



# **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE**

## **CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER** *Tome 1 – Pilotage et activité, service des urgences, situation financière* **(Département du Pas-de-Calais)**

Exercices 2018 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 08 novembre 2023.



## TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE .....	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 ACTIVITÉ ET PILOTAGE .....	6
1.1 Un territoire de santé aux caractéristiques socioéconomiques défavorables .....	6
1.2 L'évolution de l'activité.....	8
1.2.1 Les capacités d'accueil et les spécialités .....	8
1.2.1.1 Le secteur sanitaire .....	8
1.2.1.2 Le secteur médico-social .....	8
1.2.2 Principaux indicateurs .....	9
1.2.3 Une activité globalement moins importante .....	10
1.2.3.1 Dans le secteur sanitaire .....	10
1.2.3.2 Dans le secteur médicosocial.....	11
1.3 Un pilotage à mettre en place.....	12
1.3.1 Le CHB, établissement support du groupement hospitalier de territoire Côte d'Opale .....	12
1.3.2 Une organisation interne à formaliser.....	14
1.3.3 La nécessité d'arrêter une stratégie.....	15
2 LE SERVICE DES URGENCES .....	17
2.1 Une activité qui progresse.....	17
2.1.1 Le nombre de passages aux urgences en augmentation.....	18
2.1.2 L'orientation des patients en aval des urgences.....	19
2.1.3 La collaboration avec la médecine de ville.....	19
2.1.3.1 L'installation d'une maison médicale de garde libérale au sein des urgences.....	19
2.1.3.2 La mise en place d'un dispositif de recouvrement original .....	20
2.1.3.3 Les relations avec la communauté professionnelle territoriale de santé .....	21
2.2 Les difficultés du service des urgences.....	21
2.2.1 L'organisation du service .....	21
2.2.2 Des difficultés de fonctionnement .....	22
2.3 Vers une meilleure organisation du service des urgences .....	23
2.3.1 Des difficultés confirmées par des audits .....	23
2.3.1.1 L'audit de la <i>Société française de médecine d'urgence</i> .....	23
2.3.1.2 Une certification de la Haute Autorité de santé de niveau B .....	23
2.3.2 De nouveaux outils de pilotage interne des urgences .....	24
2.3.3 L'informatisation des urgences et de leurs données .....	24
2.3.4 Une recherche d'amélioration des parcours patients .....	24
2.3.4.1 La création de la cellule d'ordonnancement .....	25
2.3.4.2 La création des <i>pools</i> de remplacement .....	25
2.3.4.3 La rédaction d'une charte d'hébergement.....	25
2.3.5 Le projet de restructuration des urgences .....	25
3 LA SITUATION FINANCIERE.....	27
3.1 Fiabilité des comptes.....	27
3.1.1 Le principe d'indépendance des exercices.....	27
3.1.1.1 Les reports de charges (budget H) .....	27

## RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

3.1.1.2	Le rattachement des produits à recevoir (budget H) .....	28
3.1.1.3	Le rattachement des charges à payer (budget H) .....	28
3.1.2	La nécessité d'optimiser le recouvrement des recettes .....	29
3.1.2.1	Un recouvrement des créances à améliorer.....	29
3.1.2.2	Un plan d'assurance qualité à suivre .....	29
3.1.2.3	Des insuffisances en matière de contrôle interne.....	30
3.1.3	Des provisions correctement constituées.....	30
3.2	Une trajectoire financière dégradée .....	31
3.2.1	Marge brute et capacité d'autofinancement.....	31
3.2.1.1	Budget consolidé .....	32
3.2.1.2	Le budget principal (budget H).....	33
3.2.1.3	Le budget EHPAD (budget E).....	35
3.2.2	Le financement des investissements .....	36
3.2.2.1	Des niveaux d'investissement moins élevés que prévus.....	36
3.2.2.2	Une situation de désendettement .....	37
3.2.3	La situation bilancielle.....	38
3.2.4	Des mesures à chiffrer afin de financer les projets d'investissement .....	38
ANNEXES	.....	41

## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer (CHB) est situé dans le territoire de proximité du Boulonnais, comptant environ 140 000 habitants et présentant des indicateurs socio-démographiques plus dégradés que dans la région. Il est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Côte d'Opale, qui rencontre des difficultés de fonctionnement ne lui permettant pas, sept ans après sa création, d'atteindre ses objectifs.

En 2022, l'établissement disposait de 613 lits et 182 places, et d'un plateau technique complet. Ses cinq établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comptaient 310 places.

Sur sa zone d'attractivité, le CHB réalise 53,6 % de l'activité en médecine-chirurgie-obstétrique. La crise sanitaire s'est traduite par une baisse d'activité, sauf pour les soins ambulatoires qui se développent. Dans le secteur médico-social, les taux d'occupation sont en diminution depuis 2020.

L'établissement doit analyser les évolutions de ses parts de marché et définir une stratégie et des objectifs à l'échelle du groupement hospitalier de territoire, avec lequel la chambre lui recommande d'articuler son nouveau projet d'établissement.

La dégradation de sa trajectoire financière de 2018 à 2022 se traduit par une baisse de la marge brute. Sa faiblesse ne permet pas de financer, sans aides, le remboursement de la dette ni les investissements courants. Alors qu'il bénéficie d'une garantie de financement sur ses produits d'hospitalisation, sa trajectoire financière dégradée est la conséquence d'une évolution non maîtrisée des charges. Elle traduit l'absence d'impact favorable du développement des soins ambulatoires sur les coûts et l'échec de la mise en œuvre de plans d'économies.

Il en découle que la baisse ou le report des investissements, particulièrement marqués en 2019 et 2020, ne permet pas leur correct renouvellement. Les prévisions pour l'exercice 2023 augurent d'une dégradation accrue de la situation financière, mais elles doivent être considérées avec prudence et actualisées. Le centre hospitalier doit rétablir l'équilibre de son budget en chiffrant les mesures de maîtrise des dépenses envisagées et en traduisant en hypothèses économiques un projet stratégique qui reste encore à définir.

Son projet le plus important est la restructuration du service des urgences, motivé notamment par l'augmentation du nombre de passages dans le service (plus de 61 000 en 2022 contre 55 000 en 2018). Ce dernier doit être défini dans le cadre de la stratégie d'évolution globale des capacités de l'établissement.

## RECOMMANDATIONS

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

### Rappel au droit (régularité)

<i>Degrés de mise en œuvre</i>	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre partielle</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
<b>Rappel au droit unique</b> : présenter annuellement au conseil de surveillance le rapport annuel d'activité de l'établissement, conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.			X	15

### Recommandation (performance)

<i>Degrés de mise en œuvre</i>	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre partielle</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
<b>Recommandation unique</b> : formaliser des procédures de contrôle interne afin de fiabiliser le suivi des données d'activité.			X	30

## **INTRODUCTION**

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, portant sur les exercices 2018 et suivants, a été notifié, le 16 février 2023, à M. André-Gwenaël Pors, directeur en fonctions, et le 20 février 2023, à M. Yves Marlier, directeur jusqu'au 07 mars 2021, et à Mme Valérie Genest, directrice par intérim de mars à juillet 2021. M. Frédéric Cuvillier, président du conseil de surveillance et maire de Boulogne-sur-Mer, a également été informé du contrôle.

L'entretien de fin de contrôle, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, s'est déroulé le 16 juin 2023 avec M. Pors, le 22 juin 2023 avec M. Marlier, et le 27 juin 2023 avec Mme Genest.

Le contrôle a porté sur le pilotage, l'évolution de l'activité et de l'attractivité du centre hospitalier, le service des urgences, et sur sa situation et sa trajectoire financières. La chambre n'a pas examiné les modalités de mise en œuvre de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dont les effets ne se matérialiseront qu'à compter de 2023, ni les modalités de gestion de la permanence des soins.

Le contrôle a porté également sur les systèmes d'information, thème qui fait l'objet d'un second tome.

La chambre, dans sa séance du 20 juillet 2023, a arrêté ses observations provisoires qui ont été communiquées au directeur en fonctions et, sous forme d'extraits, à son prédécesseur et à des tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 08 novembre 2023, a arrêté les observations définitives suivantes.

## 1 ACTIVITÉ ET PILOTAGE

Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer (CHB) est réparti sur plusieurs sites. Le principal, Duchenne, du nom de l'hôpital ouvert en 1980, se situe près de Saint-Martin-Boulogne à l'Est du centre-ville et comprend la plupart des services, dont ceux de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, le centre de médecine nucléaire, les services administratifs et techniques, les urgences, le centre de rééducation et de réadaptation et le centre d'addictologie, le centre d'enseignement et de soins dentaires, le centre de formation aux métiers de la santé. À proximité, se situe le centre Jean-François Souquet, composé de l'EHPAD du même nom et d'une unité de soins de longue durée.

D'autres sites sont plus proches du centre-ville :

- le site Duflos où sont implantés trois EHPAD (La Caravelle, La Frégate et La Corvette) et l'hôpital de jour de psychiatrie ;
- le site Beaufort (EHPAD Océane) ;
- le site Navarin où se trouvent le centre médico-psychologique secteur Nord et, à proximité, le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)<sup>1</sup> ;
- et le site Hédouin avec le centre médico-psychologique secteur Sud et le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Enfin, en sus du centre présent sur le site Duchenne, deux antennes d'hémodialyse sont installées dans les locaux du centre hospitalier de Calais et de celui de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer.

### 1.1 Un territoire de santé aux caractéristiques socioéconomiques défavorables

#### Les découpages territoriaux

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

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

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

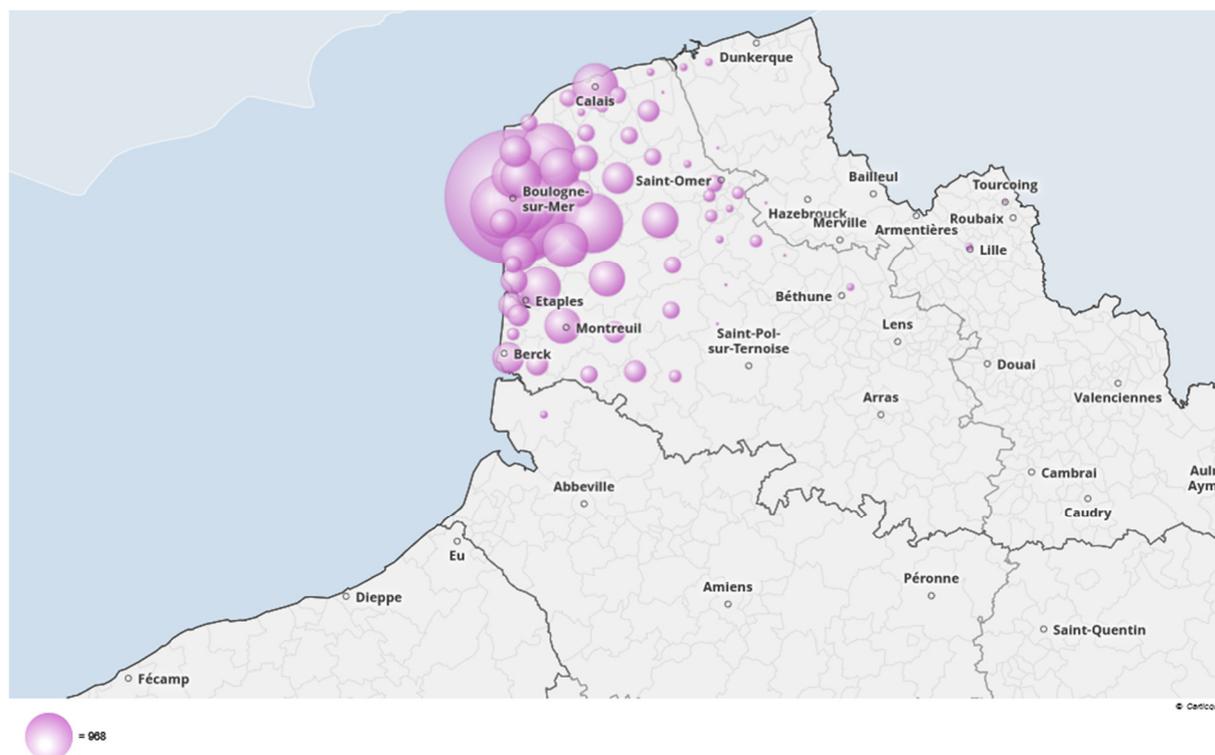
<sup>1</sup> Précédemment sur le site Navarin, le CSAPA est désormais domicilié boulevard Clocheville.

Dans le Pas-de-Calais (1,465 millions d'habitants en 2019), le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer représente une offre de recours pour 400 000 habitants englobant également le Calaisis, le Montreuillois et l'Audomarois. Il détient la deuxième place, après le centre hospitalier de Lens, en parts de marché en médecine-chirurgie-obstétrique sur le territoire.

Alors que le territoire du groupement hospitalier de territoire Côte d'Opale auquel il appartient compte 280 000 habitants, le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer relève du territoire de proximité du Boulonnais, comptant environ 140 000 habitants, et dont les indicateurs socio-démographiques sont plus dégradés que dans la région<sup>2</sup>. Ces caractéristiques sont à l'origine « *de comportements délétères connus en matière de santé : consommation de tabac et d'alcool, pratiques alimentaires déséquilibrées... auxquels s'ajoutent des retards dans l'accès aux soins pour des raisons culturelles et/ou financières* », et entraînant des indices de mortalité prématurée défavorables<sup>3</sup>.

Sur sa zone d'attractivité, le CHB détient, en 2022, 53,6 % des parts d'activité<sup>4</sup> en médecine-chirurgie-obstétrique.

Carte n° 1 : Zone d'attractivité du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer



Source : séjours PMSI MCO au lieu de résidence – activité 2018 – ATIH.

<sup>2</sup> Cf. « portrait socio-sanitaire Hauts-de-France » publié par l'observatoire régional de la santé et du social et présenté le 15 mars 2023 lors d'une journée de concertation organisée par l'ARS Hauts-de-France dans le cadre de la révision du projet régional de santé.

<sup>3</sup> Groupement hospitalier de territoire Côte d'Opale, projet médical partagé 2017-2019.

<sup>4</sup> Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

## 1.2 L'évolution de l'activité

### 1.2.1 Les capacités d'accueil et les spécialités

#### 1.2.1.1 Le secteur sanitaire

En 2022, l'établissement dispose de 613 lits et 182 places (cf. annexe n°2). Le service de maternité est qualifié niveau 2b<sup>5</sup>.

Sa capacité d'accueil est stable depuis 2019. L'évolution marquante concerne la chirurgie dont le nombre de places passe de 22 à 37 entre 2018 et 2019.

Le plateau technique est très complet et est considéré par l'établissement comme un facteur d'attractivité : outre les équipements d'hémodialyse, il comprend deux gamma caméras hybrides (couplées à un scanner), deux tomographes à émission de positons associés à un scanner (Tep Scan), trois scanners (dont un installé dans le service des urgences), quatre appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), un robot d'assistance chirurgicale, deux salles d'angio coronarographie, quatre salles de radio capteur plan, un mammographe, un équipement de radiologie pour l'ostéodensitométrie et des échographes.

#### 1.2.1.2 Le secteur médico-social

Au total, les EHPAD comptent 302 places en hébergement permanent, dont 14 en unité d'hébergement renforcé (UHR), six places en accueil de jour et deux places en hébergement temporaire<sup>6</sup>.

