



Chambre régionale des comptes  
du Nord-Pas-de-Calais

Date d'envoi à fin de notification : 17/08/2011  
Date de communicabilité : 14/10/2011

ROD.0507

# **RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES**

**– Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer –**

**(Département du Pas-de-Calais)**

**SUIVI, LE CAS ECHEANT, DE LA REPOSE DES ORDONNATEURS**

## SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
I. PROCEDURE .....	4
II. OBSERVATIONS DEFINITIVES.....	4
I- LE POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT .....	4
II- LE DIAGNOSTIC FINANCIER .....	5
A - LA FIABILITE DES COMPTES .....	5
1 - Les reports de charges et de produits de 2004 à 2008 .....	5
2 - Les provisions et dépréciations .....	5
a - La provision pour compte épargne-temps .....	5
b - La provision pour le renouvellement des immobilisations .....	6
c - Les dépenses liées aux créances douteuses.....	6
3 - La situation budgétaire réelle de l'hôpital .....	6
B - L'ANALYSE FINANCIERE RETROSPECTIVE .....	7
1 - Compte de résultat et capacité d'autofinancement .....	7
2 - Le bilan fonctionnel et ses indicateurs financiers.....	8
III - L'ANALYSE PROSPECTIVE.....	8
A - UN RETOUR A L'EQUILIBRE A PERENNISER.....	8
B - UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT A ACHEVER.....	9
C - UNE ACTIVITE A CONFORTER .....	11
D - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES .....	12
IV - LES COOPERATIONS .....	13
A - LA STRATEGIE DE COOPERATION .....	13
1 - La prise en charge des cancers .....	13
2 - L'insuffisance rénale chronique constitue un second ensemble de coopérations.....	13
3 - La convention relative à l'approvisionnement en tissus humains (cornée) avec le CHU de Lille .....	14
B - LE CENTRE D'AMP DU LITTORAL.....	15
1 - Le GCS comme contrat d'exercice .....	15
2 - Une autorisation qui s'est pérennisée tacitement .....	15
C - LA COOPERATION EN RADIOTHERAPIE .....	16
1 - Le GIE groupement de radiothérapie de Boulogne-sur-Mer .....	17
2 - Le « GCS public privé du Littoral – Centre Joliot-Curie » .....	19
RECOMMANDATIONS .....	21
ANNEXE – LA SELECTION DES COOPERATIONS .....	22

## Synthèse

Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, établissement pivot de la zone de proximité du Boulonnais, assure une mission de recours dans certaines disciplines pour le bassin de vie du Littoral. Avec 1 054 lits et places, il emploie environ 2 000 personnes, dont 155 praticiens, pour un budget de fonctionnement de l'ordre de 166 M€.

La situation générale de l'établissement a été marquée par un redressement budgétaire à partir de 2005, parallèlement à la conduite d'un ambitieux plan d'investissement.

Le retraitement des résultats comptables permet de confirmer le redressement de la situation budgétaire de l'établissement qui dégage des ressources pour l'investissement, même si la stratégie initiale de maîtrise des dépenses a été relayée par une augmentation des recettes. Toutefois, l'augmentation des recettes entre 2006 et 2009 est principalement liée à un effet prix favorable de la montée en charge de la tarification à l'activité. L'évolution comparativement moins favorable de la situation en 2010 illustre la limite de ce redressement et souligne la nécessité de mettre en œuvre des outils d'analyse de la performance afin de renforcer la fiabilité des prévisions du plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Conséquence d'une situation de l'offre de soins concurrentielle dans le territoire de santé, la stratégie est axée sur la mise aux normes des services et sur l'attractivité.

De ce fait, le programme d'investissement vise principalement à la modernisation des locaux, non à l'augmentation de la capacité d'accueil. L'opération de rénovation et extension du site principal, d'une durée particulièrement longue, a subi l'impact de la forte hausse des coûts de la construction qui en découle. La rénovation d'une partie des secteurs d'hospitalisation est ainsi devenue conditionnelle, c'est-à-dire que sa mise en œuvre dépend de la réalisation effective de la capacité d'autofinancement prévue par le PGFP.

La politique de coopération, objet d'une enquête thématique de la Cour des comptes, est aussi l'expression de cette stratégie adaptative, notamment en cancérologie et traitement de l'insuffisance rénale chronique, suite au renforcement des normes qualitatives.

La création du Centre d'aide médicale à la procréation du Littoral, avec le Centre médico-chirurgical de la Côte d'Opale (CMCO), a fonctionné jusqu'à présent avec une faible implication des praticiens du centre hospitalier. Cette coopération, combinée à un suivi insuffisant des demandes d'autorisation à l'époque, a eu pour effet d'autoriser une activité concurrente de celle du centre hospitalier de Calais, en dépassement des objectifs du SROS.

Le Groupement d'intérêt économique (GIE) de radiothérapie avec le Centre Joliot-Curie, permettait une activité de radiothérapie publique en contrepartie d'une autorisation d'IRM (imagerie par résonance magnétique) accordée au groupement de radiologie. Suite aux dysfonctionnements du GIE et à l'évolution du régime des autorisations, seul le Centre Joliot-Curie, depuis 2009, est autorisé pour la radiothérapie. La création d'un GCS, condition résolutoire de l'autorisation, ne remet pas fondamentalement en cause cette situation.

## **I. PROCEDURE**

L'examen de la gestion du Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer a porté sur la période courant à partir de l'année 2005. Les entretiens préalables prévus par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières ont eu lieu le 7 janvier 2011 avec Mme Marie-Christine Paul, ancienne directrice, puis le 11 janvier 2011 avec M. Yves Marlier, directeur en fonction, et M. Bruno Delattre, ancien directeur par intérim.

Lors de sa séance du 7 février 2011, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées, conformément aux articles L. 243-3 et R. 241-12 du code des juridictions financières, aux trois ordonnateurs en fonction sur la période examinée.

Ces observations ont également été communiquées, sous forme d'extraits, aux personnes visées à l'article L. 243-6 du code des juridictions financières.

Un délai de deux mois leur a été accordé pour apporter une réponse écrite et/ou demander à être entendus par la chambre. L'ancienne directrice et le directeur actuel ainsi que les destinataires des extraits ont apporté une réponse écrite. L'un d'eux a sollicité une audition qui s'est tenue le 4 mai 2011.

Lors de sa séance du 7 juin 2011, la chambre a arrêté ses observations définitives, objet du présent rapport, après avoir pris en compte les réponses écrites et l'audition.

## **II. OBSERVATIONS DEFINITIVES**

### **I - LE POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT**

L'établissement, implanté sur quatre sites, compte 1 054 lits et places ainsi que 33 postes d'hémodialyse. Deux tiers de cette capacité relèvent de l'hospitalisation (475 en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, 110 en Psychiatrie, 102 en SSR). Ils sont financés par l'assurance maladie et font l'objet du compte de résultat principal, anciennement « budget H ». Le tiers restant se répartit entre les activités médico-sociales, aux financements mixtes, gérées en comptes de résultats annexes.

