résultant des prescriptions de certains produits de santé	fait
	Optimiser les prescriptions de médicaments et la politique d'achats et de gestion des médicaments	fait
	Systématiser le recours aux biosimilaires	fait
	Rationaliser l'usage et massifier les dispositifs médicaux	fait
	Accompagner la juste prescription biologique	fait
	La mise en œuvre d'une politique de qualité de la prise en charge médicamenteuse dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques associés	fait
Piloter un projet pharmacie partagé entre les membres du GHT	Harmoniser et mutualiser l'efficacité de l'offre de produits pharmaceutiques	en cours

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Accès aux soins		
Prise en charge précoce des soins de 1er recours	Coopérations territoriales public/privé	en cours (la mise en œuvre du comité ville/hôpital va en ce sens)
Parcours de soins patient	Développer le numérique pour les patients et la médecine de ville - Dossier Patient Informatisé	en cours
Accès aux soins personnes âgées et maintien à domicile	Mettre en œuvre le schéma territorial cible de l'offre du système de santé et la complémentarité entre établissements : CHD Pôle MCO + plateaux technique + Urgences + cancérologie, PGS Pôle d'excellence gériatrique, HMZ Pôle d'excellence SSR	en voie de finalisation
Piloter un projet médical partagé entre les membres du GHT	Consolider sur chaque site MCO les activités soles nécessaires au fonctionnement des urgences et de la gynéco-obstétrique	en cours
	Harmoniser la permanence de soins	en cours
	Organiser la structuration et la gradation des cinq parcours patient prioritaires : cardiologie, digestif, gériatrie, neurologie, pneumologie (accès aux consultations, aux avis spécialisés, hospitalisation conventionnelle ou de jour, prises en charge urgentes et coopération avec les services de soins critiques, organisation sortie du patient avec SSR-HAD et structure médico-sociale et sociale	action débutée
	Organiser la gradation des soins pour les autres parcours patient	en cours
	Mettre en cohérence les autorisations/labellisations	action non débutée pour cause d'attente de publication de textes de loi
	Consolider la réponse en psychiatrie et pédopsychiatrie notamment ambulatoire	pas d'information trouvée sur ce sujet
	Améliorer l'efficacité de l'offre de soins du territoire	en cours
	Consolider la filière SSR : offre complète et de proximité SSR polyvalents et spécialisés	pas d'information trouvée sur ce sujet
Qualité des soins		
Gradation - Efficacité - Qualité des soins	maillage territorial - coopérations territoriales	en cours
	Renforcer les synergies territoriales - par rapport aux spécificités des établissements	en voie de finalisation pour les établissements du schéma cible
	Atteindre la cible non atteinte des indicateurs de santé	pas d'information trouvée sur ce sujet
Gestion des risques sanitaires		
	Renforcer la sécurité des patients	impossibilité de conclure
Efficience et qualité du système de santé		
Retrouver l'équilibre médico-économique de l'établissement	Améliorer la valorisation de l'activité d'hospitalisation et des soins critiques	fait mais objectifs partiellement atteints en terme financier
	Accroître les recettes via le développement d'activité	fait mais objectifs partiellement atteints en terme financier
	Redimensionner les moyens des services cliniques	fait mais objectifs partiellement atteints en terme financier
	Restructurer les fonctions support	fait mais objectifs partiellement atteints en terme financier
	Optimiser la gestion des ressources humaines.	fait mais objectifs partiellement atteints en terme financier
	Optimiser les achats	fait : objectif fixés atteints en terme financier
		impossibilité de conclure
	Anticiper et prévenir une dégradation de la situation financière de l'établissement	
Adapter les organisations	Réintégrer l'activité de périnatalité sur le site de Dunkerque	fait
	Organiser un hôpital de jour d'onco-hématologie et de séances thérapeutiques (volet efficience)	en cours ??
	Regrouper l'USIC et l'USINV	en voie de finalisation (à confirmer)
	Adapter le capacitaire de pédiatrie à l'activité	fait
	Adapter le capacitaire de chirurgie le week-end	mise en œuvre partielle
	Réorganiser le fonctionnement analytique du laboratoire de biologie	action en cours
	Dématiser les processus de gestion administrative	en voie de finalisation
	Réorganiser les secrétariats médicaux	en voie de finalisation
	Optimiser la fonction restauration	en voie de finalisation
Rechercher la juste prescription	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
Prévention des risques professionnels	Prévenir l'absentéisme	mise en œuvre partielle
	Promouvoir le dialogue social	mise en œuvre partielle
Piloter un projet biologie médicale partagé entre les membres du GHT	Mutualiser les achats avec un marché commun aux établissements du GHT à horizon 2022	action non débutée
Investir dans la santé		
Immobilier	Fixer le périmètre du projet immobilier du CHD et améliorer l'attractivité du territoire	projet immobilier initial revu à la baisse
	Plan Hôpital 2020 : installation de la périnatalité, d'un service de médecine nucléaire, d'un nouveau service de réanimation-soins continus, d'une nouvelle unité de dialyse, d'une nouvelle unité de chirurgie ambulatoire, extension des rotules de liaison entre les tours	mise en œuvre partielle
Imagerie médicale	Investir dans les équipements et compétences d'imagerie médicale à horizon 2021	action en cours
Système d'informations	Optimisation du système d'information du CHD avec mise en place d'un système d'informations du GHT convergent	action en cours
	Harmoniser les systèmes d'informations de la pharmacie	pas d'information trouvée sur ce sujet
	Adapter le SI de santé pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, faciliter le travail au quotidien des équipes soignantes, participer à la performance et l'efficience (Recettes et Dépenses), apporter des services aux patients et aux partenaires, créer un SI de territoire	en cours, l'action n'en est qu' à ses débuts au niveau du GHT

Source : bilan effectué par la chambre régionale des comptes à partir des évaluations menées par le CHD.

Annexe n° 4. Les coopérations territoriales

L'action du CHD est également déterminée par le rôle qui lui est confié d'organiser le système de santé sur le territoire (délimité dans la carte n° 1 ci-dessous, cette carte représentant les frontières du GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois), dans la perspective générale de rationaliser l'offre de soins de proximité et d'assurer des parcours de santé des patients.

Carte n° 1 : Territoire dans lequel s'insère le CHD



Source : fiche sur le GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois issue du site : <https://solidarites-sante.gouv.fr>.



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE

Département du Nord

Exercices 2014 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- | | | |
|------------------------|---|-----------------------------|
| - Mme Justine Leibig : | } | réponse commune de 5 pages. |
| - M. Bruno Donius : | | |
| - M. Jean-Michel Hue : | | réponse de 2 pages. |
| - M. Éric Saldumbide : | | réponse d'1 page. |

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. **Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs** » (article 42 de la loi n° 2001-1248 du 21 décembre 2001).



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

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

Adresse méil : hautsdefrance@crtc.ccomptes.fr