Le bilan d'activité de 2022 constate un âge moyen des résidents de 81 ans. La durée moyenne de séjour est de quatre ans, et 55 % des résidents sont sous mesure de protection, 48 % bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement, et plus de 70 % sont classés en groupes iso-ressources 1 et 2<sup>7</sup>.

En novembre 2021, le centre hospitalier a obtenu l'autorisation<sup>8</sup> d'installer 45 places d'hébergement permanent pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées. L'autorisation porte les capacités totales à 310 places, en incluant ces 45 places nouvelles.

---

<sup>5</sup> Depuis 1998, les établissements de santé sont répartis en quatre niveaux, afin d'assurer une adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de maternité d'accueil. Les établissements de type 1 disposent d'un service d'obstétrique, les établissements de type 2a disposent d'un service de néonatalogie, les établissements de type 2b comportent en plus un service de soins intensifs néonataux et les établissements de type 3 disposent d'un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents. Compte tenu des tensions sur les effectifs médicaux, le niveau de complexité du service du CHB a été diminué du niveau 2b au niveau 2a depuis 2021.

<sup>6</sup> Cf. détail en annexe n° 3.

<sup>7</sup> Le groupe iso-ressources (GIR) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il existe six niveaux, le niveau 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort, le niveau 6 le plus faible.

<sup>8</sup> Décision conjointe du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France et du président du conseil départemental du Pas-de-Calais du 25 novembre 2021 relative à la modification de la capacité d'accueil de l'EHPAD géré par le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

## 1.2.2 Principaux indicateurs

Entre 2018 et 2021, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour au sein du CHB est toujours inférieur à 1<sup>9</sup>, que ce soit en médecine, en chirurgie ou en obstétrique. Cet indicateur favorable situe l'établissement dans la fourchette basse des durées de séjour des établissements de la région ou de même catégorie<sup>10</sup>.

**Tableau n° 1 : Indice de performance de la durée moyenne de séjour**

	2018	2019	2020	2021
Médecine (hors ambulatoire)	0,873	0,863	0,877	0,897
Chirurgie (hors ambulatoire)	0,981	0,971	0,975	0,984
Obstétrique (hors ambulatoire)	0,932	0,956	0,994	0,990

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'outil « Hospidiag ».*

Les taux d'occupation des lits en médecine, chirurgie et obstétrique sont faibles car ils n'atteignent pas les taux-cibles communément retenus (95 % en médecine et chirurgie, 85 % en obstétrique)<sup>11</sup>. L'établissement se classe dans la moyenne régionale, mais en deçà des hôpitaux de même catégorie ou typologie.

**Tableau n° 2 : Taux d'occupation des lits en médecine, chirurgie, obstétrique**

En %	2018	2019	2020	2021
Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)	70,4	71,0	67,5	71,5
Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)	84,7	84,9	74,0	74,2
Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	53,7	59,6	56,4	57,5

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'outil « Hospidiag ».*

L'impact de la crise sanitaire se traduit par une baisse des taux d'occupation en 2020. En 2021, la baisse par rapport à 2019 demeure particulièrement marquée en chirurgie.

<sup>9</sup> En dehors des effets de la garantie de financement, un indice inférieur à 1 traduit des durées moyennes de séjour (DMS) plus courtes que la moyenne des établissements en France. La DMS est un paramètre déterminant le montant pris en charge dans la tarification à l'activité et permet aux hôpitaux de se comparer.

<sup>10</sup> L'outil « Hospidiag » permet de comparer un établissement de santé avec ceux de la même région, de la même catégorie juridique (centre hospitalier universitaire, centre hospitalier, clinique) et de la même typologie nationale (ayant un volume d'activité analogue).

<sup>11</sup> Cf. Fiche 2-5 : *Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète*, Direction générale de l'offre de soins, avril 2016.

### 1.2.3 Une activité globalement moins importante

#### 1.2.3.1 Dans le secteur sanitaire

Entre 2018 et 2021, le CHB perd des parts de marché sur sa zone d'attractivité, sauf en obstétrique.

**Tableau n° 3 : Parts de marché du CHB sur sa zone d'attractivité**

Sur la zone d'attractivité	2018	2019	2020	2021	Évolution 2018-2021
<i>Part de marché globale en médecine</i>	54,5 %	54,6 %	55,0 %	53,3 %	- 1,2 %
<i>Part de marché en chirurgie (HC)</i>	43,6 %	44,3 %	44,8 %	42,6 %	- 1,0 %
<i>Part de marché en obstétrique</i>	56,4 %	60,4 %	58,8 %	58,6 %	2,2 %
<i>Part de marché en chirurgie ambulatoire</i>	31,5 %	31,3 %	27,5 %	28,5 %	- 3,0 %
<i>Part de marché en hospitalisation en cancérologie (hors séances)</i>	44,9 %	46,4 %	46,4 %	43,8 %	- 1,1 %
<i>Part de marché en séances de chimiothérapie</i>	49,0 %	49,7 %	47,0 %	44,6 %	- 4,4 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'outil « Hospidiag ».

Le nombre de séjours et de séances (résumés de sortie anonymisée, RSA<sup>12</sup>) augmente globalement entre 2018 et 2022. Il a retrouvé son niveau d'avant la crise sanitaire pour les séances et les séjours inférieurs à une journée, mais pas pour les séjours d'une nuitée ou plus.

**Tableau n° 4 : Évolution du nombre de séjours**

Type de séjours	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Séjours de +2 jours</i>	18 062	18 426	16 117	16 663	17 085
<i>Séjours d'une nuitée</i>	5 434	5 815	5 048	5 369	4 865
<i>Séjours de 0 jour (hors séances)</i>	12 419	12 762	11 351	12 752	13 720
<b>Total des séjours</b>	<b>35 915</b>	<b>37 003</b>	<b>32 516</b>	<b>34 784</b>	<b>35 670</b>
<i>Séances</i>	43 268	44 086	43 361	44 582	44 353

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Cependant, l'activité du CHB comptabilisée en nombre de résumés d'unités médicales (RUMs)<sup>13</sup> diminue de 2018 à 2022, et surtout en 2020 (- 6,2 % par rapport à 2019).

<sup>12</sup> Un résumé de sortie anonymisée (RSA) recueille l'ensemble des informations standard relatives à un séjour hospitalier en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

<sup>13</sup> Un résumé d'unité médicale (RUM) est produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité médicale assurant des soins de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Il contient des informations d'ordre administratif et médical, codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées. Un ou plusieurs RUMs constituent un RSA, selon le nombre d'unités médicales fréquentées par le malade pendant le séjour concerné.

**Tableau n° 5 : Évolution de l'activité du CHB par type d'hospitalisation**

En nb de RUMS	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018/2022
<b>Hospitalisation complète</b>	25 629	25 974	23 686	23 560	24 119	- 5,9 %
<i>Évolution par rapport à l'année précédente</i>		+ 1,35 %	- 8,81 %	- 0,53 %	+ 2,37 %	
<b>Hospitalisation incomplète</b>	63 100	64 270	60 922	63 255	60 045	- 4,8 %
<i>Évolution par rapport à l'année précédente</i>		+ 1,9 %	- 5,2 %	+ 3,8 %	- 5,1 %	
<b>TOTAL</b>	88 729	90 244	84 608	86 815	84 164	- 5,1 %
<i>Évolution par rapport à l'année précédente</i>		+ 1,7 %	- 6,2 %	+ 2,6 %	- 3,1 %	

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

En hospitalisation complète (cf. annexe n° 4), les baisses d'activité entre 2018 et 2022 sont les plus importantes en volume dans les pôles médecine, mère-enfant et surtout chirurgie (- 10,7 %). En 2022, la baisse des RUMs du pôle psychiatrie par rapport aux années précédentes s'explique par la fermeture du service d'addictologie.

En hospitalisation incomplète, l'établissement signale que les données sont entachées d'erreurs liées à la comptabilisation de l'activité aux urgences. La chambre a relevé les données fiables en annexe n° 4. Elles attestent que l'activité progresse dès 2021 en médecine, en cancérologie et en chirurgie.

D'une façon générale, l'activité a évolué avec le développement des soins ambulatoires, conduisant à la réduction de la durée des séjours (cf. *supra*). Le taux global de chirurgie ambulatoire progresse de 44,2 % à 49,5 % entre 2018 et 2022<sup>14</sup>. La chambre rappelle à cet égard que le développement de l'activité ambulatoire doit s'accompagner d'une démarche coordonnée et qu'il doit entraîner des incidences sur le programme capacitaire.

### 1.2.3.2 Dans le secteur médicosocial

Depuis 2019<sup>15</sup>, le taux d'occupation<sup>16</sup> dans les EHPAD diminue (- 8,3 % en moyenne entre 2019 et 2022). Avec la crise sanitaire, le nombre total de chambres doubles (61 dans les cinq résidences) contribue à cette baisse.

<sup>14</sup> Source : ATIH.

<sup>15</sup> Un changement de méthode dans le calcul des taux d'occupation ne permet pas de rapporter les données transmises pour 2018 à celles des années suivantes. Les données sont donc présentées à partir de 2019.

<sup>16</sup> Le taux d'occupation est calculé en rapportant le nombre de journées réalisées à la capacité maximale résultant du nombre de jours dans l'année (365) multiplié par le nombre de place installées.

Tableau n° 6 : Évolution du taux d'occupation des EHPAD

En %	2019	2020	2021	2022	2023*
<i>EHPAD La Caravelle</i>	98,54	96,93	93,84	90,45	85,18
<i>EHPAD La Corvette</i>	98,75	98,25	90,34	90,78	91,34
<i>EHPAD La Frégate</i>	98,18	95,85	92,25	88,45	90,94
<i>EHPAD L'Océane</i>	99,52	98,69	91,24	89,82	89,92
<i>EHPAD Jean-François Souquet</i>	92,74	87,31	76,87	86,72	81,37
<b>Total</b>	<b>97,68</b>	<b>95,63</b>	<b>89,16</b>	<b>89,04</b>	

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHB.

\* données provisoires issues de la moyenne des taux d'occupation de janvier à mars 2023.

Les taux d'occupation diminuent le plus dans les résidences comportant des chambres doubles (39 à l'EHPAD Souquet) et où les conditions d'accueil sont les moins confortables : cabinets de toilette à l'EHPAD Souquet pour les chambres doubles, manque d'espaces de vie commune dans la résidence La Frégate où les espaces de circulation sont exigus.

Le projet de restructuration des EHPAD lié à la création d'unités de vie Alzheimer doit permettre une meilleure répartition des chambres particulières. Cependant, en l'état des pièces communiquées, le projet ne traite pas le problème capacitaire.

### 1.3 Un pilotage à mettre en place

#### 1.3.1 Le CHB, établissement support du groupement hospitalier de territoire Côte d'Opale

##### **Le groupement hospitalier de territoire (GHT)**

Le GHT Côte d'Opale est défini à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique : il « 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 ».

L'adhésion des établissements de santé à un GHT a été rendue obligatoire par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Le GHT n'est pas doté de la personnalité morale. Une convention constitutive, conclue pour une durée de dix ans, lie les membres du groupement. Celle-ci désigne également un établissement support qui assure obligatoirement, pour le compte de l'ensemble des membres, la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier, la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, la fonctions achats, la formation initiale et continue des professionnels de santé et la définition d'orientations stratégiques pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques (article L. 6132-3 du code de la santé publique). Des délégations facultatives peuvent également lui être octroyées.

Le GHT doit définir les modalités d'organisation entre établissements et créer les conditions d'un travail partenarial et concerté pour répondre aux enjeux de performance et de qualité.

Le GHT Côte d'Opale est composé, outre le CHB, du centre hospitalier de Calais et de l'institut départemental Albert Calmette (IDAC) - établissement public de santé mentale situé à Camiers. Le territoire du GHT compte environ 300 000 habitants en proximité et 500 000 en prenant en compte les flux venant de l'Audomarois et du Montreuillois.

Le CHB et le centre hospitalier de Calais présentent une structuration de prise en charge comparable : activités de médecine-chirurgie-obstétrique, soins médicaux et de réadaptation, unité de soins de longue durée, EHPAD, santé mentale. L'IDAC dispose de structures de psychiatrie infanto-juvénile, de psychiatrie adulte, d'une maison d'accueil spécialisée, d'un institut médico éducatif, d'un service d'éducation spéciale de soins à domicile et d'un EHPAD.

La convention cadre du GHT a été conclue le 04 juillet 2016. Le projet médical partagé 2017-2019 a été adopté par avenant du 03 décembre 2017.

Lors des réunions du conseil de surveillance du CHB, les difficultés de fonctionnement du GHT sont abordées à différentes reprises.

Le comité stratégique se réunit régulièrement, même si la fréquence de ses réunions est moindre depuis 2021. Il évoque les collaborations médicales et la mise en œuvre du projet médical. En revanche, l'installation de la commission médicale de groupement (CMG)<sup>17</sup> et du comité territorial des élus (CTEL) a rencontré des difficultés. Le CTEL ne s'est réuni qu'à deux reprises, en 2018 et 2019. S'agissant de la commission médicale, les établissements ont eu du mal à trouver un accord sur sa composition. Elle s'est réunie pour la première fois en juin 2022. Ses réunions ne font pas systématiquement l'objet d'un compte rendu.

Un bilan du projet médical partagé a été élaboré en décembre 2021. Depuis, les procès-verbaux du comité stratégique évoquent la nécessité d'élaborer un nouveau projet médico-soignant partagé, sans que de réelles démarches aient été engagées.

Concernant les fonctions mutualisées, la « stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et interopérable » sont évoquées dans le deuxième tome relatif aux systèmes d'information.

La fonction achat est peu mutualisée. L'avenant du 03 décembre 2017 à la convention cadre, remet en cause les stipulations de cette dernière en matière de mutualisation. Les difficultés dans la mise en œuvre de la fonction achats sont régulièrement exposées : absence de calendrier commun, organisation des achats divergente entre établissements, difficultés de communication, non-respect de la politique achat, définition insuffisante des achats « hors marché », procédures complexes, difficultés de prendre en compte les besoins propres des établissements. La plupart des marchés sont allotés par établissement. En février 2023, le comité stratégique acte « *une nouvelle séance de travail du comité des achats [...] avec les chefs d'établissement pour redéfinir les objectifs, rebâtir une organisation plus efficace avec des moyens cohérents* », mais aucune amélioration de la gestion des achats n'est constatée depuis.

Si des démarches ont été récemment entreprises pour améliorer la collaboration<sup>18</sup>, la chambre observe que, depuis sa création il y a sept ans, le GHT rencontre d'importantes difficultés de fonctionnement ne lui permettant pas d'atteindre les résultats escomptés.

---

<sup>17</sup> Article. L. 6131-2-1 du code de la santé publique. La CMG remplace le collège médical. Un avenant du 17 mai 2022 à la convention constitutive du GHT définit le rôle et la composition de la CMG.

<sup>18</sup> Création d'un demi-poste de secrétaire général du GHT, adoption d'un préambule à la convention constitutive du GHT en février 2023 qui affirme des principes et objectifs pour traduire la volonté des membres du comité stratégique de « *s'engager dans le renforcement de leur groupement* ».

### 1.3.2 Une organisation interne à formaliser

Les instances de l'établissement se réunissent régulièrement. Les procès-verbaux, approuvés lors de la séance suivante, rendent compte des informations transmises et des échanges.