Il emploie 2 000 salariés dont 155 praticiens pour un budget de fonctionnement de l'ordre de 165 M€, dont 147 M€ pour le MCO, le SSR et la Psychiatrie.

Dans sa zone de proximité du Boulonnais, l'hôpital dessert un bassin de 163 000 habitants (recensement 2006), à la démographie caractérisée par un faible dynamisme. A rebours des évolutions régionale et nationale, la population du Boulonnais décroît (- 1 %) avec un contraste entre la zone urbaine, en diminution, et la zone rurale en hausse (+ 4,5 %).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'agence régionale de l'hospitalisation a été signé 1<sup>er</sup> juin 2007 et complété par un avenant « orientations stratégiques » du 18 mars 2008. Il reconnaît à l'établissement une mission de proximité à l'échelle du secteur sanitaire (devenu zone de proximité) et une mission de recours à l'échelle du bassin de vie dans certaines disciplines. Il retient plusieurs orientations stratégiques (cancérologie, ambulatoire, filière gériatrique, structurer le réseau des urgences, santé mentale, addictologie).

Annexé au CPOM, le plan de retour à l'équilibre signé en 2004 reposait sur la maîtrise des dépenses médicales, le développement de la chirurgie ambulatoire, la mutualisation entre services et le développement de partenariats (radiothérapie). Le compte de résultat principal évolue

favorablement entre 2003 et 2008, avec un déficit du budget principal culminant en 2004 à - 7 M€, soit 5,7 % des produits, avant d'être résorbé, les exercices 2006 à 2008 dégagant un léger excédent, sous l'effet d'une augmentation des produits (6,35 %) globalement supérieure à celle des charges (5,45 %).

La chambre observe que le plan de retour à l'équilibre reposait sur des mesures de maîtrise des dépenses et d'organisation, leur effet ayant été relayé par la croissance des produits.

## II - LE DIAGNOSTIC FINANCIER

L'hôpital de Boulogne disposait au 31 décembre 2009 d'un budget consolidé de 165 M€ en dépenses et de 166,6 M€ en recettes regroupant six budgets distincts, dont les données synthétiques sont présentées dans le tableau ci-après.

en €	2005	2006	2007	2008	2009
<b>DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>					
Budget principal H	123 873 223	128 865 436	134 054 126	144 864 519	146 536 631
Budget annexe A DNA	11 182	52 062	21 341	10 140	10 801
Budget annexe C IFSI	1 930 407	1 955 177	2 114 017	2 082 539	2 385 793
Budget annexe USLD	5 514 894	5 719 603	5 647 768	5 891 732	6 094 237
Budget annexe E2 EPHAD	7 153 567	7 542 288	7 999 225	8 332 530	9 062 383
Budget annexe CSAPA ex CCAA	374 510	613 562	739 588	586 925	930 100
<b>TOTAL DES DEPENSES</b>	<b>138 857 783</b>	<b>144 748 128</b>	<b>150 576 065</b>	<b>161 768 385</b>	<b>165 019 945</b>
<b>RECETTES DE FONCTIONNEMENT</b>					
Budget principal H	125 049 783	129 484 432	133 883 981	145 697 124	147 620 792
Budget annexe A DNA	375 012	420 295	46 916	38 778	45 373
Budget annexe C IFSI	1 930 407	1 497 941	2 062 991	2 065 829	2 417 712
Budget annexe USLD	5 394 380	5 804 151	5 736 005	5 874 769	6 178 150
Budget annexe E2 EPHAD	7 156 181	7 561 665	8 646 426	8 329 114	9 208 030
Budget annexe CSAPA ex CCAA	382 523	698 531	722 906	572 111	1 134 626
<b>TOTAL DES RECETTES</b>	<b>140 288 286</b>	<b>145 467 015</b>	<b>151 099 225</b>	<b>162 577 725</b>	<b>166 604 683</b>
<b>RÉSULTATS CUMULÉS</b>	<b>1 430 503</b>	<b>718 887</b>	<b>523 160</b>	<b>809 340</b>	<b>1 584 738</b>

### A - La fiabilité des comptes

#### 1 - Les reports de charges et de produits de 2004 à 2008

En moyenne, sur la période 2006-2009, les charges reportées représentent 0,19 % des charges de l'exercice, taux inférieur au seuil d'alerte du diagnostic flash, ce qui constitue une amélioration significative par rapport à la situation antérieure. Le montant moyen des reports de produits s'est établi à près de 0,3 % des recettes de fonctionnement d'un exercice.

La chambre rappelle que, si le niveau des reports de charges et de recettes n'est pas de nature à affecter la sincérité des résultats, l'instruction M21 pose le principe du rattachement à l'exercice des produits et des charges d'exploitation.

#### 2 - Les provisions et dépréciations

##### a - La provision pour compte épargne-temps

Contrairement aux dispositions de la M21, la partie non utilisée des dotations pour le financement du compte épargne-temps allouées en 2008 (634 000 €) n'a pas été provisionnée, ce qui donnera lieu au retraitement des résultats de cet exercice.

### b - La provision pour le renouvellement des immobilisations

A la fin de l'exercice 2009, le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer avait provisionné 35 M€ sur le compte 142 « Provisions réglementées pour le renouvellement des immobilisations », en le dotant, comme il se doit, de la partie non utilisée des aides à la contractualisation versées annuellement au titre des surcoûts d'investissement.

Par ailleurs, cette provision a été dotée, conformément à une délibération du conseil d'administration approuvée par l'autorité de tutelle, de la moitié des recettes supplémentaires générées par l'effet-prix du passage à la tarification à l'activité, ce «50 % T2A » étant ainsi affecté à l'investissement. Or, s'agissant de la dotation aux provisions pour renouvellement des immobilisations, la M21 ne mentionne que les « *dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie* ». Les recettes supplémentaires issues de la tarification à l'activité ne sont donc pas concernées. Elles ne peuvent pas, non plus, faire l'objet d'une dotation aux provisions pour gros entretien ou grande révision du chapitre 15.

L'établissement, s'il admet le caractère non-orthodoxe de cette pratique comptable, insiste particulièrement sur le fait que cette provision « *a pu compenser la faiblesse de l'accompagnement de l'Etat sur les opérations du plan hôpital 2012 et débloquer ainsi le projet d'extension du site Duchêne* ». En réalité, l'affectation aux provisions, en l'occurrence irrégulière, d'une partie de la capacité d'autofinancement n'a aucun impact sur son montant, ni donc sur le plan de financement du programme d'investissement. Par contre, l'affectation induite aux provisions minore artificiellement le résultat d'exploitation des exercices concernés, qui doivent être retraités à hauteur de ces dotations pour déterminer la situation budgétaire réelle de l'établissement.

La chambre recommande de comptabiliser les provisions en conformité avec les dispositions de la M21, dans leur objet et la détermination de leur montant, et de respecter les procédures d'affectation à l'investissement des résultats d'exploitation.

### c - Les dépenses liées aux créances douteuses

La part douteuse des créances sur hospitalisés et consultants peut être estimée à 451 081 €, montant modéré qui doit néanmoins faire l'objet d'une dépréciation adaptée. Avec un solde du compte 491 de 130 000 €, la dépréciation des comptes de redevables apparaît sous-dotée de l'ordre de 300 000 €, ce qui sera pris en compte dans le retraitement du résultat.