La composition du conseil de surveillance est fixée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du 14 décembre 2021. Chaque collège comporte cinq membres. Toutefois, deux personnalités qualifiées sont en attente de désignation et l'établissement a sollicité, depuis mai 2022, la modification de la désignation du représentant élu parmi les membres de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La composition actuelle du directoire date du 20 février 2023. L'instance comprend sept membres avec voix délibérative et 14 membres avec voix consultative, invités à titre permanent. Participent aux réunions du directoire tous les chefs de pôle et tous les directeurs adjoints. L'ancien directeur de l'établissement a justifié ce choix par la volonté d'associer les décideurs à la conduite de l'établissement.

Le CHB est organisé en huit pôles : santé mentale addictologie, médecine, activités transversales, médecine oncologie, urgences réanimation, mère enfant gynécologie, hébergement, chirurgie. Des chefs de pôle et des directeurs référents des pôles médico-techniques ont été désignés.

Si le pôle est l'unité de référence pour le suivi de l'activité et les chefs de pôle sont associés au directoire, le rôle et les objectifs des pôles ne sont pas définis. Cinq contrats de pôle ont été élaborés en 2015, mais les documents transmis n'ont pas été signés. Or, le montant de l'indemnité de fonction des chefs de pôle<sup>19</sup> dépend du degré d'atteinte des objectifs fixés dans ces contrats.

Dans ce contexte, la chambre invite l'établissement à formaliser son organisation interne. Si le choix est fait de conserver une organisation reposant sur les pôles d'activité<sup>20</sup>, de nouveaux contrats de pôles fixant les objectifs et les moyens de ces derniers devront être établis, conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur en fonctions lors du contrôle de la chambre a indiqué souhaiter « attendre l'achèvement du nouveau projet d'établissement (juin 2023) et les élections d'une nouvelle commission médicale d'établissement (octobre 2023) pour relancer la démarche de pôle et la gouvernance médico-administrative » du CHB. La chambre souligne toutefois que cette démarche doit intervenir rapidement.

---

<sup>19</sup> Article R. 6146-7 du code de la santé publique.

<sup>20</sup> Depuis la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, le service est devenu « l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail ». Le « directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'un établissement public de santé peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire. [...] Ils nomment conjointement les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées. » (article L. 6146-1-2 du code de la santé publique).

### 1.3.3 La nécessité d'arrêter une stratégie

Le CHB est signataire de deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Le contrat signé avec l'agence régionale de santé et le département du Pas-de-Calais pour la période 2019-2023 concerne les cinq EHPAD et fait l'objet d'un suivi régulier.

Le contrat concernant le domaine sanitaire porte sur la période 2019 à 2024. Son contenu est lacunaire et l'avenant détaillant les annexes<sup>21</sup> n'a été signé qu'en juillet 2019. En outre, contrairement à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique, les rapports d'étape ne sont pas élaborés et aucun suivi n'est réalisé.

Un projet d'établissement couvre la période 2018 à 2022 pour les EHPAD<sup>22</sup> et a fait l'objet d'un bilan. Pour le secteur sanitaire, les grands axes d'un nouveau projet d'établissement pour la période 2019 à 2023 n'ont été validés par le directoire qu'en novembre 2019.

En dépit de l'annonce faite par le directeur lors de la réunion du conseil de surveillance de décembre 2019, selon laquelle le projet d'établissement est « totalement transversal où les pôles sont pilotes », et « décliné en un nombre limité de défis » et « en sous-projets incluant un volet qualité sécurité, avec des chefs de projet, des fiches de suivi, des indicateurs mesurables et une évaluation annuelle », le projet d'établissement 2019-2023, adopté le 1<sup>er</sup> juillet 2020, ne comportait ni fiche de suivi ni indicateur, rendant difficile son évaluation. Mais son application n'a pas été possible du fait de la crise sanitaire. L'établissement est donc resté sans mise en œuvre d'un projet d'établissement depuis 2017.

Compte tenu de l'évolution de son activité, l'établissement doit analyser les évolutions de parts de marché et tirer les conséquences du virage ambulatoire sur le capacitaire.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le centre hospitalier a communiqué le nouveau projet d'établissement présenté au conseil de surveillance en juin 2023. La chambre en prend acte, tout en rappelant que l'établissement devra articuler ce nouveau projet avec une stratégie et des objectifs à l'échelle du territoire du GHT.

Enfin, alors que l'article L. 6143-1 du code de la santé publique dispose que le conseil de surveillance délibère sur le « rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur », aucun document de ce type n'a été élaboré sur la période du contrôle. Un rapport d'activité devait être élaboré pour l'année 2022, mais il n'a pas abouti. La chambre rappelle au centre hospitalier son obligation d'élaborer annuellement un rapport d'activité.

**Rappel au droit unique : présenter annuellement au conseil de surveillance le rapport annuel d'activité de l'établissement, conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.**

<sup>21</sup> L'avenant n°1 signé le 1<sup>er</sup> juillet 2019 porte sur les annexes 1 (orientations stratégiques), 2 (activités de soins), 3 (financements) et 4 (permanence des soins).

<sup>22</sup> Un nouveau projet pour la période 2023 à 2027 est en cours de rédaction.

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer appartient au territoire de proximité du Boulonnais (environ 140 000 habitants) qui présente des indicateurs socio-démographiques plus dégradés que dans la région.*

*Le centre hospitalier est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire Côte d'Opale dont les difficultés de fonctionnement ne lui permettent pas, sept ans après sa création, d'atteindre les résultats escomptés.*

*Sur sa zone d'attractivité, l'établissement détient 53,6 % des parts d'activité en médecine-chirurgie-obstétrique.*

*La crise sanitaire s'est traduite par une baisse d'activité. Si les soins ambulatoires se développent, conduisant à l'augmentation de l'hospitalisation incomplète dans certains pôles, l'activité stagne en 2022, comparativement à 2019. Dans le secteur médico-social, les taux d'occupation diminuent depuis 2020. L'établissement doit analyser les évolutions de parts de marché et tirer les conséquences du virage ambulatoire sur le capacitaire.*

*Alors que l'organisation de l'établissement repose sur des pôles, ceux-ci ne disposent pas de contrat à jour fixant leurs objectifs et moyens. Si un nouveau projet d'établissement vient d'être établi, le centre hospitalier devra l'articuler avec une stratégie et des objectifs à l'échelle du territoire du groupement hospitalier de territoire. Il doit également élaborer annuellement son rapport d'activité.*

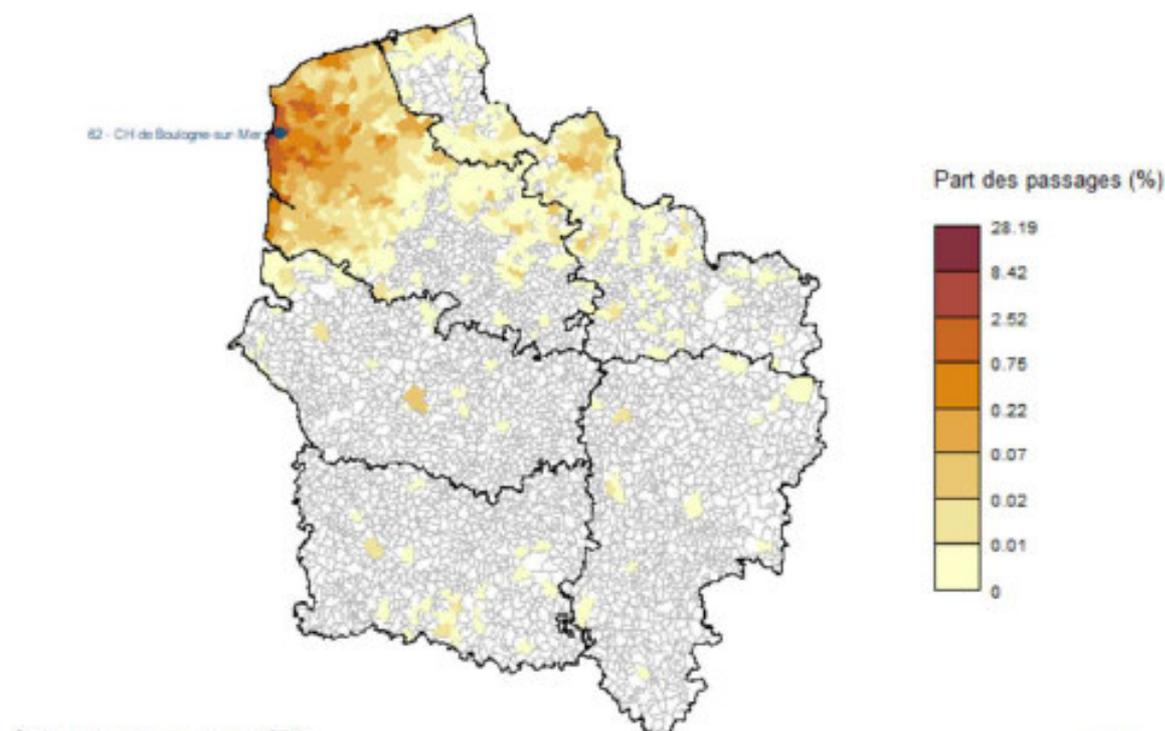
---

## 2 LE SERVICE DES URGENCES

### 2.1 Une activité qui progresse

Le projet médico-soignant des urgences 2023-2027 du CHB souligne que le service des urgences fait figure de « *pôle de référence pour bon nombre de spécialités* ». Les patients qui ont déjà été pris en charge au sein de l'établissement, pour leur suivi médical, se tournent également vers lui pour leurs soins non programmés. Sur la période 2018 à 2021, la part des patients des urgences non-résidents de la communauté d'agglomération du Boulonnais dépasse toujours le tiers du total des patients.

Carte n° 2 : Origine géographique des patients des urgences  
du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer en 2021



Source : projet médico-soignant des urgences 2023-2027 du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, à partir des résumés de passages aux urgences du GIP Sant& numérique et de l'Observatoire régional des urgences Hauts-de-France.

L'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence<sup>23</sup> détenue par le CHB prévoit les modalités suivantes de prise en charge des patients : par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), dans la structure des urgences, et dans la structure des urgences pédiatriques.

<sup>23</sup> Article R. 6123-1 du code de la santé publique.

### 2.1.1 Le nombre de passages aux urgences en augmentation

En dix ans, le nombre de passages aux urgences a progressé de plus du tiers, passant de 45 398 en 2012 à 61 164 en 2022<sup>24</sup>.

**Tableau n° 7 : Nombre de passages aux urgences**

2018	2019	2020	2021	2022
54 922	54 955	49 625	56 408	61 164

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Certains patients recourent plusieurs fois par an au service de soins non programmés. Les patients ayant eu recours à ce service l'ont fréquenté 1,49 fois en 2022, contre 1,15 fois en 2007. Le service des urgences devient l'un des premiers moyens de soin de proximité en l'absence ou l'indisponibilité d'un médecin traitant notamment.

L'année 2020 marque une rupture dans cette progression. D'une part la crise sanitaire, cette année-là, fait craindre la contamination à certains patients qui se rendent moins nombreux aux urgences. D'autre part, à compter de 2020, la présence d'une maison médicale de garde au sein des urgences explique une part de ce nombre de passages.

**Tableau n° 8 : Évolution du recours au service des urgences**

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre total de passages aux urgences	54 922	54 955	49 625	56 408	61 164
Nombre total des patients passés aux urgences	38 275	38 126	34 601	38 669	41 026
Nombre de passages par patient	1,435	1,441	1,457	1,459	1,491

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

De 2018 à 2021, la part des patients hospitalisés en provenance des urgences est de plus en plus importante dans le total des hospitalisations complètes. Ils représentent en moyenne 56,6 % des admissions de l'établissement, dans la moyenne régionale.

**Tableau n° 9 : Évolution des entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences (en %)**

2018	2019	2020	2021
54,8	55,0	57,7	58,9

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'outil « Hospidiag ».

<sup>24</sup> Source : projet médico soignant des urgences 2023-2027 du CHB.

## 2.1.2 L'orientation des patients en aval des urgences

Depuis 2020, le nombre d'hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences baisse : 14 163 en 2022, contre 16 695 en 2018. Néanmoins, en 2022, le taux de passage aux urgences suivi d'une hospitalisation (23,2 %) est supérieur aux niveaux national (19 %<sup>25</sup>) et régional (17,1 %<sup>26</sup>).

**Tableau n° 10 : Orientations à la suite des passages aux urgences**

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Passages aux urgences</i>	54 922	54 955	49 625	56 408	61 164
<i>Dont hospitalisations</i>	16 195	16 517	15 851	15 602	14 163
<i>Dont consultations au service des urgences</i>	38 727	38 438	30 363	36 265	40 522
<i>Dont redirections vers la maison médicale de garde</i>			3 411	4 541	6 479
<i>Part hospitalisations/passages</i>	29,5 %	30,1 %	31,9 %	27,7 %	23,2 %
<i>Part consultations aux urgences /passages</i>	70,5 %	69,9 %	61,2 %	64,3 %	66,3 %
<i>Part redirections vers la maison médicale de garde / passages</i>			6,9 %	8,1 %	10,6 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Parallèlement, de plus en plus de patients sont dirigés vers une consultation. Entre 2019 et 2022, la prescription de consultations progresse de 5 %, pour dépasser 40 000 en 2022.

Enfin, depuis 2020, le CHB dirige des patients, dès leur arrivée, vers une maison médicale de garde libérale implantée directement au sein des urgences.

## 2.1.3 La collaboration avec la médecine de ville

### 2.1.3.1 L'installation d'une maison médicale de garde libérale au sein des urgences

Fin 2019, compte tenu de « tensions sur la démographie médicale de pédiatrie, la lourdeur de la permanence des soins qui épuise les équipes médicales, l'afflux en constante augmentation aux urgences et la faible activité de la maison médicale de garde »<sup>27</sup>, il est décidé d'expérimenter l'installation d'une maison médicale de garde (MMG) à proximité immédiate des urgences. Les médecins libéraux qui y interviennent sont regroupés en une association.

L'expérimentation débute en janvier 2020. La maison médicale accueille les patients adressés par le centre de réception et de régulation des appels libéraux, et par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences du centre hospitalier.

<sup>25</sup> Source : chiffres clés 2022 de l'activité des services d'urgences, Fédération des observatoires régionaux des urgences.

<sup>26</sup> Source : panorama régional 2022 de l'activité des services d'urgences, Fédération des observatoires régionaux des urgences.

<sup>27</sup> Procès-verbal de la réunion du conseil de surveillance du 18 décembre 2019.

Ainsi, depuis 2020, les passages aux urgences suivis d'un adressage à la maison médicale de garde sont comptabilisés par le CHB. Le nombre de ces redirections a presque doublé, passant de 3 411 patients redirigés en 2020 à 6 479 en 2022.

**Tableau n° 11 : Passages aux urgences et redirections vers la maison médicale de garde**

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2019
<i>Passages aux urgences</i>	54 922	54 955	49 625	56 408	61 164	11,3 %
<i>Redirections vers MMG</i>			3 411	4 541	6 479	
<i>Passages aux urgences hors redirections vers MMG</i>	54 922	54 955	46 214	51 867	54 685	- 0,5 %
<i>Évolution N/N-1</i>		0,1 %	- 15,9 %	12,2 %	5,4 %	

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Si le nombre des passages aux urgences progresse de 11,3 % entre 2019, année avant la mise en place de la maison médicale de garde, et 2022, le total des passages hors redirections vers celle-ci connaît une légère baisse (- 0,5 %) sur cette période.

En 2022, 10,6 % des patients qui se sont rendus aux urgences ont été redirigés vers la maison médicale de garde. Ce taux répond à l'un des objectifs fixés dans le cadre de l'expérimentation sur le forfait de réorientation vers la médecine de ville<sup>28</sup>, à une fourchette comprise entre 5 et 10 % de réorientation des patients. Cependant, il n'est pas possible de le caractériser, en l'absence de transmission d'information relative à la classification clinique des malades aux urgences.

Compte tenu de cette collaboration avec la médecine de ville, le CHB a décidé de faire partie, en 2021, des 36 établissements volontaires pour participer à l'expérimentation précitée. Cependant, il n'a pas pu la mener pour des raisons techniques liées aux systèmes d'information.

### 2.1.3.2 La mise en place d'un dispositif de recouvrement original

Le fonctionnement de la maison médicale repose sur une convention de collaboration signée entre chaque médecin (environ 80), l'association dont il est membre et le CHB. Elle prévoit les modalités de réorientation des patients des urgences vers cette structure, et si nécessaire, celles de réintroduction dans la filière des urgences hospitalières, et un dispositif de recouvrement des actes, les patients étant enregistrés à l'accueil des urgences.

L'établissement applique un tiers payant intégral, et assure la facturation et l'encaissement de l'activité de la maison médicale. Ensuite, les médecins lui adressent leur facturation d'honoraires dont s'acquitte le CHB sous la forme d'actes de consultation externe. Aucune redevance de gestion n'est prévue sur l'activité réalisée.

Ce fonctionnement a été un préalable à la collaboration de la maison médicale, car le CHB dispose de capacités de poursuite en recouvrement plus fortes que le cabinet libéral, et il permet d'éviter à ce dernier le risque de non-paiement. Si les tutelles se sont interrogées sur ce dispositif, elles n'ont pas imposé au CHB de le revoir.

<sup>28</sup> Cf. annexe n° 5.

La chambre préconise à l'établissement d'établir un bilan de cette organisation avec la maison médicale de garde, sous l'angle du fonctionnement de l'hôpital, de l'accès aux soins, et de la sécurité juridique et financière du dispositif.

### 2.1.3.3 Les relations avec la communauté professionnelle territoriale de santé

Sur le territoire du centre hospitalier, la communauté professionnelle territoriale de santé « Opale Sud » a été créée en 2022. Composée de 23 médecins associés, elle a organisé une permanence des soins. Depuis février 2023, elle réserve des créneaux de rendez-vous de soins non programmés aux patients résidant dans 17 communes du Sud de l'agglomération boulonnaise. Des échanges ont lieu avec le CHB, notamment sur la réorientation des patients.

En outre, un service d'accès aux soins<sup>29</sup> a été mis en place, en septembre 2023, dans le Pas-de-Calais.

## 2.2 Les difficultés du service des urgences

Aucun contrat de pôle n'a été transmis pour le pôle « urgences-réanimation ».

### 2.2.1 L'organisation du service

Depuis 2019, un nouveau système de « tri » des patients à l'accueil des urgences est mis en place. Plusieurs circuits (ou filières) ont été organisés :

- la zone d'accueil ;
- la filière courte (ou rapide) : les pathologies sans prise en charge technique lourde y sont regroupées ;
- le secteur « long », ou filière médico-chirurgicale, qui nécessite des besoins techniques plus importants (réalisation d'imagerie) et une bonne articulation avec l'aval ; le plateau d'imagerie positionné directement dans le service des urgences est un atout ;
- l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui se compose de neuf lits ;
- la filière pédiatrique ;
- la filière psychiatrique.

Le service peut accueillir un flux maximum de 35 patients.

---

<sup>29</sup> Le service d'accès aux soins (SAS) est un nouveau service d'orientation du patient dans son parcours de soins. En cas de besoin de soins urgents ou non programmés, et lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible, le SAS doit permettre d'accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé. Celui-ci pourra fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter le patient vers une consultation de soin non programmé en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou d'un transport sanitaire (source : ministère de la santé et de la prévention).

## 2.2.2 Des difficultés de fonctionnement

En 2018-2019, le service connaît des difficultés croissantes de fonctionnement qui transparaissent dans les comptes rendus d'instances.

À la suite d'agressions du personnel, occasionnant de la souffrance et une rotation élevée des agents, un groupe de travail « violences aux urgences » a été mis en place en 2018. Un poste d'agent de médiation a été créé au service des urgences, à titre expérimental.

Lors de la réunion de la commission médicale d'établissement, en mars 2018, un rapport de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins a relevé la saturation de l'unité d'hospitalisation de courte durée et l'absence de respect de sa charte d'hospitalisation. Un groupe de travail paramédical a été créé.

Alors que la nécessité de réaliser un audit interne du service des urgences est mise en avant dès 2018 par la commission des usagers, ce travail ne sera engagé que fin 2022, en recourant à la méthode du patient traceur<sup>30</sup> qui a nécessité d'élaborer une nouvelle grille d'autoévaluation.

Le service voit le départ de nombreux médecins : de septembre 2019 à août 2021, il en perd la moitié. Des médecins généralistes ont été appelés en renfort.

Les difficultés de recrutement des pédiatres conduit l'établissement à informer le public de la fermeture des urgences pédiatriques à partir de 18h30 à compter du 18 décembre 2021. Toutefois, le service enregistre le même nombre d'admissions d'enfants. Des solutions sont recherchées notamment auprès des médecins libéraux et des médecins généralistes.

Début 2022, la commission des usagers constate « *une forte augmentation des réclamations pour le service des urgences depuis ces deux dernières années en comparaison à la stabilité ressentie ces dernières années* »<sup>31</sup>. Toutefois, le bilan de la direction de la qualité fait état, en septembre 2022, de 8,1 % d'évènements indésirables dans le service (43 sur 529).

D'autres contraintes sont mises en avant par le chef de service : mauvaise connaissance de la disponibilité des lits, retard dans l'informatisation, absence d'un service de médecine polyvalente, ligne unique de garde la nuit.

Ces difficultés de fonctionnement conduisent au dépôt d'un préavis de grève du personnel du service, qui se résout par la signature d'un protocole d'accord en juillet 2022. Des engagements sont donnés en matière de ressources matérielles et humaines, et d'organisation.

---

<sup>30</sup> Méthode visant à améliorer la qualité des soins en équipe pluridisciplinaire, en analysant rétrospectivement la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement, et les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, afin d'identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.

<sup>31</sup> Source : procès-verbal de la réunion de la CDU du 14 mars 2022.

## 2.3 Vers une meilleure organisation du service des urgences

### 2.3.1 Des difficultés confirmées par des audits

#### 2.3.1.1 L'audit de la *Société française de médecine d'urgence*

En octobre 2020, la direction du CHB a sollicité un audit de la *Société française de médecine d'urgence* dans le but d'établir un diagnostic sur l'organisation du service et de mettre en place un plan d'action pour remédier aux dysfonctionnements.

Le rapport d'audit comporte sept recommandations : finaliser un contrat de pôle, gérer l'aval des urgences, déployer le module urgences du dossier patient informatisé, engager les travaux de restructuration des urgences, donner une nouvelle impulsion au projet d'équipe territoriale des urgences avec le centre hospitalier de Calais notamment, renforcer le lien ville-hôpital, et être force de proposition dans l'accompagnement des ressources humaines.

Une visite complémentaire s'est faite en octobre 2021. Le rapport de ce suivi évoque notamment le fonctionnement de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), l'aval des urgences, l'accueil des urgences pédiatriques, l'unité d'hospitalisation de courte durée, la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, celle des plaintes et réclamations et le plan d'action du service des urgences.

#### 2.3.1.2 Une certification de la Haute Autorité de santé de niveau B

Parmi les 13 thèmes identifiés dans le cadre de la certification en 2020, par la Haute Autorité de santé (HAS), figure la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Le but de cette évaluation est de s'assurer que le service des urgences a défini une organisation pour garantir « *une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel* ».

L'une des recommandations d'amélioration formulées par la HAS, dans son rapport après la visite intervenue fin 2019, porte sur la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Le rapport de certification indique que le pilotage des urgences et des soins non programmés n'est pas totalement défini et que les circuits de prise en charge des urgences pédiatriques sont à préciser, les risques ne sont pas identifiés ni maîtrisés et la séparation des patients adultes et enfants n'est pas assurée.

En mai 2021, un plan d'action est présenté à la commission médicale d'établissement, qui prévoit quatre axes d'amélioration : poursuivre le travail engagé sur le pilotage et l'organisation aux urgences, organiser la filière des urgences pédiatriques, séparer les adultes et les enfants dans le futur projet architectural, mettre en place le projet de maison médicale de garde afin de désengorger les urgences.

Lors du nouvel examen par la HAS, en juin 2021, le secteur des urgences reste classé B<sup>32</sup>, alors qu'au niveau national, le bilan<sup>33</sup> des certifications V2014 menées entre 2015 et 2022 dénombre 73,5 % d'établissements certifiés niveau A pour les urgences.

---

<sup>32</sup> Cf. annexe n° 6.

<sup>33</sup> HAS, *Rapport, Bilan de la 4<sup>ième</sup> version de la certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins, V2014 : 2015-2022*, avril 2023.

### **2.3.2 De nouveaux outils de pilotage interne des urgences**

À la suite de l'audit de la *Société française de médecine d'urgence*, le chef du service des urgences a présenté à la commission médicale d'établissement et au directoire, en septembre 2021, les objectifs à poursuivre : adapter les locaux, améliorer la communication, rédiger un contrat de pôle et un projet de service, résoudre le sous-effectif médical, réorganiser l'accueil et la filière courte, optimiser le fonctionnement du transport infirmier inter-hospitalier, gérer l'aval des urgences et rattraper le retard d'informatisation du service.

Ces points se déclinent en actions pour lesquelles des responsables et des échéances sont déterminés. En décembre 2021, un comité de pilotage urgences est mis en place. Le CHB n'a pas transmis de documents de suivi de ce plan d'action.

À l'automne 2022, de nouvelles maquettes organisationnelles sont réalisées, compte tenu notamment du passage à l'organisation en cycles de 12 heures à l'automne 2021. Les précédentes dataient de 2019.

Enfin, le service a rédigé un nouveau projet de service pour la période 2023-2027. Celui-ci est présenté le 23 juin 2022 en commission médicale d'établissement. Il fait le bilan du précédent et met en avant la consolidation de la maquette organisationnelle, la création d'un atelier de simulation en soins d'urgence, la consolidation de la formation des internes, l'ajout de cinq boxes de soins pour la filière courte et l'aménagement d'une zone d'attente départ.

### **2.3.3 L'informatisation des urgences et de leurs données**

Le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) commence en 2014 au CHB. Le module urgences du DPI est utilisé depuis novembre 2021. Le choix de déployer le logiciel en dernier aux urgences s'explique par la nécessité d'informatiser préalablement tout l'aval.

Ainsi, ce n'est que depuis 2022, première année pleine d'utilisation du module urgences du DPI, que les bilans et statistiques établis par l'ARS à partir des éléments (âge du patient, pathologie) renseignés dans les résumés de passage aux urgences du CHB sont possibles.

Une grande partie des urgences est couverte par le logiciel, mais pas la totalité (les urgences obstétriques par exemple ne le sont pas). En outre, certains secteurs en aval ne sont pas non plus connectés au logiciel, comme le brancardage.

Certaines extensions du dossier patient informatisé n'ont pas été installées, notamment le tableau de bord qui fournit des données statistiques et des indicateurs utiles au pilotage, notamment le délai d'attente aux urgences.

### **2.3.4 Une recherche d'amélioration des parcours patients**

Afin de fluidifier les parcours patients au sein de l'hôpital, une réflexion est engagée en avril 2022 pour établir un état des lieux de la gestion des lits. Un bilan du capacitaire est réalisé et la réflexion met en évidence la nécessité d'avoir recours à une gestion centralisée et coordonnée des lits pour accroître la fluidité du circuit du patient hospitalisé, tant aux urgences qu'en soins programmés.

#### 2.3.4.1 La création de la cellule d'ordonnancement

La cellule d'ordonnancement, cellule de régulation des flux patients dont l'objectif est l'optimisation et l'efficacité de l'occupation des lits, a été créée en septembre 2022. Avant sa mise en place, et depuis 2020, le secrétariat de la direction des soins faisait le point trois fois par jour des lits occupés en passant de nombreux appels téléphoniques. Le but est de connaître les lits disponibles, notamment pour les patients issus des urgences, et de « réduire le délai de prise en charge et le temps de présence des patients aux urgences »<sup>34</sup>.

Le service créé, composé de trois équivalent temps plein (ETP) d'infirmiers, réceptionne le relevé des lits réalisé trois fois par jour par les services, ce qui permet de recenser le taux d'occupation des services des soins. Ces données sont saisies dans un autre tableur, dans l'attente d'un logiciel spécifique connecté au système d'information, pour être diffusé à tous les cadres de santé. Il permet également le déclenchement des brancardages, depuis les urgences ou entre les services.

#### 2.3.4.2 La création des *pools* de remplacement

Parallèlement, deux *pools* de remplacements sont créés, dont un spécifique « urgences-réanimation » composé de quatre infirmiers et deux aides-soignants. Ils permettent de pallier les absences comprises entre un jour et trois mois.

Leur fonctionnement s'appuie sur une application de gestion des remplacements développée depuis novembre 2022. Seuls les agents volontaires sont sollicités en cas de besoin de remplacement.

Un premier bilan de son utilisation a été réalisé en mars 2023 et fait état de 758 remplaçants potentiels. Le nombre des missions a été conséquent en décembre 2022.

#### 2.3.4.3 La rédaction d'une charte d'hébergement

En septembre 2022, la charte d'hébergement est appelée à entrer en application dès novembre 2022. Elle est nécessaire au bon fonctionnement de la cellule d'ordonnancement. Elle suppose que chaque service définisse la typologie des patients qu'il est susceptible d'accueillir, relevant de sa spécialité ou d'autres, pour optimiser le processus de délocalisation, voire d'orientation. Des algorithmes décisionnels doivent être définis pour les parcours de soins problématiques (sevrage alcoolique aigu, motif social, traumatisme crâno-facial).

Un premier projet, présenté à la commission médicale établissement, en décembre 2022, a fait l'objet de vifs débats concernant le temps passé par les urgentistes pour placer un malade dans les autres services à des moments inopportuns. Le patient âgé est au cœur de la problématique et l'intérêt de la création d'un service de médecine polyvalente est à nouveau relevé. Une nouvelle version de la charte d'hébergement date de fin avril 2023.

### 2.3.5 Le projet de restructuration des urgences

Le projet de restructuration des urgences de l'établissement, en réflexion depuis 2014, a été validé par le conseil de surveillance en 2015. L'espace actuel date des années 1990 et permet 40 000 passages par an. La restructuration doit permettre de porter sa capacité à 60 000.

---

<sup>34</sup> Procès-verbal de la réunion de la commission médicale d'établissement du 22 septembre 2022.