Par ailleurs, un effort budgétaire important a été consenti en 2009, avec le mandatement de 925 000 € de pertes sur créances irrécouvrables. Cette charge correspond à des admissions en non-valeur de l'exercice à hauteur de 64 000 € mais, pour l'essentiel, régularise des admissions en non-valeur prononcées antérieurement à 2006, sans qu'ait été constatée la charge correspondante, pour un montant cumulé de 861 000 €. La régularisation fait ainsi supporter à l'exercice 2009 une charge reportée des exercices précédents. Dans la mesure où la pratique des admissions en non-valeur sans mandatement, qui affectait la fiabilité des résultats, est explicitement proscrite par la M21 à compter de 2006, les résultats 2007 et 2008 seront retraités à hauteur chacun de la moitié du montant de la régularisation et le résultat 2009 sera majoré de la totalité de ce montant.

### 3 - La situation budgétaire réelle de l'hôpital

Les éléments ci-dessus permettent de déterminer les résultats au sens de l'article D. 6143-40 du code de la santé publique. Ce retraitement n'a pas pour effet de remettre en cause les résultats des exercices clos, mais de les reconsidérer au regard des éléments pris en compte pour évaluer les seuils de la procédure de redressement. L'exercice 2007 ressort ainsi excédentaire de 840 000 € et non plus déficitaire de 170 000 €. L'excédent 2008 augmente de 832 000 € à 3 670 000 €.

L'établissement a donc minoré ses résultats comptables en 2007 et 2008 en provisionnant indument au compte 142 une partie de ses recettes d'exploitation supplémentaires, l'impact de cette dotation ayant surcompensé, dans une proportion importante, les défauts de dotations relevés pour le CET et la dépréciation des créances.

Le résultat de 2009 comprend lui aussi la dotation « 50 % T2A » et finance par ailleurs la régularisation des créances admises en non-valeur au titre des exercices antérieurs. Après retraitement de ces éléments, l'excédent s'établit à 4,9 M€ au lieu de 1 M€.

La chambre constate que l'amélioration du compte de résultat après retraitement est réelle entre 2007 et 2009.

## B - L'analyse financière rétrospective

### 1 - Compte de résultat et capacité d'autofinancement

Le poids relatif des titres 2 et 3 est un indicateur de l'organisation de l'activité. Les dépenses à caractère médical sont plutôt corrélées au nombre de séjours et à leur degré de médicalisation. Les dépenses à caractère hôtelier et général sont plutôt tirées par le nombre de journées, la durée du séjour. La part du titre 4 correspond à deux facteurs : les frais financiers et les dotations aux amortissements et aux provisions. Les deux reflètent le dynamisme de l'investissement.

La structure des dépenses du compte de résultat principal en 2008 paraît plutôt vertueuse, comparée à la moyenne des établissements de la strate (CH doté d'un budget > 70 M€). La part des charges relatives au personnel est inférieure à la moyenne au profit des charges à caractère médical et, surtout, des investissements, avec un titre 4 qui représente 14,21 % des charges (12,22 % en 2006 contre une moyenne de 9,74 % de la strate). Les charges à caractère hôtelier et général sont maîtrisées.

La dotation erronée aux provisions pour renouvellement des immobilisations du « 50 % T2A » conduit à une surévaluation de la part du titre 4, du point de vue comptable. Toutefois, sous l'angle financier, elle n'impacte que la répartition de la CAF, entre résultat et dotations, et non le montant de cette dernière, ni la pertinence de son affectation à l'investissement.

La capacité d'autofinancement nette, après remboursement des emprunts, est constamment positive entre 2005 et 2009, son cumul s'établit à 46 M€.

Dans les dépenses d'investissement, la part liée au remboursement des emprunts, après avoir culminé en 2007 à près de la moitié, est redevenue minoritaire. L'hôpital a réalisé 90 M€ de dépenses d'équipement (travaux et achat de matériel) entre 2005 et 2009.

Les frais financiers et dotations (titre 4) représentent une part croissante et supérieure à 8 % des recettes d'assurance maladie. Si ce ratio doit être interprété avec les précautions d'usage, son évolution est toutefois convergente avec les autres éléments d'analyse qui montrent que le financement de l'investissement est permis par la maîtrise relative des autres catégories de charges.

La capacité de désendettement oscille entre 3 et 3,5 années, situation correspondant à la médiane de la strate. L'encours de dette ayant augmenté, c'est l'accroissement de la CAF brute qui explique l'amélioration. Le ratio d'indépendance financière s'établit, au 31 décembre 2008, à 33,4 %, taux plus favorable que la médiane des hôpitaux de la catégorie.

## 2 - Le bilan fonctionnel et ses indicateurs financiers

Le fonds de roulement d'investissement mesure l'excédent des ressources stables sur l'actif immobilisé. Hormis en 2008, cet indicateur est négatif sur la période examinée, traduisant le financement d'une partie des immobilisations par des ressources normalement dédiées à la couverture des charges d'exploitation. Cette situation s'explique toutefois par le montant des provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations qui sont prises en compte dans le fonds de roulement d'exploitation.

Celui-ci mesure la différence entre les ressources stables liées à l'exploitation (en particulier la réserve de trésorerie, les résultats et les provisions pour risques et charges d'exploitation) et les créances « stables » (article 58 principalement). Cette créance qui s'établissait à 8,1 M€ pour le centre hospitalier de Boulogne a été en partie apurée en 2008 et ramenée à 1,17 M€.

L'évolution du fonds de roulement net global suit celle de ses composants, s'établissant à 44 M€ au 31 décembre 2009, soit 97 jours de charges d'exploitation, contre près de 29,6 jours pour la médiane des hôpitaux de la strate. Cet écart positif est un indicateur favorable de la situation financière de l'établissement.

Le besoin en fonds de roulement augmente depuis 2006. Une partie de cette évolution s'explique par le mécanisme des avances dites « T2A », destinées à lisser l'impact de la montée en charge de la T2A sur la trésorerie et de leur remboursement en 2007. En 2008, l'apurement du reliquat de l'avance T2A a été réalisé par contraction avec le montant de la part dite « exigible » de la créance de l'article 58 due par l'assurance maladie au centre hospitalier de Boulogne. Cet apurement améliore le fonds de roulement d'exploitation en accroissant le besoin en fonds de roulement, ce qui reste toutefois neutre sur la trésorerie.

La trésorerie reste largement positive, passant de 8,8 M€ en 2006 à 36,5 M€ en 2009.

La chambre constate que la structure des charges d'exploitation dégage une capacité d'autofinancement qui offre des marges de manœuvre pour financer les investissements tout en maîtrisant l'endettement.