Les objectifs principaux de la restructuration présentés lors de la réunion de la commission médicale d'établissement de septembre 2021 sont les suivants :

- restructurer l'accueil du service ;
- proposer des filières de prise en charge différenciées dès l'arrivée du patient ;
- améliorer les flux patients ;
- garantir la confidentialité des échanges ;
- permettre la surveillance des patients ;
- intégrer les urgences pédiatriques sur le même plateau que les adultes.

Si, dans un premier temps, le CHB envisageait de restructurer le service en conservant les mêmes locaux, il souhaite désormais créer une extension et déplacer l'hélistation.

En septembre 2021, les travaux étaient estimés à 12,7 M€, avec un délai prévisionnel de réalisation de trois à cinq ans. Depuis, le projet a évolué. Dans le dernier plan global de financement pluriannuel, cette restructuration est chiffrée à 37 M€. Toutefois, ce montant pourrait encore augmenter, compte tenu de nouveaux projets de travaux non encore évalués.

Le directeur en fonctions au moment du contrôle de la chambre explique cette évolution du projet par « les contraintes techniques [qui] ne permettraient pas de rendre le service attendu par le service des urgences et de prendre en compte les préconisations de la *Société française de médecine d'urgence* ». Il ajoute que « ce bâtiment de trois étages au nord du bâtiment actuel permettra le maintien de liaisons rapides avec la réanimation et le bloc opératoire ».

La chambre observe que les actions menées devront être évaluées et que le projet de restructuration devra s'intégrer dans la stratégie d'évolution du capacitaire.

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Entre 2018 et 2022, le nombre de passages aux urgences du CHB a augmenté, passant de 55 000 à plus de 61 000. Afin de pouvoir faire face à cette évolution, un projet de restructuration du service des urgences est en cours d'élaboration. Il devra être défini dans le cadre de la stratégie d'évolution du capacitaire de l'établissement.*

*La collaboration avec la médecine de ville se traduit, depuis 2020, par l'installation, au sein des urgences, d'une maison médicale de garde gérée par une association de praticiens libéraux. En 2022, 10,6 % des patients qui se sont rendus aux urgences ont été redirigés vers cette structure. Le centre hospitalier assure le paiement des honoraires aux médecins et la facturation et le recouvrement de leurs actes auprès des organismes de sécurité sociale. Aussi, la chambre préconise-t-elle d'établir un bilan de ce dispositif, sous l'angle de l'accès aux soins, mais aussi de sa sécurité juridique et financière.*

*Le service des urgences a été récemment confronté à des difficultés de fonctionnement (problèmes de recrutement, saturation du service, hausse des réclamations). Pour y remédier, des démarches ont été entreprises pour améliorer le parcours patient au sein de l'établissement (création d'une cellule d'ordonnancement, de deux pools de remplacement et rédaction d'une charte d'hébergement). Celles-ci devront être évaluées.*

---

### 3 LA SITUATION FINANCIERE

En 2022, le CHB dispose d'un budget principal (H), dont les produits s'élèvent à plus de 263 M€, soit 91,5 % du total des produits consolidés, et de six budgets annexes<sup>35</sup>.

#### 3.1 Fiabilité des comptes

Le principe de la certification des comptes des établissements publics de santé figure à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique. Le CHB avait été désigné établissement pilote pour certifier ses comptes dès 2014.

##### 3.1.1 Le principe d'indépendance des exercices

###### **Le rattachement des charges et des produits à l'exercice**

La procédure de rattachement est la traduction comptable du principe d'indépendance des exercices. Elle a pour finalité de faire apparaître l'intégralité des charges et des produits ayant donné lieu à service fait au cours d'un exercice, même si les pièces comptables correspondantes n'ont pas encore été reçues ou émises.

Cette opération vise à dégager un résultat sincère de l'exercice, concerne donc les charges et les produits d'exploitation et non les opérations d'investissement.

Source : instruction budgétaire et comptable M. 21, tome II. Le cadre budgétaire et les opérations particulières 2023, titre 2, chapitre 4.

Une procédure relative aux opérations de fin de gestion a été définie. Le calendrier des opérations de clôture budgétaire est adressé mi-novembre de l'année N aux services gestionnaires de crédits. Fin janvier de l'année N+1, les engagements comptables sont arrêtés. Si les factures ont été reçues, les engagements sont liquidés et mandatés. Sinon et en cas de service fait, les services indiquent les montants à rattacher.

###### 3.1.1.1 Les reports de charges (budget H)

###### **Les reports de charges**

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

Pour analyser l'importance des reports de charges, il est possible d'utiliser le taux de charges sur exercices antérieurs rapportant les débits des comptes 67218 (charges de personnel - autres), 67228 (charges à caractère général - autres), 67238 (charges à caractère hôtelier et général - autres) et 67288 (autres charges) à la somme des masses débitrices des comptes 60 à 65, 661 (charges d'intérêt), 67218, 67228, 67238 et 67288. Une valeur supérieure à 0,2 % est considérée comme anormalement élevée.

Source : instruction budgétaire et comptable M21, tome I. Le cadre comptable, 2023, chapitre 2 « le fonctionnement des comptes », p. 136.

<sup>35</sup> « Dotation non affectée » (budget A, 0,04 M€ de produits), unité de soins longue durée (budget B, 4,1 M€), école paramédicale (budget C, 2,9 M€), EHPAD (budget E, 15,3 M€), GHT Côte d'Opale (budget G, 1 M€), centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (budget P, 1 M€).

Les taux de charges sur exercices antérieurs, compris entre 0,01 % et 0,13 % entre 2018 et 2021, sont satisfaisants. En 2019, le montant des reports de charges, principalement des charges de personnel sur exercices antérieurs (compte 67218), s'explique par des facturations tardives, notamment du centre hospitalier universitaire de Lille et de l'institut départemental Albert Calmette de Camiers, de mises à disposition de personnel réalisées entre 2014 et 2018.

### 3.1.1.2 Le rattachement des produits à recevoir (budget H)

Le montant des recettes rattachées augmente d'un tiers de 2018 à 2021, passant de 4,8 M€ à 6,4 M€. En moyenne sur la période, près des trois quarts des produits à recevoir sont imputés comme « autres produits à recevoir » (compte 4687). Le ratio de rattachement est en moyenne de 2,5 % entre 2018 et 2021.

Les séjours qui couvrent deux exercices (« séjours à cheval ») font l'objet d'un contrôle chaque année, par le commissaire aux comptes, qui ne relève pas d'anomalie.

### 3.1.1.3 Le rattachement des charges à payer (budget H)

Les taux de rattachement des charges à payer du budget H au regard du total des charges courantes sont constants au long de la période du contrôle, autour de 4,1 %. Les factures non parvenues augmentent de façon significative, de 0,8 M€ en 2018 à 4 M€ en 2021, représentant 37,3 % des charges rattachées en 2021. Selon le directeur en fonctions au moment du contrôle de la chambre, cette évolution « est à mettre en lien avec la crise sanitaire qui a entraîné un fort absentéisme, y compris dans les services administratifs ou chez les fournisseurs ».

Le montant des dépenses rattachées qui ressort au compte financier (408) apparaît de plus en plus supérieur au montant des dépenses engagées non mandatées établi à la clôture de l'exercice par l'ordonnateur. Il témoigne d'un nombre croissant de factures mandatées durant la journée complémentaire et qui n'avaient pas été engagées préalablement à celle-ci. Parallèlement, le délai global de paiement moyen de l'établissement se dégrade pour se rapprocher du délai réglementaire maximum de 35 jours<sup>36</sup> en 2022.

**Tableau n° 12 : Délai global de paiement moyen du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer**

En jours	2018	2019	2020	2021	2022
<i>DGP moyen</i>	21,2	22,87	26,05	28,18	34,42
<i>Délai comptable</i>	2,75	1,82	1,4	1,38	1,31
<i>Délai ordonnateur</i>	18,45	21,05	24,65	26,8	33,11

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des documents transmis par le comptable public.*

Le CHB doit veiller à réduire le montant des factures non parvenues en fin d'exercice, dans un double objectif de meilleure gestion et de respect du principe d'annualité budgétaire.

<sup>36</sup> L'article R. 2192-10 du code de la commande publique précise que le délai de paiement est fixé à 50 jours pour les établissements de santé. L'article 12 du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 modifié relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique dispose que le délai prévu pour le comptable est de 15 jours.

### 3.1.2 La nécessité d'optimiser le recouvrement des recettes

#### 3.1.2.1 Un recouvrement des créances à améliorer

Au 31 décembre 2021, l'établissement compte, sur 37,5 M€ de restes à recouvrer enregistrés (compte 41), 462 937 € de dépréciations pour comptes de redevables (compte 491), justifiées. Les restes à recouvrer sur les mutuelles et assurances, et sur les hospitalisés et consultants, diminuent entre 2018 et 2022.

La dernière convention de services comptable et financier signée entre le CHB et la trésorerie hospitalière, établie pour la période 2014-2016 et non renouvelée depuis, prévoyait « l'amélioration du recouvrement sur les tiers payants et les institutionnels » (axe 4.1). Un plan de recouvrement des titres de recettes a été signé en novembre 2018.

L'absence de dématérialisation des échanges entre l'hôpital et les organismes d'assurance maladie complémentaire a compliqué le suivi des créances à percevoir. En l'absence de télétransmission avec ces derniers, le CHB a rencontré des difficultés liées notamment aux réactions tardives de ces organismes aux demandes de prise en charge de l'établissement pour ses patients. Selon le directeur en fonctions au moment du contrôle de la chambre, la mise en place du dispositif ROC<sup>37</sup> devrait résoudre ces difficultés.

L'établissement pourrait formaliser une méthodologie pour améliorer le recouvrement des créances, en lien avec le comptable public. En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur en fonctions au moment du contrôle a indiqué qu'un point a été fait à ce sujet avec le comptable public, à la suite du contrôle, et qu'un « recouvrement plus offensif » a été acté pour les créances d'un montant « significatif ».

#### 3.1.2.2 Un plan d'assurance qualité à suivre

##### **Le plan d'assurance qualité**

L'article R. 6113-4 du code de la santé publique prévoit l'élaboration d'un plan d'assurance qualité dans les conditions suivantes : « Le médecin responsable de l'information médicale coordonne l'élaboration et contribue à la mise en œuvre du plan d'assurance qualité des recettes, destiné à garantir l'exhaustivité et la qualité des données transmises et à fiabiliser les recettes de l'établissement. Le plan d'assurance qualité des recettes est présenté chaque année par le médecin responsable de l'information médicale à la conférence ou la commission médicale d'établissement pour information. »

Trois versions d'un plan d'assurance qualité ont été élaborées, en 2019, 2021 et 2022. Si le document s'est étoffé depuis 2019, le commissaire aux comptes observe, dans son rapport sur les comptes 2020, que « dans le contexte de la crise sanitaire, le plan d'action relatif au plan d'assurance qualité du service de l'information médicale a pris du retard ». L'objectif d'audit des résumés d'unité médicale (RUMs) a vu son échéance repoussée de fin 2019 à fin 2023, notamment à cause du retard pris dans l'informatisation des données des urgences. En 2022, l'objectif de traçabilité de modification des RUMs est toujours en cours.

---

<sup>37</sup> Dispositif technique intégré au logiciel de gestion administrative du patient qui simplifie le tiers-payant avec les organismes complémentaires en dématérialisant et standardisant les échanges entre les établissements de santé, les assurances maladie complémentaires et la DGFIP. Il repose sur la mise en place de formats d'échanges normés, pour l'ensemble des acteurs.

Le plan d'assurance qualité n'a été présenté qu'à deux reprises à la commission médicale d'établissement, en octobre 2019 et janvier 2023, et aucun bilan de sa mise en œuvre n'a été fait. La chambre invite le centre hospitalier à en réaliser le suivi.

### 3.1.2.3 Des insuffisances en matière de contrôle interne

Les procédures de contrôle interne sont peu formalisées et l'établissement a du mal à justifier de la réalité des contrôles opérés. Le directeur en fonctions au moment du contrôle a confirmé que les « preuves de contrôles » n'étaient « pas nécessairement conservées au regard du volume que cela représente ».

Dans le contexte de la certification des comptes, en 2014, une cartographie des risques et des fiches de procédures budgétaires et comptables ont été élaborées. Elles sont disponibles sur une plateforme de gestion électronique des documents, mais n'ont jamais été mises à jour. La chambre invite l'établissement à les actualiser.

Le rapport du commissaire aux comptes sur l'exercice 2018 formule une réserve liée à l'identification d'exceptions lors des tests de vérification du codage des actes médicaux, qui traduisent « une faiblesse de contrôle interne dans le processus de facturation ». La correcte valorisation des recettes est ainsi difficile à apprécier. Le constat est repris dans le rapport sur les comptes 2019, bien que des améliorations soient relevées. La réserve est levée sur les comptes 2021, compte tenu du mécanisme de garantie de financement.

La bonne appréciation des recettes repose sur la qualité des contrôles effectués au niveau du département de l'information médicale, et sur l'amélioration de la facturation qui relève de la direction administrative et financière. Cette dernière a engagé un travail pour optimiser la facturation, et une procédure spécifique en la matière a été rédigée en 2022.

Cependant, si l'activité du service de l'information médicale a évolué, fondée sur une recentralisation des codages en 2021, aucun document ne formalise cette modification, ni ne définit les rôles respectifs de la direction des affaires financières et de la direction de l'information médicale en matière de codage.

En outre, lors du contrôle de la chambre, la plupart des données d'activité ont été fournies par la direction des affaires financières. Les informations sur l'activité du service des urgences recueillies auprès du département de l'information médicale ne concordaient pas avec celles de la direction des affaires financières. Bien que ces données soient issues d'outils différents, les deux services ne cherchent pas à les confronter pour les fiabiliser.

Aussi, la chambre recommande-t-elle au centre hospitalier de formaliser des procédures de contrôle interne de nature à fiabiliser le suivi de ses données d'activité et à permettre la correcte appréciation de la valorisation des recettes.

<b>Recommandation unique : formaliser des procédures de contrôle interne afin de fiabiliser le suivi des données d'activité.</b>
--

### 3.1.3 Des provisions correctement constituées

L'établissement comptabilise, au 31 décembre 2021, 53,11 M€ de provisions (tous budgets confondus). Les méthodes comptables appliquées pour le calcul des dotations figurent en annexe des comptes financiers, comme l'exige l'instruction comptable M 21.

Le montant des provisions du CHB augmente de 18,1 % de fin 2017 à fin 2021, principalement sous l'effet des corrections en situation nette, réalisées, pour deux d'entre elles, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, et au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour la troisième.

Ces rectifications entraînent, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, une augmentation de près de 12 % des provisions, due à un nouveau calcul de la provision pour compte épargne-temps (3,9 M€) et de la provision pour rachats d'années CNRACL (1,9 M€). Pour la plus conséquente, une correction a bien été faite en 2019, compte tenu d'un changement de méthode dans le calcul de la provision pour compte épargne-temps<sup>38</sup>, mais le calcul du coût moyen était erroné et a de nouveau été rectifié l'année suivante.

Parallèlement à ces corrections, le CHB constitue différents types de provisions dont les comptes sont régulièrement movimentés (dotations et reprises), illustrant une mise en œuvre dynamique du principe de prudence.

## 3.2 Une trajectoire financière dégradée

L'établissement a des difficultés à prévoir l'aterrissage financier de l'exercice. Le rapport infra annuel n° 2 de l'année 2022 prévoyait un résultat négatif de 10,7 M€. En avril 2023, est annoncé un résultat 2022 de - 9 M€<sup>39</sup>, alors que le compte financier définitif fait état d'un résultat de - 6,1 M€.

### 3.2.1 Marge brute et capacité d'autofinancement

Le précédent contrôle de la chambre mettait en évidence une dégradation des résultats à partir de 2016 figurant dans le plan global de financement pluriannuel 2016-2024. Le CHB avait proposé à l'ARS des mesures de redressement fondées sur quatre sources d'économies : report des investissements en 2019, renégociation d'un emprunt, mise en place d'un hôpital de semaine en chirurgie, mise en œuvre d'un programme de rationalisation des achats.

À la suite d'une nouvelle dégradation de la situation financière en 2017, un plan d'action a été proposé par l'hôpital et validé par l'ARS. En 2018 et 2019, ce plan fait l'objet de points réguliers, en directoire, soulignant la non-atteinte des objectifs. En février 2019, le directeur de l'établissement indique que « ce résultat est à la limite du plan de retour à l'équilibre obligatoire » et qu'un travail de réduction des postes doit être fait. En octobre 2019, il constate que « les engagements ne sont pas tenus. La situation est à ce jour urgente, il est impératif d'agir sur les dépenses ».

---

<sup>38</sup> L'avis du CNoCP n° 2018-05 du 5 avril 2018 relatif à l'évaluation de la provision pour compte épargne-temps préconise un changement de méthode d'évaluation de la provision pour compte épargne-temps à leur « valeur réelle » (soit au coût réel par agent, soit par catégorie d'agents) contre une « valorisation forfaitaire ».

<sup>39</sup> Cf. procès-verbal de la réunion du directoire du 6 avril 2023.

3.2.1.1 Budget consolidé

Après une amélioration entre 2018 et 2020, le résultat comptable se dégrade fortement en 2021 (- 3,9 M€), sous l'effet d'un résultat d'exploitation déficitaire. Cette tendance se poursuit en 2022 avec un résultat de - 6,1 M€.

**Tableau n° 13 : Résultat comptable (tous budgets confondus)**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat d'exploitation	- 0,85	0,36	1,44	- 4,83	- 7,15
Résultat financier	- 1,58	- 1,35	- 0,62	0,002	0,11
Résultat exceptionnel	0,09	- 0,14	- 0,17	0,92	0,91
<b>Résultat net comptable</b>	<b>- 2,34</b>	<b>- 1,13</b>	<b>0,64</b>	<b>- 3,91</b>	<b>- 6,13</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Si la marge brute d'exploitation<sup>40</sup> augmente en 2020 (+ 1,4 M€ par rapport à 2018), elle se dégrade néanmoins fortement à partir de 2021, pour être réduite à 9,8 M€ en 2022, soit une diminution de 7,5 M€ par rapport à 2018.

**Tableau n° 14 : Marge brute d'exploitation (tous budgets confondus)**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
Produits courants de fonctionnement	219,87	224,60	238,84	256,25	271,51
Dont produits d'activité	194,36	199,90	215,14	231,03	244,75
Dont aides financières	5,99	5,99	5,99	5,99	5,99
Charges nettes courantes de fonctionnement	202,51	206,26	220,10	245,79	261,70
Dont charges nettes de personnel	137,29	139,51	151,17	167,12	177,96
<b>Marge brute</b>	<b>17,36</b>	<b>18,34</b>	<b>18,73</b>	<b>10,46</b>	<b>9,81</b>
Taux de marge brute calculé	8 %	8,3 %	8 %	4,1 %	3,7 %
Marge brute hors aides	11,38	12,35	12,75	4,47	3,82
<b>Taux de marge brute hors aides calculé</b>	<b>5,3 %</b>	<b>5,6 %</b>	<b>5,4 %</b>	<b>1,8 %</b>	<b>1,4 %</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Même s'il est relativement stable de 2018 à 2020, le taux de marge brute est faible (8,1 % en moyenne). Calculé hors aides financières (1,4 % en 2022), il baisse fortement depuis 2021. Sa faiblesse impose le maintien des aides au remboursement de la dette.

<sup>40</sup> La marge brute d'exploitation, tous budgets confondus, est la différence entre les produits courants de fonctionnement (c/ 70 à 75), auxquels sont joints les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie (c/ 7722), et les charges nettes courantes de fonctionnement (c/ 60 à 65). Elle sert à mesurer « la performance économique de l'établissement ».

**Tableau n° 15 : Constitution de la capacité d'autofinancement (tous budgets confondus)**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
Total des produits	231,66	237,17	253,35	274,05	287,84
Total des charges	234,00	238,30	252,71	277,96	293,97
<b>Résultat net comptable</b>	<b>- 2,34</b>	<b>- 1,13</b>	<b>0,64</b>	<b>- 3,91</b>	<b>- 6,13</b>
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés (c/ 675)	0,03	0,10	0,30	0,01	0,05
+ Dotation aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	24,07	23,87	23,72	23,47	23,46
- Produits des cessions d'éléments d'actif (c/ 775)	0,18	0,13	0,05	0,47	0,27
- Quote-part des subventions virée au résultat de l'exercice (C777)	0,77	0,83	0,44	0,45	0,70
- Reprises sur dépréciations et provisions (c/ 78)	5,22	5,39	6,16	8,26	6,97
<b>= Capacité d'autofinancement brute</b>	<b>15,60</b>	<b>16,49</b>	<b>18,00</b>	<b>10,39</b>	<b>9,44</b>
- Remboursement de la dette	7,39	7,19	7,05	6,58	6,24
<b>= Capacité d'autofinancement nette</b>	<b>8,21</b>	<b>9,30</b>	<b>10,95</b>	<b>3,81</b>	<b>3,20</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Alors que l'augmentation des produits est plus rapide que celle des charges de 2018 à 2020, conduisant à une hausse de la capacité d'autofinancement (CAF) de 2,4 M€, cette tendance s'inverse en 2021, la CAF reculant de 7,6 M€. Cette dégradation se poursuit en 2022.

### 3.2.1.2 Le budget principal (budget H)

Concernant le budget principal, le taux de marge brute passe de 7,6 % en 2018 à 3,7 % en 2022, et le taux de marge brute hors aides, de 4,8 % à 1,2 %<sup>41</sup>.

#### 3.2.1.2.1 L'évolution des produits

Les produits du budget H augmentent de 2018 à 2021, où ils s'élèvent à près de 250 M€. Ils dépassent 263 M€ en 2022, soit une augmentation de 25,1 % depuis 2018.

**Tableau n° 16 : Évolution des produits du budget H**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	164,48	169,50	185,12	199,73	212,39
Dont titre 1 hors aides financières	158,50	163,52	179,13	193,74	206,40
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	12,39	12,79	10,97	11,79	12,36
Titre 3 : autres produits	33,77	33,75	34,49	38,44	38,68
<b>Total des produits</b>	<b>210,64</b>	<b>216,04</b>	<b>230,58</b>	<b>249,96</b>	<b>263,43</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

<sup>41</sup> Cf. annexe n° 7.

Parmi les produits, figurent les aides versées au CHB (5,99 M€ par an). Sans elles, les produits augmentent de 52,8 M€ entre 2018 et 2022, soit une hausse de 25,8 %. Cette évolution est liée à celle des produits de titre 1, notamment en 2020 (+ 9,5 %) et 2021 (+ 8,2 %).

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, l'établissement bénéficie du dispositif de « garantie de financement »<sup>42</sup> mis en place pour sécuriser les recettes des hôpitaux. En outre, ces derniers se sont vus allouer des crédits non reconductibles par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC<sup>43</sup>).

Grâce à ces dispositifs, les produits de titre 1, hors aides, augmentent de 47,9 M€ de 2018 à 2022. L'effet de la garantie de financement se traduit par une corrélation inverse entre la baisse de l'activité médicale et la hausse des produits d'activité. L'analyse menée par la direction des affaires financières sur la garantie de financement en 2021 confirme que le mécanisme a été favorable à l'établissement.

Cependant, cette garantie s'applique par rapport à une année de référence (2019). Selon l'établissement, cette année est marquée par une activité forte et des effectifs moins importants. Depuis, l'évolution non maîtrisée des charges de personnel (+ 30 %) et des charges hôtelières (+ 23 %) a contribué à la dégradation de la situation financière. Elle révèle que les économies escomptées par le développement des soins ambulatoires n'ont pas été réalisées, alors que les recettes correspondantes sont moindres.

### 3.2.1.2.2 L'évolution des charges

**Tableau n° 17 : Évolution des charges du budget H**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Titre 1 : charges de personnel</i>	125,17	126,94	137,10	152,34	162,21
<i>Titre 2 : charges à caractère médical</i>	44,28	46,38	49,59	56,76	59,42
<i>Titre 3 : charges à caractère général et hôtelier</i>	18,42	18,12	18,17	20,28	22,72
<i>Titre 4 : charges amortissement financières exceptionnelles</i>	26,21	26,42	25,87	25,43	25,34
<b>Total des charges</b>	<b>214,08</b>	<b>217,86</b>	<b>230,72</b>	<b>254,81</b>	<b>269,69</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Les charges du budget H augmentent de 26 % de 2018 à 2022. Les charges de personnel représentent, en moyenne, 59 % des charges. Leur augmentation (+ 27 M€ de 2018 à 2021) est surtout due, en 2020 et 2021, aux revalorisations salariales prévues par les accords du Ségur de la santé. En proportion des charges, elles passent de 58,3 % en 2019, à 60,1 % en 2022.

<sup>42</sup> Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale.

<sup>43</sup> MIGAC : missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation. Les missions d'intérêt général recouvrent des activités spécifiques qui ne peuvent être financées à l'activité en raison de l'absence d'une classification adaptée ou de l'impossibilité de les rattacher à un patient donné.

De 2018 à 2022, le nombre d'équivalents temps plein rémunérés (ETPR)<sup>44</sup> du budget H inscrits sur les états prévisionnels de dépenses et de recettes validés par l'ARS augmente de 303,62 unités, passant de 2 260,58 ETPR en 2018 à 2 564,20 en 2022<sup>45</sup>. Le détail de cette hausse figure en annexe n° 8. Elle concerne le personnel médical (37,21 ETPR) et non médical (266,41 ETPR).

S'agissant de cette dernière catégorie, les facteurs d'explication suivants ont été mis en avant : augmentation de l'effectif pour faire face aux prises en charge Covid19, création d'un « *pool* Covid19 » en 2020-2021 pour répondre à l'absentéisme, transformé en *pool* de remplacement en 2022, recrutements à la suite du pacte de refondation des urgences et aux difficultés internes du service d'accueil des urgences, ajustement des maquettes organisationnelles dans les services de soins (un infirmier diplômé pour 10 lits) et nouvelles activités en lien avec les projets et les investissements mis en œuvre. Le directeur en fonctions au moment du contrôle indique aussi que l'hôpital a dû faire face à une hausse de l'absentéisme du personnel non médical.

La hausse de l'effectif sur les charges de personnel se traduit par un effet volume important, notamment entre 2020 et 2021 (5,7 M€), comme le montre le tableau en annexe n° 9.

La continuelle hausse de l'effectif de 2020 à 2022 induit des charges non compensées. Cette augmentation n'est pas corrélée à l'activité. La progressive dérive de la masse salariale est déconnectée des produits. Alors que l'activité stagne, la hausse de l'effectif continue.

Enfin, toujours s'agissant du personnel non médical, le logiciel de gestion du temps et de l'activité n'est pas paramétré correctement. Une journée de travail est valorisée à hauteur de 7 heures 48 au lieu de 7 heures 36. Des erreurs analogues sont constatées concernant les arrêts maladie (valorisés à hauteur de 7 heures 48 au lieu de 7 heures). L'estimation de l'éventuelle perte financière n'a pas été faite par le CHB. Celui-ci a fait appel à des intervenants extérieurs pour évaluer le paramétrage à réaliser du logiciel. Dans la mesure où ces erreurs sont susceptibles d'avoir une incidence non négligeable sur les charges de personnel, leur correction doit intervenir sans délai. En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur en fonctions au moment du contrôle indique que « l'établissement est engagé dans une démarche d'actualisation du guide de gestion du temps de travail, conformément au projet social du projet d'établissement validé par les instances de juin, et les engagements de la direction pris auprès de l'ARS de mettre en œuvre un « plan de performance et de productivité » ».

### 3.2.1.3 Le budget EHPAD (budget E)

L'évolution des charges et des produits du budget E contribue à la dégradation du résultat tous budgets confondus.<sup>46</sup> De 2018 à 2022, les charges augmentent de 23 %, et les produits, de seulement 13 %. La baisse du taux d'occupation dans les EHPAD limite la progression des produits de l'hébergement, tandis que celle des charges est stimulée par l'augmentation de 34 % des charges de personnel du budget E.

---

<sup>44</sup> L'ETPR décompte l'effectif en intégrant la sur-rémunération dont bénéficient les agents exerçant à temps partiel. Par exemple, un agent employé à 80 % perçoit 86 % de la rémunération d'un temps plein et représente donc 0,86 ETPR. Cette approche en ETPR est systématique dans le cadre de l'EPRD (source : DGOS).

<sup>45</sup> Chiffres issus des EPRD du CHB de l'année suivant l'exercice observé. Par exemple, le nombre d'ETPR en 2018 est celui indiqué sur l'EPRD de 2019. Tous les agents rémunérés par l'établissement (y compris le personnel mis à disposition et d'intérim médical) sont décomptés.

<sup>46</sup> Cf. tableau en annexe n° 10.

Au vu de ces constats, la chambre invite le centre hospitalier à tirer les conséquences du bilan de la hausse de l'effectif, tant sur le budget H que sur le budget E, et à évaluer les réels besoins en personnel au regard du projet stratégique.

### 3.2.2 Le financement des investissements

Les dépenses d'équipement, tous budgets confondus, s'élèvent à 44,9 M€ de 2018 à 2022. Le niveau des investissements a baissé en 2019 et 2020, pour reprendre en 2021.

#### 3.2.2.1 Des niveaux d'investissement moins élevés que prévus

En 2019 et 2020, le montant des investissements est moindre que prévu (5,3 M€ contre 11,3 M€ prévu en 2019, et 5,6 M€ contre 17 M€ prévu en 2020). Après être remonté en 2021, il est, en 2022, 25 % moins élevé que la prévision (9,7 M€ au lieu de 12,5 M€ prévu).

**Tableau n° 18 : Montant des investissements**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Immobilisations</i>	13,89	5,33	5,56	10,40	9,67
<i>Opérations courantes</i>	4,55	4,23	4,86	7,36	6,82
<i>Opérations majeures</i>	9,34	1,10	0,70	3,04	2,85
<i>Intensité d'investissement courant calculée</i>	2 %	1,8 %	1,95 %	2,7 %	2,4 %
<i>Taux de renouvellement des immobilisations</i>	3,8 %	1,5 %	1,5 %	2,8 %	2,5 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Si les opérations courantes sont stables de 2018 à 2020, elles augmentent depuis 2021. Le taux de renouvellement des immobilisations<sup>47</sup> est toutefois inférieur en 2022 à celui de 2018. En 2019 et 2020, le report des investissements se traduit par une intensité d'investissement courant<sup>48</sup> inférieure à 2 %, alors que 3 % est considéré comme un seuil « incompressible afin de permettre le renouvellement des équipements et le maintien en état des capacités de l'établissement »<sup>49</sup>. Le montant des opérations majeures diminue fortement en 2019 et 2020 par rapport à 2018. En 2021 et 2022, elles résident dans l'achat d'appareils d'imagerie.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur en fonctions au moment du contrôle indique que « [l]es années [2017 à 2020] correspondent à l'achèvement financier du projet d'extension sud, qui s'est traduit par des montants importants d'investissements mobiliers lourds sur toute la période 2015-2019. Un rattrapage d'investissement courant a ensuite eu lieu de 2021 à 2022 ».