### III - L'ANALYSE PROSPECTIVE

#### A - Un retour à l'équilibre à pérenniser

L'exécution budgétaire 2010 dégage un léger excédent de 0,18 M€, dont 0,35 M€ pour le compte de résultat principal. Cette détérioration du résultat par rapport aux années précédentes ne remet pas en cause la structure vertueuse des dépenses. Pour le compte de résultat principal, la part des charges de personnel est de 60 %, ce qui est inférieur à la moyenne de la strate, les dépenses du titre 4 se maintenant à 13 %, au dessus de cette moyenne.

Entre 2009 et 2010, tandis que les dépenses de personnel ont été stabilisées (0,74 %), les charges à caractère médical ont augmenté de 9,5 %, Les recettes de l'activité soumise à T2A (hospitalisation et externe) ont progressé de près de 2 % en valeur, mais la progression de l'hospitalisation (nombre de séjours et séances) se limite à 0,7 %.

L'établissement maintient la prévision d'augmentation de l'activité du plan global de financement pluriannuel (PGFP) à 1 % par an, chiffre volontariste. Est en outre prévu un abondement de la dotation annuelle de financement de la psychiatrie, pour compenser les charges de personnel supplémentaires à attendre de la mise en service du nouveau centre de psychothérapie. Or, il s'agit d'une demande de l'établissement et non d'un engagement ferme de l'autorité de tutelle.

En ce qui concerne les dépenses des exercices à venir, le PGFP prend en compte l'impact de la mise en service de nouvelles surfaces, à hauteur de 2,2 M€ annuels (personnel et charges à caractère hôtelier). Rapporté à l'estimation du coût final de l'extension de 59 M€, toutes dépenses confondues, cette somme représente de l'ordre de 4 % du coût d'investissement, ce qui paraît optimiste. L'établissement envisage effectivement de réévaluer ce montant.

Par ailleurs, l'amélioration des résultats entre 2006 et 2009 n'a pas incité l'établissement à mettre en œuvre des outils d'analyse de la performance ni à réaliser des études de coûts rapportés à l'activité.

La chambre estime que l'évolution de la situation en 2010, comparativement moins favorable, relativise le redressement budgétaire, tiré en partie par l'effet-prix favorable de la montée en charge de la T2A et fragilise les prévisions du plan global de financement et donc la solvabilité du programme d'investissement.

Elle recommande la mise en œuvre d'outils d'analyse de la performance et des coûts pour renforcer la fiabilité des prévisions du PGFP.

#### B - Un programme d'investissement à achever

L'opération principale du programme d'investissement est l'extension et la rénovation du site Duchenne. Elle permettra de restructurer l'ensemble des services, en termes de fonctionnalités et de confort, mais sans augmenter la capacité en lits. Il s'agit donc de conforter l'attractivité de l'établissement et non de l'augmenter, à l'exception de l'ambulatorio. L'opération porte sur 50 000 m<sup>2</sup> de surface, dont 23 000 m<sup>2</sup> d'extension, pour un coût prévisionnel de 106 M€.

La première phase, la construction de l'extension, a démarré au second semestre 2009 sur un programme approuvé début 2004. La seconde phase, la rénovation, ne pourra commencer qu'après la mise en service de l'extension, nécessaire aux opérations tiroir qui permettront de libérer les locaux à rénover, soit en 2012. L'achèvement de l'opération est prévu en 2016.

Le délai entre l'approbation du programme et la fin de l'opération s'établira à une dizaine d'années, ce qui est particulièrement long, le programme résultant lui-même d'une précédente décennie de réflexion, même si l'on tient compte des délais d'approbation par l'ARH invoqués par l'ancienne directrice qui fait état, notamment, des difficultés à déterminer la part respective de l'autofinancement et des dotations d'aide à la contractualisation

Par ailleurs, la phase de conception, incluant l'appel d'offres travaux, de l'opération d'extension-rénovation du centre hospitalier de Boulogne a coïncidé avec la période d'emballlement des coûts de la construction. En effet, l'indice BT 01, index synthétique tous corps d'état des coûts à la construction, a progressé de 4,1 % par an en moyenne entre janvier 2004 et janvier 2010, au lieu de 2,7 % par an en moyenne sur la période 1996-2003. Dans ces conditions, les délais ont un impact important sur la réalisation du programme.

Le coût prévisionnel de l'APS (58 M€) est conforme à celui du programme, en valeur 2005. La première difficulté apparaît à l'APD qui s'établit à 51 M€, toujours en valeur 2005. Le programme a donc été allégé de 7 M€ de travaux en valeur 2005 par rapport à l'APS, ce qui correspond à la scission de la phase de rénovation en deux tranches dont l'une conditionnelle.

Le résultat de l'appel d'offres établit le coût de l'extension à 49,5 M€, ce qui est supérieur de 17 % à l'estimation APD (42,2 M€) en valeur 2008, écart atténué par les variantes en moins-values ramenant le total à 47 M€. Cet écart appliqué à l'évaluation APD permet d'estimer le résultat de l'appel d'offres à venir pour la tranche ferme de la rénovation (restructuration des niveaux R-1 à R+1) à 20 M€, valeur 2008.

Le coût des travaux hors tranche conditionnelle s'établirait ainsi à 68 M€ valeur 2010, conforme à celui du programme et de l'APS, ce qui pourrait attester une maîtrise des coûts remarquable, n'était-ce la réduction de fonctionnalités du programme de 12 % intervenue entre l'APS et l'APD. La tranche conditionnelle ainsi constituée (la rénovation des niveaux R+2 à R+6) ne pourra être mise en œuvre qu'au prix d'un dépassement équivalent du coût prévisionnel. Par ailleurs, les variantes en moins-values retenues représentent 5 % du total des travaux de l'extension.

Le ralentissement de l'évolution des coûts à la construction depuis 2009 permet d'envisager des prévisions d'actualisations et de révisions de prix plus modérées. Sur la base d'une hypothèse de progression du BT01 de 2 % par an, la valeur finale des travaux de l'extension s'élèverait à 48,6 M€ et celle de la tranche ferme de la rénovation à 21,8 M€.

En valeur 2012 estimée, le coût travaux du programme de 2005, s'il était exécuté en totalité, avec la tranche conditionnelle, serait de 82,4 M€ pour un coût APS de 72,2 M€. Le délai de réalisation aurait donc eu un impact de l'ordre de 10 M€, soit + 14 % sur le coût des travaux, qui sera compensé, soit par la mobilisation des ressources correspondantes, soit par l'abandon définitif de fonctionnalités du programme initial.

L'application à cette base (travaux) d'un taux de prestations intellectuelles et autres de 22 % donne une estimation, toutes dépenses confondues, d'une valeur finale estimée à 85 M€ pour l'extension et la tranche ferme de rénovation et de 98 M€ au total avec la tranche conditionnelle.

Par ailleurs, le montant initialement prévu pour les équipements était de 2 M€, ce qui paraît faible dans une opération de ce type, où il s'établit usuellement entre 10 et 20 % du coût des travaux. Dans la mesure où une partie de l'aménagement fait l'objet d'un lot déjà inclus dans les travaux, ce montant peut être estimé à 10 à 15 % du montant des travaux, soit 7 à 10 M€. Dans le PGFP 2010, cette enveloppe a été revalorisée à 5,7 M€.