<sup>47</sup> Rapport entre les investissements réalisés au cours de l'exercice et le total de l'actif immobilisé.

<sup>48</sup> Rapport entre le montant des investissements courants et les produits de l'année (hors remboursement des budgets annexes au budget principal).

<sup>49</sup> Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, *Rapport, Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise*, avril 2020, p.8.

**Tableau n° 19 : Financement des investissements**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Capacité d'autofinancement nette</i>	8,21	9,30	10,95	3,81	3,20
+ <i>Recettes d'investissement hors emprunts</i>	0,24	0,20	0,11	15,28	5,54
- <i>Immobilisations</i>	13,85	5,35	5,56	10,40	9,67
- <i>Autres emplois</i>	0,00	0,04	0,00	13,59	0,00
<b>=Excédent/besoin de financement</b>	<b>- 5,40</b>	<b>4,11</b>	<b>5,50</b>	<b>- 4,91</b>	<b>- 0,93</b>
+ <i>Emprunts nouveaux</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>=Variation du fonds de roulement</b>	<b>- 5,39</b>	<b>4,11</b>	<b>5,50</b>	<b>- 4,91</b>	<b>- 0,93</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

En 2021, le CHB a signé un contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier avec l'ARS Hauts-de-France.<sup>50</sup> Le montant de la dotation qui lui a été allouée pour la période 2021-2029 est de 13,6 M€. <sup>51</sup>

### 3.2.2.2 Une situation de désendettement

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

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

- ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, supérieur à 50 % ;
- durée apparente de la dette excédant 10 ans ;
- encours de la dette, rapporté au total des produits de toutes les activités, supérieur à 30 %.

De 2018 à 2022, le CHB se désendette, l'encours de sa dette passant de 91 à 64 M€. Le ratio d'indépendance financière, inférieur à 50 %, s'améliore donc. Pourtant, la durée apparente de la dette, après avoir diminué de 2018 à 2020, augmente en 2021 (6,8 ans), sous l'effet de la contraction de la capacité d'autofinancement. Elle reste cependant inférieure à dix ans.

<sup>50</sup> Prévue par l'article 50 de la LFSS pour 2021 à hauteur de 13 Mds €, la dotation de restauration des capacités financières des établissements publics de santé est destinée aux établissements de santé qui présentent une situation financière dégradée « afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci ». Le décret d'application n° 2021-868 du 30 juin 2021 identifie trois types de besoin de financement : le renouvellement des investissements courants, les investissements structurants et la restauration des capacités de financement des investissements une fois déduit le service de la dette.

<sup>51</sup> Initialement cette dotation est inscrite en ressource au passif du bilan de l'établissement (compte 102 apports) et à l'actif sous forme de droit de créance immobilisé. Puis chaque année, 1/10<sup>ème</sup> de cette créance est reprise et réintroduite en recette réelle d'investissement de l'exercice, sauf en 2021 où deux années sont reprises. Le CHB n'ayant pu passer l'opération en 2021, un rattrapage est intervenu en 2022. En 2022, les recettes d'investissement hors emprunt sont donc constituées de 4,1 M€ d'autres immobilisations financières (chapitre 27) correspondant à 3/10<sup>ème</sup> du montant total du contrat de soutien à l'investissement.

**Tableau n° 20 : Situation de la dette**

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Capacité d'autofinancement (CAF) brute en M€</i>	15,60	16,49	18,00	10,39	9,44
<b><i>Encours de dette (financière et assimilée) en M€ (au 31/12)</i></b>	<b>91,13</b>	<b>83,93</b>	<b>76,88</b>	<b>70,30</b>	<b>64,06</b>
<i>Durée apparente de la dette (encours de dette / CAF brute) en années</i>	5,84	5,09	4,27	6,77	6,79
<i>Taux apparent de la dette (charges financières / dette)</i>	3,06 %	3,08 %	3,11 %	3,11 %	3,14 %
<i>Taux d'endettement (encours de dette / produits)</i>	40,7 %	36,7 %	31,5 %	26,6 %	23,1 %
<i>Taux d'indépendance financière (encours de dette / capitaux permanents)</i>	43,7 %	41,5 %	39,4 %	35 %	34,7 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

### 3.2.3 La situation bilancielle

**Tableau n° 21 : Fonds de roulement et trésorerie (toutes activités confondues)**

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Fonds de roulement (en M€)</i>	30,14	34,25	39,75	34,84	33,91
<i>FRNG en jours de charges courantes</i>	55,4	60,6	65,9	51,7	47,3
<i>Trésorerie calculée (en M€)</i>	3,12	7,56	23,49	12,18	7,85
<i>Trésorerie en jours de charges courantes</i>	5,7	13,4	39,0	18,1	11

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Le fonds de roulement diminue depuis 2021, étant mobilisé pour financer les investissements. Après une augmentation en 2020 due, selon le directeur en fonctions au moment du contrôle, aux dotations destinées à couvrir les coûts de l'impact du COVID, la trésorerie se dégrade depuis 2021. Cette évolution peut être rapprochée de celle des délais de paiement. Le directeur l'explique par le délai d'encaissement des créances sur les mutuelles et les durées de décaissement des autres financeurs du centre hospitalier.

La trésorerie de l'établissement est faible, et une attention particulière est portée à sa situation journalière. Une ligne de trésorerie a été récemment mobilisée, et le CHB fait l'objet d'un suivi par l'ARS.

### 3.2.4 Des mesures à chiffrer afin de financer les projets d'investissement

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2023 a été validé par l'ARS le 21 avril 2023. Dans son rapport à l'appui, le directeur explique le déficit constaté par « l'augmentation très importante des dépenses et la stagnation des recettes. L'établissement réalise un volume d'activité proche de 2019, mais cette activité s'est transformée en basculant vers davantage d'ambulatoire. Elle est donc moins bien tarifée, creusant l'écart avec la garantie de financement. L'établissement constate ainsi toujours une sous-couverture des effectifs supplémentaires depuis 2019 [...]. Ce manque de financement structurel se double d'une pression inflationniste sans précédent sur l'ensemble des dépenses et des consommations de l'établissement qui culminera en 2023. ».

Ce document budgétaire prévoit des produits (285,1 M€) fondés sur les hypothèses suivantes : progression de l'activité en volume par la montée en charge de la nouvelle salle de bloc, développement de l'hospitalisation de jour en pédiatrie, progression de l'activité externe par les recrutements médicaux et une meilleure exhaustivité des recettes, en particulier, des téléconsultations, hausse des produits des médicaments des dispositifs médicaux implantables et des rétrocessions, hausse des produits des chambres particulières liée à la revalorisation du prix journalier, et hausse des reprises sur provisions pour renouvellement des immobilisations.

Les charges (311,1 M€) seraient composées de charges de personnel qui augmenteraient du fait de l'effet, en année pleine, de la valeur du point d'indice, mais surtout d'un effet volume lié au recrutement de personnel médical pour atteindre la cible d'activité du bloc opératoire et pour tenir compte du report de recrutements prévus en 2022. L'inflation entraîne une prévision d'augmentation des charges à caractère médical et à caractère hôtelier et général (énergie).

Le résultat prévisionnel serait de - 26 M€, entraînant une capacité d'autofinancement brute et nette négatives. La marge brute serait de - 9 M€.

Il convient toutefois d'appréhender ces prévisions avec prudence, dans la mesure où, cela a été le cas en 2022, les prévisions sont plus pessimistes que les réalisations, compte tenu de mesures intervenues après l'établissement de l'état prévisionnel. Elles confirment cependant que la hausse des charges, en particulier de personnel, se poursuit et n'est pas maîtrisée.

Le plan global de financement pluriannuel 2023-2030 établi en février 2023 n'a pas été validé par l'ARS, qui observe que les hypothèses sur lesquelles il repose ne sont pas expliquées dans le rapport du directeur, et que sa trajectoire nécessite d'être consolidée par un plan d'action permettant un redressement dès 2023.

L'établissement prévoit 127,4 M€ d'investissements de 2023 à 2027, dont 50,9 M€ pour les opérations majeures. Les deux grands projets d'investissement concernent la création de l'unité de vie Alzheimer et la restructuration des urgences.

Concernant le premier projet, dont le montant des travaux est estimé à 7,3 M€ en mai 2022, le CHB devait bénéficier d'un financement dans le cadre du plan d'aide à l'investissement 2019 de 0,9 M€. Compte tenu du report des travaux liés à la crise sanitaire, il a sollicité, en juillet 2022, le report de la subvention.

Le montant prévu de 37 M€ pour restructurer les urgences est bien supérieur au montant de 12,7 M€ évoqué en septembre 2021. Le plan global de financement pluriannuel 2023-2030 prévoit un emprunt de 30 M€ et des aides de l'ARS (10 M€ au titre du Ségur et 1 M€ d'aide complémentaire) sur lesquelles celle-ci ne s'est pas engagée. Les évolutions du projet devraient encore faire augmenter le montant des travaux, sans que ce dernier ne soit chiffré précisément à ce stade. En outre, les modalités de financement doivent encore être définies.

Lors des réunions du directoire, il est fait régulièrement état de la dégradation de la situation financière. Des pistes sont identifiées pour y remédier : développement de l'activité et optimisation des moyens, meilleure valorisation des recettes, réduction de certaines dépenses structurelles, travail sur la masse salariale en privilégiant les redéploiements plutôt que les créations de poste, réduction de l'intérim et respect des maquettes RH définies par service<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> Cf. procès-verbal de la réunion du directoire du 1<sup>er</sup> décembre 2022.

Les modes de financement des investissements ne sont pas prévus. L'établissement doit rétablir l'équilibre de son plan global de financement pluriannuel en chiffrant les mesures d'économie envisagées et en traduisant en hypothèses économiques un projet stratégique qui reste à définir.

---

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

*Le défaut de formalisation des procédures et les lacunes en termes de contrôle interne ne permettent pas d'apprécier la correcte valorisation des recettes. La chambre recommande à l'établissement de formaliser des procédures de contrôle interne, afin de fiabiliser le suivi de ses données d'activité.*

*En matière de fiabilité des comptes, l'hôpital pourrait améliorer le recouvrement des créances, en lien avec le comptable public. Il doit également veiller à réduire le montant des factures non parvenues en fin d'exercice.*

*La dégradation de la trajectoire financière du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, entre 2018 et 2022, se traduit par une baisse du taux de marge brute hors aides, dont le faible niveau ne permet pas de financer le remboursement de la dette et les investissements courants. Malgré le dynamisme des produits du budget H assuré par la garantie de financement, en dépit de la stagnation d'activité, les charges augmentent, en particulier les charges de personnel, sous l'effet de l'augmentation conjuguée de l'effectif et du point d'indice.*

*La baisse des investissements est particulièrement marquée en 2019 et 2020. Depuis 2021, ils sont essentiellement financés par les crédits alloués au titre de la restauration des capacités financières et le fonds de roulement, ce qui aboutit à réduire la trésorerie.*

*Si elles doivent être considérées avec prudence, les prévisions pour l'exercice 2023 traduisent une dégradation accrue de la situation financière. L'établissement doit rétablir l'équilibre de son budget en chiffrant les mesures d'économie envisagées et en traduisant en hypothèses économiques un projet stratégique qui reste à définir.*

---

\*

\* \*

## ANNEXES

Annexe n° 1. Signification des acronymes et des sigles .....	42
Annexe n° 2. Capacités d'accueil du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer en 2022 .....	44
Annexe n° 3. Capacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) .....	45
Annexe n° 4. Détail de l'évolution de l'activité du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer par pôle .....	46
Annexe n° 5. L'expérimentation sur un forfait de réorientation vers la médecine de ville .....	47
Annexe n° 6. Résultats de la certification du centre hospitalier (juillet 2021).....	48
Annexe n° 7. Marge brute d'exploitation du budget principal (budget H) .....	49
Annexe n° 8. Détail de l'évolution des effectifs du CHB (budget H).....	50
Annexe n° 9. Analyse de l'effet prix et de l'effet volume sur l'évolution de la masse salariale (budget H) .....	51
Annexe n° 10. Évolution des produits et des charges du budget E.....	52

## **Annexe n° 1. Signification des acronymes et des sigles**

AC :	aide à la contractualisation
ACE :	actes et consultations externes
AMC :	assurance maladie complémentaire
AMP :	aide médico-psychologique
ARS :	agence régionale de santé
AS :	aide-soignant
ASH :	agent des services hospitaliers
ATIH :	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAQES :	contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CAPNP :	commission des admissions programmées et non programmées
CDU :	commission des usagers
CH :	centre hospitalier
CME :	commission médicale d'établissement
COMEDIMS :	commission du médicament et des dispositifs médicaux
COPERMO :	comité interministériel de performance et de la modernisation
COREVAT :	comité régional de veille active sur les situations de trésorerie
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS :	communauté professionnelle territoriale de santé
CRRAL :	centre de réception et de régulation des appels libéraux
CSIRMT :	commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DAF :	dotation annuelle de financement
DIM :	département d'information médicale
DM :	décision modificative
DMI :	dispositifs médicaux implantables
DMP :	dossier médical partagé
DMS :	durée moyenne de séjour
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD :	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETPR :	équivalent temps plein rémunéré
ETPT :	équivalent temps plein travaillé
FHF :	fédération hospitalière de France
FFI :	faisant fonction d'interne
FIDES :	facturation individuelle des établissements de santé
FIR :	fonds d'intervention régionale
GHT :	groupement hospitalier de territoire
GIR :	groupe iso-ressources
HAD :	hospitalisation à domicile
HAS :	Haute Autorité de santé
HC :	hospitalisation complète
HJ :	hospitalisation de jour

HPST :	hôpital patients santé territoire
IA :	infirmier d'accueil et d'orientation
IBOD :	infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
IDE :	infirmier diplômé d'État
IFAQ :	incitation financière pour l'amélioration de la qualité
IFSI :	institut de formation en soins infirmiers
IPAQSS :	indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IRM :	imagerie par résonance magnétique
LAMDA :	logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité
MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
MIG :	mission d'intérêt général
MIGAC :	mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MO :	molécules onéreuses
PASA :	pôle d'activités et de soins adaptés
PAQ :	plan d'assurance qualité
PGFP :	plan global de financement pluriannuel
PH :	praticien hospitalier
PM :	personnel médical
PMP :	projet médical partagé
PMSI :	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM :	personnel non médical
PSP :	projet de soins partagé
PUI :	pharmacie à usage intérieur
RSA :	résumé de sortie anonymisée
RSS :	résumé de sortie standardisé
RUM :	résumé d'unité médicale
SAS :	service d'accès aux soins
SAU :	service d'accueil des urgences
SMR :	soins médicaux et de réadaptation
SMUR :	structure mobile d'urgence et de réanimation
TDS :	territoire de démocratie sanitaire
TEP SCAN :	tomographe à émission de positons associé à un scanner
TIHH :	transport infirmier inter hospitalier
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
USLD :	unité de soins de longue durée
USP :	unité de soins palliatifs
UVA :	unité de vie Alzheimer
ZAD :	zone d'attente départ