Le montant total de l'opération peut ainsi être estimé à 108 M€. Il correspond à l'enveloppe de 106 M€ annoncée par l'établissement et intégrée au plan global de financement pluriannuel. D'après ce PGFP, l'établissement dispose des ressources nécessaires, la CAF prévisionnelle restant supérieure aux remboursements des dettes financières sur toute la période, sous réserve de la fiabilité des prévisions.

Or le programme n'est pas, à l'exception de la chirurgie ambulatoire, un programme capacitaire, mais vise à la mise aux normes des installations ainsi qu'à leur humanisation, c'est-à-dire à leur attractivité. L'extension et la tranche ferme de rénovation apportent une réponse pour les services les plus soumis à concurrence, essentiellement la chirurgie (chambres individuelles, installation de la chirurgie ambulatoire à côté des blocs opératoires dont la capacité est portée de 12 à 14 salles). Toutefois, la rénovation des autres étages d'hospitalisation reste un élément de l'attractivité future.

La chambre constate que le délai de réalisation de l'opération principale du plan d'investissement est particulièrement long et que, dans une période marquée par une forte évolution des coûts de la construction, l'impact sur le programme initial est important. Si le surcoût est bien pris en compte dans le plan global de financement pluriannuel, cela signifie néanmoins que le financement de la tranche conditionnelle dépend de la fiabilité de la prévision de capacité d'autofinancement. Elle recommande que le pilotage des investissements accorde une plus grande place au respect des délais de réalisation.

Par ailleurs, elle observe que, pour la commande des travaux de faible montant en dehors des marchés issus de procédures formalisées, l'établissement met en œuvre des « ordres de service valant bons de commande ». Cette procédure comporte les risques liés à la pratique des bons de régularisation. L'engagement juridique de la dépense est préalable à l'engagement comptable et il est effectué par le service financier qui, chargé du mandatement, cumule de ce fait les fonctions de comptable matière et celles d'ordonnateur. La chambre recommande de réserver les bons de régularisations à des situations exceptionnelles.

### C - Une activité à conforter

Entre 2006 et 2009, on constate une diminution globale de l'activité hors dialyse, qui s'explique principalement par la perte de l'activité de radiothérapie, puisque l'activité hors dialyse et radiothérapie se maintient, avec toutefois des évolutions fortement contrastées des différentes spécialités. Hors urgences, les séjours diminuent.

Sur la base des groupes homogènes de séjours (GHS), ces tendances évoluent entre 2009 et 2010. Les séjours de plus de 48 heures augmentent légèrement (0,9 %), ceux de moins de 48 heures de 6,5 %. Les séances diminuent, sous l'effet de la disparition de l'activité de radiothérapie, malgré la forte progression des chimiothérapies (+ 11,2 %) et de la dialyse (+ 9,3 %). L'activité de l'hôpital apparaît donc principalement tirée par les séances et les courts séjours plus que par l'hospitalisation complète.

Paradoxalement, ce constat se double d'une évolution à la hausse du nombre de journées (+ 5,6 %) supérieure à celle des séjours. Toutefois, de 2009 à 2010, le nombre global de journées se stabilise, avec une diminution en hospitalisation complète compensée par l'augmentation en hôpital de jour et chirurgie ambulatoire.

Ces évolutions contrastées de l'activité renforcent le besoin d'un diagnostic de performance qui permettrait d'affiner ces constats.

L'offre de soins est très concurrentielle. Supplanté par le centre hospitalier de Calais en obstétrique, l'hôpital de Boulogne-sur-Mer fait jeu égal avec celui de Dunkerque en médecine, la chirurgie étant dominée par le secteur privé. En affinant selon les spécialités d'organes de l'outil d'analyse PMSI, l'établissement est « leader » sur 6 des 17 pôles d'activité pris en charge dans le bassin de vie du Littoral. Au total, avec 2,9 % de parts de marché, il se situe derrière le centre hospitalier de Dunkerque qui, à 3,3 %, est le seul établissement du bassin de vie à franchir ce seuil « leader ».

Ces éléments, procédant d'une méthodologie à l'échelon régional, ne remettent pas en cause le rôle pivot de l'établissement dans sa zone de proximité bien que soumis à forte concurrence. Ils ne permettent pas de le considérer comme l'établissement de référence unique du bassin de vie du Littoral où il détient 15 % de parts de marché (hors dialyse et radiothérapie). Par ailleurs, les objectifs du SROS tendent à la stabilité, la principale évolution souhaitée étant l'augmentation des séjours de médecine sur un nombre d'implantations constant.

La chambre observe que le contexte très concurrentiel de l'offre de soins dans le territoire de santé pèse sur le dynamisme global de l'activité dont les évolutions sont contrastées. Elle recommande de ce fait la plus grande vigilance sur les prévisions de recettes qui dépendent de la capacité de l'établissement à maintenir son attractivité.

#### D - La gestion des ressources humaines

Les charges de personnel non médical progressent de 8,2 % entre 2006 et 2009, rythme inférieur à l'augmentation des recettes de titre 1. Ce décalage en apparence vertueux, tient cependant à l'impact de l'effet prix de la T2A sur les recettes, en l'absence d'évolution significative du volume d'activité qui favorise par ailleurs la stabilité des dépenses. Hors effet-prix de la T2A, tel que déterminé par l'établissement, les recettes de titre 1 ne progressent que de 6,2 % entre 2006 et 2009. Les dépenses de personnel non médical augmentent ainsi plus vite que les recettes d'activité en volume.

Les rémunérations des personnels médicaux (+ 22 %) augmentent, elles, 1,6 fois plus vite que les recettes de titre 1, du fait de l'augmentation très forte des praticiens attachés et surtout contractuels. Cette situation correspond, pour partie, aux surcoûts liés au recours à des praticiens volants et, pour l'essentiel, à une fidélisation progressive des praticiens exerçant dans l'établissement, dans un contexte global de pénurie et de difficulté de recrutement. Cette situation est confirmée par les dépenses d'intérim médical qui augmentent de 7 500 € en 2006 à 550 000 € en 2009, avant de retomber à 269 000 € en 2010.

Les dépenses liées à la permanence des soins, gardes, astreintes et temps de travail additionnel, ont diminué de 24 % entre 2006 et 2009, en partie grâce à l'augmentation du temps de travail rémunéré. Le nombre de jours RTT épargnés par le personnel médical s'est stabilisé. Les marqueurs du pilotage du temps médical évoluent donc favorablement.

L'examen des frais de déplacement permet de faire état d'une procédure et d'un suivi, mais la prise en charge d'indemnités kilométriques pour des déplacements qui auraient pu être effectués en transport en commun mérite réflexion. Ainsi, 12 allers-retours à Lille dans le cadre d'une formation médicale continue ont-ils coûté 1 400 €, soit 116 € par mission, contre 40 € pour un aller-retour en train, aux dires-mêmes de l'établissement. Même s'il autorise l'usage d'un véhicule personnel pour plus de souplesse, l'hôpital pourrait, sauf exception dûment justifiée, limiter l'indemnisation à l'équivalent du coût du transport en commun.

En conclusion, la chambre constate que les charges de personnel, en particulier de personnel médical, augmentent plus vite que le volume d'activité et que la forte progression des dépenses d'intérim et de personnel médical contractuel montre une tension sur le recrutement des catégories de personnel les plus qualifiées. Elle recommande à l'établissement d'accentuer les efforts de maîtrise des dépenses de personnel.

Elle observe que l'établissement bénéficie d'une situation financière saine mais que, implanté dans un environnement concurrentiel, il doit conforter son activité en maintenant son attractivité, ce qui pourra s'avérer difficile compte tenu des tensions sur le recrutement du personnel qualifié et sur la réalisation d'une partie du programme de rénovation.

La chambre recommande donc à l'établissement de persévérer dans une gestion qui permette de dégager du fonctionnement les ressources nécessaires à la réalisation de la totalité du programme d'investissement.

## IV -LES COOPERATIONS

L'établissement est intégré à l'échantillon d'une enquête de la Cour des comptes sur la coopération inter-hospitalière. Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer participe à 19 actions de coopération formalisées, hors les conventions de mise à disposition de personnel nominatives. Les formes juridiques sont diverses (conventions de partenariat, associations, GIE, groupement de coopération sanitaire - GCS, Réseaux), les partenaires variés (établissements publics, établissements ou sociétés privés, associations). Leur recensement figure en annexe.

### A - La stratégie de coopération

#### 1 - La prise en charge des cancers

Il apparaît de manière frappante que sept à huit actions de coopération formalisées, sur 18 recensées, concernent la cancérologie (GIE/GCS radiothérapie, convention oncogénétique, GCS avec le centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer, Opaline 62 - dépistage, convention TEP SCAN, Association 3C des trois Caps, Réseau Oncolittoral). L'association Hospitalisation à Domicile (HAD) du Littoral, du fait de son organisation (soins médicaux continus et coordonnés, actes complexes et fréquents) et de ses orientations (soins palliatifs, traitement de la douleur, cancérologie) peut être rattachée à cet ensemble.

Ces actions de coopération répondent, chacune, à une ou plusieurs évolutions des normes de prise en charge. Elles présentent des formes juridiques variées, y compris institutionnelles (GIE, GCS, association), des partenariats public-privé et portent sur l'exploitation de plateaux techniques lourds aussi bien que sur des activités d'échange intellectuel. Cet ensemble renforce la volonté de l'établissement de conforter son positionnement sur l'ensemble de la filière Oncologie : dépistage, diagnostic, traitement. La mise en œuvre de ces coopérations permet, en effet, à l'établissement de coller à l'évolution des normes dans le domaine de la cancérologie : seuils, organisation de la prise en charge, objectifs de santé publique définis par le plan cancer national. Certaines coopérations s'inscrivent dans le plan cancer régional, action spécifique à la région Nord - Pas-de-Calais.

#### 2 - L'insuffisance rénale chronique constitue un second ensemble de coopérations

L'évolution des normes de prise en charge dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique incite à la coopération. Les décrets de 2002 conditionnent l'autorisation pour l'activité de traitement par épuration extra-rénale (« dialyse ») à la mise en œuvre de modalités de prise en charge qu'il définit. A titre *dérogatoire*, l'autorisation peut être délivrée à un établissement ne disposant de toutes les modalités que s'il a conclu, avec un ou plusieurs établissements disposant d'une ou plusieurs de ces modalités, une convention de coopération organisant la prise en charge des patients, chacun pour ce qui le concerne.

Le centre hospitalier de Boulogne a passé une telle convention avec l'association Santély, qui porte le titre explicite de « convention de coopération applicable dans le cadre du régime d'autorisation prévu par l'article R. 712-97-I du code de la santé publique et le décret du 23 septembre 2002 sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique ». Le contenu de la convention confirme cet objectif formel, puisque (art. 10) « *les deux entités détiennent chacun l'équipement nécessaire au traitement du malade ainsi que le matériel accessoire, les médicaments, les objets et produits directement en lien avec le traitement* » et que (art. 17) « *les médecins néphrologues du CH de Boulogne-sur-Mer gardent l'entière responsabilité du suivi médical du patient confié à Santély* ». La convention permet donc aux deux partenaires de poursuivre leur activité, malgré l'évolution du régime des autorisations.

Par ailleurs, dans le cadre de l'activité ainsi autorisée, l'établissement a conclu avec les centres hospitaliers de Calais et Montreuil-sur-Mer des conventions relatives à la mise en œuvre de postes d'hémodialyse dans leurs locaux. Le centre hospitalier de Boulogne est titulaire de l'autorisation, déclare l'activité et perçoit les recettes afférentes. Il prend en charge l'ensemble des dépenses liées à l'activité et rembourse à ses partenaires les prestations liées à l'activité.

Ces conventions portent essentiellement sur les prestations fournies par les centres hospitaliers de Calais et de Montreuil, dont les modalités et le coût sont précisément définis et facturés au centre hospitalier de Boulogne. Il s'agit d'une activité déportée de Boulogne dans les établissements partenaires. Cette organisation répond à la nécessité de mettre en place une équipe commune aux trois établissements, la pénurie de praticiens ne permettant pas d'envisager trois équipes distinctes.

Les conventions ont toutefois été élaborées à l'époque du financement par dotation globale. Le remboursement des charges supportées par les établissements prestataires suffisait alors à assurer une neutralité financière que la montée en charge de la tarification à l'activité peut perturber. Pour les établissements prestataires, l'activité consomme des moyens sans espoir de dégager un excédent, puisqu'ils sont simplement compensés à leur coût de revient. Dans un contexte d'importante restructuration immobilière, cette question prend une acuité particulière. Une réflexion pour adapter la compensation dont bénéficient les établissements prestataires pourrait conforter cette coopération portant sur une activité structurante pour l'hôpital de Boulogne.

### 3 - La convention relative à l'approvisionnement en tissus humains (cornée) avec le CHU de Lille

Parmi les principales modifications introduites par la loi de bioéthique de 2004, le prélèvement et la greffe sont érigés en « *priorité nationale* » (art. L. 1231-1 A du code de la santé publique) et par conséquent « *tous les établissements de santé, qu'ils soient autorisés à prélever ou non, participent à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement* » (art. L. 1233-1). Les établissements sont ainsi directement incités à participer à une coopération pour se conformer à leur nouvelle obligation. Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer a signé, en 2008, une convention relative à l'approvisionnement en tissus humains (cornée) avec le centre hospitalier universitaire de Lille, cette action de coopération consistant principalement en une prestation de service rémunérée.

La chambre observe que la stratégie de coopération apparaît principalement réactive, permettant ainsi à l'établissement de s'adapter à l'évolution des normes applicables et maintenir ses activités les plus dynamiques. La coopération en dialyse avec les autres établissements publics du territoire, qui possède une dimension stratégique propre plus marquée, doit, elle, prendre en compte le changement de mode de financement.