**Annexe n° 2. Capacités d'accueil du centre hospitalier  
de Boulogne-sur-Mer en 2022**

<i>(1)</i>	Nombre de lits installés	Nombre de places
<i>Médecine</i>	304	60
<i>Chirurgie</i>	105	37
<i>Gynécologie - obstétrique</i>	25	
<i>Psychiatrie</i>	80	20
<i>Soins de suite</i>	90	10
<i>Unité d'hospitalisation de courte durée</i>	9	0
<i>Dialyse</i>	-	55
<b>Total</b>	<b>613</b>	<b>182</b>

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.*

### Annexe n° 3. Capacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2022

		Capacité autorisée	Capacité installée
<b><i>Hébergement permanent</i></b>			
<i>Site Duflos</i>	EHPAD La Caravelle	60	60
	EHPAD La Corvette	60	60
	EHPAD La Frégate	60	59
<i>Site Beaufort</i>	EHPAD L'Océane	68	68
<i>Site Duchenne</i>	EHPAD J.F. Souquet	60	55
<b><i>Total hébergement permanent</i></b>		<b>308</b>	<b>302</b>
	dont UHR	14	14
<b><i>Accueil de jour</i></b>			
<i>Site Duflos</i>	EHPAD La Caravelle	6	6
<b><i>Hébergement temporaire</i></b>			
<i>Site Duflos</i>	EHPAD L'Océane	2	2
<b><i>TOTAL</i></b>		<b>316</b>	<b>310</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer

### Annexe n° 4. Détail de l'évolution de l'activité du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer par pôle

**Tableau n° 22 : Détail de l'évolution de l'activité en hospitalisation complète par pôle**

En nb de RUMs	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution
<i>Pôle Médecine</i>	7 757	7 926	7 233	7 235	7 369	- 5,0 %
<i>Pôle Médecine Cancérologie</i>	4 322	4 259	3 692	3 447	4 251	- 1,6 %
<i>Pôle Chirurgie</i>	7 242	7 175	5 913	5 984	6 464	- 10,7 %
<i>Pôle Mère-Enfant</i>	5 279	5 534	4 447	5 020	4 893	- 7,3 %
<i>Pôle Urgences-Réa</i>	774	788	884	775	758	- 2,1 %
<i>Pôle Psychiatrie</i>	255	292	254	228	109	- 57,3 %
<i>Accueil Plan Blanc</i>			1 263	871	275	
<b>Total</b>	25 629	25 974	23 686	23 560	24 119	- 5,9 %

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.*

**Tableau n° 23 : Détail de l'évolution de l'activité en hospitalisation incomplète par pôle**

En nb de RUMs	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution
<i>Pôle Médecine</i>	35 101	35 510	35 055	36 827	36 231	+ 3,2%
<i>Pôle Médecine Cancérologie</i>	10 291	10 917	10 680	11 460	12 289	+ 19,4%
<i>Pôle Chirurgie</i>	3 767	4 046	3 016	3 874	4 542	+ 20,6%
<i>Pôle Mère-Enfant</i>	1 404	1 489	1 281	1 340	1 301	- 7,3%
<i>Pôle Psychiatrie</i>	1 654	1 715	741	1 206	1 648	- 0,4%

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.*

## **Annexe n° 5. L'expérimentation sur un forfait de réorientation vers la médecine de ville**

L'expérimentation créée par l'arrêté du 27 décembre 2019 devait être lancée en avril 2020. Elle a été repoussée au 1<sup>er</sup> mai 2021 (arrêté du 23 février 2021), compte tenu de la crise sanitaire.

À la suite du constat de croissance continue de l'activité des structures d'urgences hospitalières françaises depuis 15 ans, est arrêté le principe d'une expérimentation pour inciter les urgences hospitalières et la médecine de ville à travailler « de concert pour proposer au patient un parcours de soin adapté à sa situation » (cahier des charges de l'arrêté du 23 février 2021, article 1).

L'expérimentation créée, à titre expérimental, un **forfait de réorientation** pour inciter les services hospitaliers d'urgence à réorienter des patients vers la médecine de ville. Celui-ci doit se substituer à tous les autres éléments de rémunération de l'établissement (accueil et traitement des urgences (ATU), actes et consultations) sans avoir, en revanche, d'impact sur le forfait annuel d'urgences (FAU).

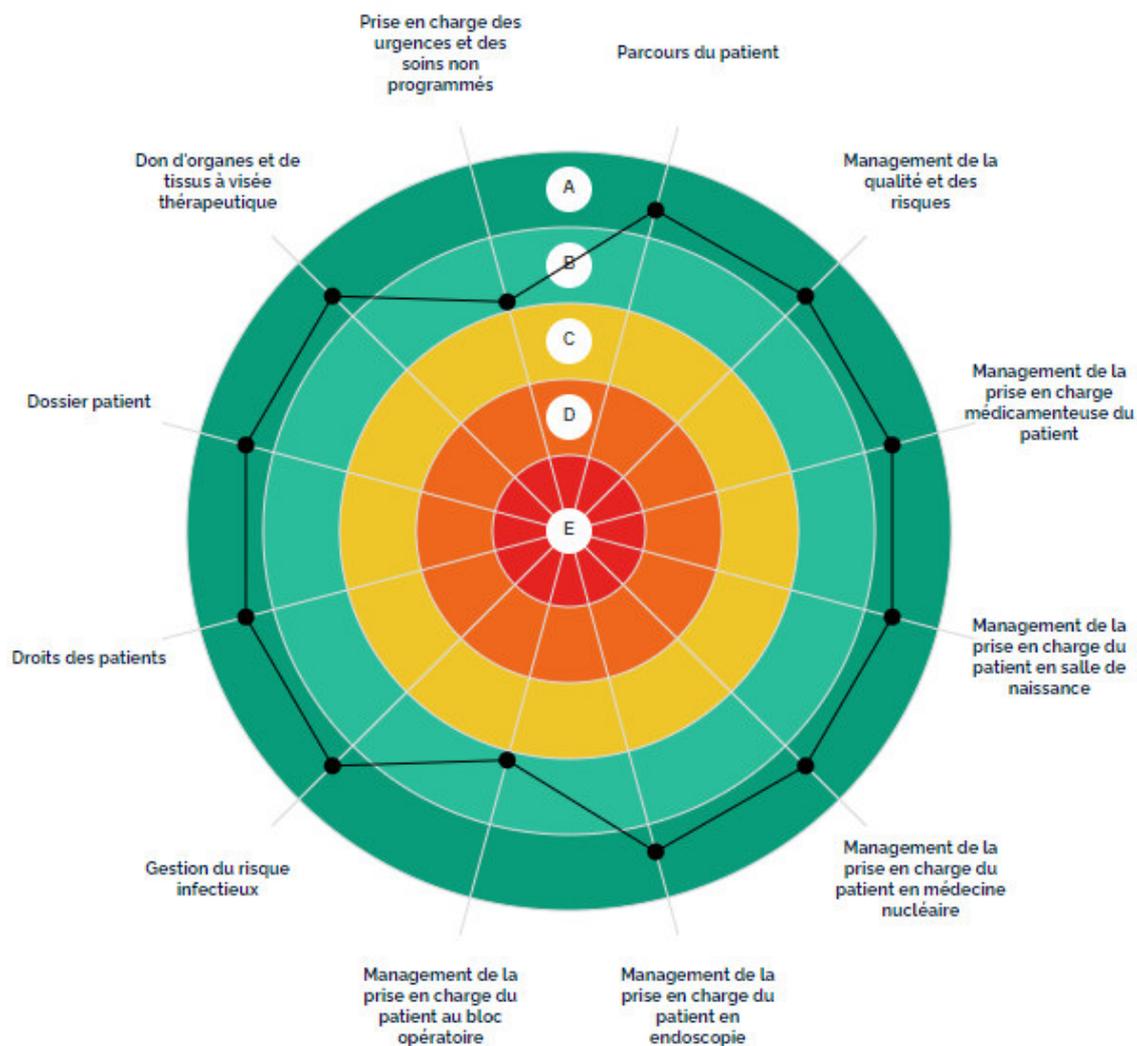
Le cahier des charges de 2021 précise qu'« Un accès non régulé à la structure accueillant la réorientation doit être mis en place. Dans le cadre de l'expérimentation, lorsque la réorientation se fait vers une structure de soins dans l'enceinte de l'hôpital ou à proximité, il est impératif que les patients puissent avoir accès librement à cette structure pour des soins non programmés sans passer par la structure des urgences. Le libre accès à cette structure alternative à la structure des urgences doit être affiché et communiqué au grand public par des moyens suffisants pour en assurer la notoriété (affichage, sites internet, information via les pharmaciens, médecins, infirmiers, ARS, orientation via le SAMU...). Seuls les patients se présentant spontanément dans la structure des urgences par méconnaissance de ce libre accès ou par une évaluation erronée de l'urgence de leur situation peuvent faire l'objet d'un forfait de réorientation depuis la structure des urgences vers une telle structure. »

Les objectifs poursuivis par l'expérimentation sont les suivants :

- atteindre entre 5 et 10 % de réorientation pour les patients dont le passage dans le service d'urgence n'est pas suivi d'une hospitalisation ;
- atteindre *a minima* 70 % des consultations de réorientation honorées par les patients ;
- vérifier la qualité et la sécurité des organisations mises en place pour réorienter les patients ;
- ralentir, à terme, la progression des passages aux urgences.

L'arrêté du 26 avril 2023 a modifié le cahier des charges du dispositif et prolongé la durée de l'expérimentation.

**Annexe n° 6. Résultats de la certification du centre hospitalier (juillet 2021)**



Source : Haute Autorité de santé, certification du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

**Annexe n° 7. Marge brute d'exploitation du budget principal (budget H)**

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Produits courants de fonctionnement</i>	199,31	203,97	216,69	232,87	247,68
<i>Dont produits d'activité</i>	176,87	182,29	196,09	211,51	224,75
<i>Dont aides financières</i>	5,99	5,99	5,99	5,99	5,99
<i>Charges nettes courantes de fonctionnement</i>	184,11	187,29	199,75	223,88	238,71
<i>Dont charges nettes de personnel</i>	124,12	125,79	136,16	151,30	161,08
<b><i>Marge brute</i></b>	15,20	16,68	16,94	8,99	8,96
<i>Taux de marge brute</i>	7,6 %	8,3 %	8,0 %	3,9 %	3,7 %
<b><i>Marge brute hors aides</i></b>	9,22	10,69	10,95	3,00	2,98
<i>Taux de marge brute hors aides</i>	4,8 %	5,5 %	5,3 %	1,3 %	1,2 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

**Annexe n° 8. Détail de l'évolution de l'effectif du CHB (budget H)**

<i>En ETPR</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023 (prév)</i>
1 - Personnel médical permanent	153,97	160,88	156,05	164,79	169,26	173,10
2 - Personnel médical non permanent	95,52	95,88	106,61	119,54	117,44	140,60
<i>Total personnel médical (1+2)</i>	249,49	256,76	262,66	284,33	286,70	313,70
3 - Personnel non médical - titulaires et stagiaires	1 602,85	1 670,89	1 637,05	1 677,80	1 710,10	1 741,17
4 - Personnel non médical - contrats à durée indéterminée	205,40	195,52	265,97	247,30	271,70	355,47
<i>Total personnel non médical permanent (3+4)</i>	1 808,25	1 866,41	1 903,02	1 925,10	1 981,80	2 096,64
5 - Personnel non médical - contrats à durée déterminée	199,30	150,22	155,43	237,70	285,40	228,25
6 - Personnel non médical - apprentis	3,54	5,86	2,49	3,10	10,30	10,3
<i>Total personnel non médical (3+4+5+6)</i>	2 011,09	2 022,49	2 060,94	2 165,90	2 277,50	2 335,19
<b>TOTAL PERSONNEL MEDICAL ET NON MEDICAL</b>	<b>2 260,58</b>	<b>2 279,25</b>	<b>2 323,60</b>	<b>2 450,23</b>	<b>2 564,20</b>	<b>2 648,89</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des EPRD 2019 à 2023 du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

### Annexe n° 9. Analyse de l'effet prix et de l'effet volume sur l'évolution de la masse salariale (budget H)

#### Remarque méthodologique

Les données suivantes sont issues de l'onglet « Analyse ETP » des états prévisionnels des recettes et des dépenses produits par le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer et validés par l'ARS. A titre d'exemple, les données de la colonne 2018-2019 sont issues de l'EPRD établi pour l'exercice 2019.

Les montants présentent l'évolution prévue de la masse salariale entre deux exercices consécutifs, décomposée entre :

-la part liée à l'évolution du salaire moyen (effet prix), du fait notamment des mesures de revalorisation et de la progression individuelle de la rémunération des agents liée à leur situation,

-et la part liée au nombre d'ETP (effet volume).

En M€	2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022		2022-2023	
	Effet prix	Effet volume								
Personnels médicaux	- 0,17	0,54	- 0,47	1,20	0,02	2,63	- 0,11	1,20	0,92	1,87
Personnels non médicaux	2,02	- 1,27	1,20	- 0,48	1,33	3,05	2,76	- 0,19	1,35	2,04
Total	1,86	- 0,74	0,73	0,72	1,34	5,67	2,65	1,01	2,28	3,92

Source : chambre régionale des comptes, à partir des EPRD 2019 à 2023 du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

## Annexe n° 10. Évolution des produits et des charges du budget E

Tableau n° 24 : Évolution des produits du budget E

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Titre 1 : produits afférents aux soins</i>	5,63	5,78	7,01	7,77	7,70
<i>Titre 2 : produits afférents à la dépendance</i>	1,79	1,80	1,78	1,79	1,85
<i>Titre 3 : produits de l'hébergement</i>	5,79	5,79	5,71	5,31	5,37
<i>Titre 4 : autres produits</i>	0,34	0,42	0,33	0,45	0,34
<b>Total des produits</b>	13,55	13,80	14,83	15,31	15,27

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Tableau n° 25 : Évolution des charges du budget E

En M€	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Titre 1 : charges de personnel</i>	8,16	8,61	9,56	10,21	10,94
<i>Titre 2 : charges à caractère médical</i>	0,41	0,41	0,47	0,50	0,49
<i>Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général</i>	3,18	3,22	3,14	3,21	3,43
<i>Titre 4 : charges amortissement provisions financières exceptionnelles</i>	0,94	0,91	0,93	0,79	0,77
<b>Total des charges</b>	12,68	13,15	14,10	14,71	15,64

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

## CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER *Tome 1 – Pilotage et activité, service des urgences, situation financière*

(Département du Pas-de-Calais)

*Exercices 2018 et suivants*

1 réponse :

- M. André-Gwénaél Pors, ancien directeur du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

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

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



**Chambre régionale des comptes Hauts-de-France**

14 rue du Marché au Filé – 62012 - Arras cedex

Adresse mél. : [hautsdefrance@ccomptes.fr](mailto:hautsdefrance@ccomptes.fr)

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france>