Le centre hospitalier de Boulogne est, par ailleurs, engagé dans des coopérations avec des partenaires de droit privé qui relèvent d'une stratégie plus offensive de positionnement nouveau sur l'offre de soins et sont emblématiques à plus d'un titre. Elles ont une forme institutionnelle aboutie (GCS et GIE). Elles portent sur des activités lourdes, sensibles, et fortement encadrées par le code de la santé publique : assistance médicale à la procréation (AMP) et radiothérapie. Elles ont connu ou connaissent des phases litigieuses.

## B - Le centre d'AMP du Littoral

Il s'agit d'un GCS qui associe le centre hospitalier avec le Centre médico-chirurgical de la Côte d'Opale (CMCO), pour l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP). Ce GCS a son siège au CMCO qui en assure toute la logistique et fournit également le plateau technique, y compris l'anesthésie. Les activités biologiques d'AMP sont réalisées par le laboratoire situé sur le site du CMCO. Seules les consultations de stérilité sont assurées dans les deux établissements, essentiellement par le médecin coordonateur du GCS mais pour une très faible part au profit du centre hospitalier de Boulogne, lequel, faute d'implication de ses propres praticiens, n'a pas pris sa part de l'activité. Au demeurant, seul le CMCO Côte d'Opale figure sur la liste des établissements autorisés établie par l'Agence de Biomédecine, en décalage avec la décision d'autorisation.

### 1 - Le GCS comme contrat d'exercice

Le contrat d'exercice libéral définit les conditions d'exercice d'un praticien non salarié en établissement de santé privé, notamment le profil du praticien, les caractéristiques de la clinique et les apports respectifs de l'établissement et du praticien, éventuellement l'implication financière du médecin dans la société d'exploitation de la clinique.

Le contenu des documents conventionnels du GCS reprend tous ces éléments, la convention de prestations mentionnant même, au nombre des charges variables, « l'utilisation des autorisations du CMCO », alors qu'en ce qui concerne l'AMP, l'autorisation a été accordée conjointement au centre hospitalier et au CMCO. L'écart le plus important avec le contenu d'un contrat d'exercice concerne naturellement l'implication financière du médecin à laquelle se substitue celle du centre hospitalier. Toutefois, le contrat d'exercice libéral est compatible avec l'existence d'une convention d'exercice en commun de plusieurs médecins, la personne morale issue de cette convention passant elle-même un contrat d'exercice avec la clinique.

Ainsi, la convention constitutive, le règlement intérieur du GCS et la convention de prestations présentent-ils, ensemble, le caractère formel d'une coopération institutionnelle. Toutefois, on peut aussi considérer que les modalités pratiques de fonctionnement décrites dans ces différents documents apparentent ce partenariat à une forme de contrat d'exercice libéral adapté au statut de l'hôpital.

La chambre observe un décalage entre la forme juridique d'un GCS et le contenu de l'action de coopération « Centre d'AMP du Littoral », cette dernière n'ayant eu jusqu'en 2009 qu'un impact faible sur l'activité du centre hospitalier. Compte tenu de la montée en charge d'un praticien recruté en 2009, la chambre recommande la mise en place d'un suivi et d'une évaluation des modalités de cette coopération.

### 2 - Une autorisation qui s'est pérennisée tacitement

Dans le territoire bassin de vie Littoral, le SROS 2006-2011 a porté à deux le nombre d'implantations cibles contre une dans le SROS antérieur. Deux centres d'AMP fonctionnent, le GCS Centre AMP du Littoral à Boulogne et le Centre AMP de l'hôpital de Calais. Ces deux centres bénéficient chacun d'une autorisation, renouvelée en 2009 dans le cadre de la procédure tacite, pour une durée de 5 ans.

A l'origine, la demande du GCS Centre AMP du Littoral, conformément à un avis défavorable du comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS), avait fait l'objet d'une décision tacite de rejet du ministre chargé de la Santé. Mais le défaut de notification, suite à demande de communication, des motifs de la décision implicite de refus dans les délais impartis, a débouché sur une autorisation réputée acquise, selon les dispositions du code de la santé publique

alors en vigueur, et reconnue par décision ministérielle en novembre 2001. Le régime général des autorisations étant précis et l'encadrement spécifique des activités d'AMP par le code la santé publique strict, il est difficilement compréhensible qu'une demande ayant fait l'objet d'un avis défavorable sur le fond ait pu cheminer jusqu'à une autorisation tacite.

La demande du centre hospitalier de Calais a suivi un parcours plus simple : autorisation expresse en juin 2002 après les avis favorables des commissions ad hoc.

En novembre 2002, le CMCO a intenté un recours contre l'autorisation accordée au centre hospitalier de Calais, au motif que le SROS prévoyait une seule implantation dans le bassin de vie, recours auquel a fait droit le tribunal administratif. Ce jugement a entraîné l'arrêt de l'activité d'AMP à Calais, impliquant d'organiser la continuité des soins avec le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, dont, notamment, le délicat transfert des embryons. La Cour administrative d'appel saisie, a considéré qu'en l'absence de schéma d'organisation sanitaire interrégional ou national relatif à l'activité d'AMP, il n'existait pas de schéma sanitaire opposable au ministre chargé de la Santé et donc que l'autorisation d'activité du centre hospitalier de Calais était légale.

La chambre observe que le litige consécutif à l'instruction de la demande d'autorisation a été temporairement préjudiciable à la continuité de l'activité d'AMP du centre hospitalier de Calais puis a débouché sur la création de deux centres d'AMP dans le bassin de vie du Littoral, en dépassement des objectifs du SROS antérieur qui prévoyait une seule implantation.

### C - La coopération en radiothérapie

L'activité de radiothérapie est le champ d'une coopération entre le centre hospitalier de Boulogne et le Centre Joliot Curie (CJC), groupement de médecins libéraux. Ce groupement exploite, en outre, les centres de radiologie Cap sud et Cap nord.

La bonne appréhension des enjeux de cette coopération nécessite la présentation préalable des relations qui existent entre la SCM et le CMCO. Leurs activités sont, en effet, implantées sur des sites communs ou contigus à Boulogne (CMCO, CJC, centre de radiologie Cap sud) et à Calais (clinique des Deux Caps, centre de radiologie Cap nord). Le CMCO et la clinique des Deux Caps sont eux-mêmes fortement intégrés, sous direction commune.

La plaquette de présentation du CMCO précise effectivement que « *se trouvent également sur le site (...) les services de radiologie* » et mentionne un pôle d'oncologie avec *radiothérapie*. Par ailleurs, tous les associés du groupe radiologique figurent sur la liste des praticiens du CMCO, l'un d'eux étant le président de la Commission médicale d'établissement. Réciproquement, la présentation du groupe radiologique indique que « *les scanners IRM, le mammotome et le vasculaire sont réalisés au CMCO, les traitements de radiothérapie sont réalisés au Centre Joliot Curie* ». La description des activités médicales du CJC mentionne expressément « *1- ONCOLOGIE MEDICALE-CHIMIOETHERAPIE avec possibilité de consultations, d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation traditionnelle, et coordination des chimiothérapies à domicile* » et « *6 - service d'hospitalisation au sein de la clinique médico-chirurgicale de la Côte d'Opale* ». Le descriptif évoque également un « *accès simplifié et rapide dans les différents services de radiologie* » via « *le service d'accueil de la clinique de la Côte d'Opale* ».

Sur le plan juridique, pour ce qui concerne l'activité de soins de traitement du cancer, le CMCO détient les autorisations d'activité de chirurgie des cancers et de chimiothérapie. Le CJC est titulaire de l'autorisation d'activité de radiothérapie (sous condition de constitution d'un GCS avec le centre hospitalier de Boulogne).

Les présentations commerciales (sites internet) de ces organismes entretiennent une certaine imprécision sur l'étendue des prestations offertes par chacun d'eux, qui est de nature à améliorer leur attractivité mais ne correspond pas aux autorisations d'activité dont ils sont titulaires. Dans les faits, la proximité d'implantation et la fluidité des parcours organisés par le partenariat entre ces deux structures peuvent assurer une prise en charge effectivement intégrée, les autorisations d'activité pouvant sembler une notion abstraite pour le patient. Néanmoins, l'indépendance des deux structures, expressément revendiquée par chacune d'elles, devrait les conduire à s'astreindre à plus de précision dans la présentation de leurs activités respectives.

Nonobstant l'absence de lien institutionnel entre ces deux structures, l'intensité des liens fonctionnels entre la SCP et le CMCO peut ne laisser qu'une place restreinte pour des actions de coopération significatives avec le centre hospitalier.

### 1 - Le GIE groupement de radiothérapie de Boulogne-sur-Mer

Il a été constitué le 24 février 2005, comme cadre juridique transitoire de la mise en œuvre d'un partenariat entre le secteur public et le secteur privé. Selon le préambule de la convention constitutive, un ambitieux « pôle de cancérologie du Boulonnais » devait, à terme, être ouvert à l'ensemble des acteurs de santé, notamment le CMCO. La mise en œuvre définitive était suspendue à la modification des textes régissant les GCS, notamment leur ouverture aux médecins et sociétés de médecins.

L'objet du GIE est plus concret. Il concerne la détention de l'autorisation, l'acquisition et l'exploitation d'un troisième accélérateur de particule dans le Boulonnais, mais subit d'emblée l'évolution du régime des autorisations (décret n° 2005-434 du 6 mai 2005).

Antérieurement étaient autorisés les *appareils de radiothérapie*, en sus de l'autorisation d'activité de *traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie*. Le nouveau régime distingue les seules notions d'activité et d'équipement de matériel lourd. Les appareils de radiothérapie ne font pas partie de la liste des équipements matériels lourds et la radiothérapie est devenue une modalité de l'activité traitement du cancer, soumise à autorisation. Le cas échéant, les autorisations d'installations anciennes sont transmutes en autorisation d'activité.

C'est la raison pour laquelle le GIE qui, en février 2005, s'est donné pour objectif la détention de l'autorisation du troisième appareil, se voit finalement transférer, en juin 2006, une partie de l'autorisation d'activité alors détenue par la SCM Andris et associés.

Il apparaît ainsi une distorsion entre le nouveau régime des autorisations et l'action de coopération initialement envisagée. En effet, le GIE portait sur la co-utilisation d'un appareil, objet d'une autorisation propre, implanté au sein du CJC, alors titulaire de l'autorisation d'activité. La nouvelle réglementation autorisant la seule activité, il est juridiquement compliqué de dissocier, sur un site de radiothérapie, l'exploitation de l'un des appareils pour la confier à un GIE.

Les appareils en cause relèvent désormais des conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer, redéfinies et durcies par les décrets du 21 mars 2007 (n° 2007-388 et 2007-389). En ce qui concerne spécifiquement la radiothérapie, un décret du 29 juillet 2009 précise les mesures compensatoires obligatoires durant la période de mise en conformité, compte tenu des contraintes de sécurité nucléaire, à la suite notamment des accidents d'Epinal qui se sont produits entre 2005 et 2006.

Les conditions techniques de fonctionnement impliquent une installation complète tandis que les différents aspects du fonctionnement et de l'organisation sont soumis à des procédures lourdes. Le règlement intérieur du GIE précise que « *par acte séparé (dit « convention de*

*prestation ») sont organisées les conditions d'accès du Centre Hospitalier aux équipements dont est personnellement propriétaire la SCM et dont l'utilisation est indivisible de la coopération entreprise entre le centre hospitalier et la SCM dans le cadre du présent GIE : appareil de secours, dosimétrie, simulation », cet environnement étant fourni par le Centre Joliot-Curie.*

Ainsi, le fonctionnement de l'appareil exploité par le GIE était totalement dépendant des équipements propres du Centre Joliot-Curie

La convention de prestation prévoit des redevances forfaitaires versées par le centre hospitalier étant « *admis entre les signataires que cette redevance couvre les coûts des moyens fournis sans qu'il soit besoin de les détailler (...). Cependant, dans le cas où des modifications importantes de la nomenclature se produiraient ou que de nouvelles charges imputables aux prestations fournies apparaîtraient, les parties se rencontreront pour procéder à une renégociation du montant de la redevance* ».

Il est toutefois contradictoire de considérer qu'il n'est pas nécessaire de détailler les coûts, tout en prévoyant la possibilité d'un ajustement, ce qui implique leur connaissance.

Ce déséquilibre juridique et technique a eu des répercussions sur les relations entre les partenaires du GIE. Les difficultés portaient notamment sur la répartition de leur activité respective, le centre hospitalier revendiquant l'accès à des plages plus étendues pour faire face à la demande.

Dans les faits, la création d'une activité de radiothérapie à l'hôpital procède d'une volonté des autorités de tutelle de promouvoir une offre publique de soins dans un territoire qui en était dépourvu. La contrepartie de la couverture technique par le CJC de l'activité nouvellement créée du centre hospitalier était double. Le CJC, qui souhaitait développer son activité, bénéficiait d'un demi-accelérateur supplémentaire. Les radiologues associés bénéficiaient par ailleurs de 60 % de l'IRM autorisé au profit de l'ensemble des radiologues libéraux de la place, enjeu considérable à l'époque, le centre hospitalier possédant déjà une IRM.

La chambre observe que la coopération ainsi imposée, loin d'organiser une complémentarité, a eu pour effet la délivrance d'autorisations établissant une concurrence public-privé sur la radiothérapie et sur l'IRM.

La perspective de l'échéance du renouvellement de l'autorisation, dans le nouveau régime, a été fatale à l'action de coopération initiale. Il ne s'agissait plus, en effet, de répartir des autorisations sur différents appareils, mais de désigner le détenteur de l'autorisation de l'activité elle-même.

Sur le plan technique, le groupement de radiologues, qui atteignait le nombre de patients et disposait des praticiens et des deux accélérateurs requis, était incontestablement plus proche<sup>1</sup> d'une situation de conformité et a obtenu l'autorisation, ce qui a entraîné l'arrêt de l'activité publique de radiothérapie. A ce stade, le seul effet réel de l'action de coopération qui subsistait était l'autorisation obtenue en contrepartie de la seconde IRM pour les radiologues. Pour éviter cet affichage paradoxal, l'autorisation a été délivrée « *sous la condition prise dans l'intérêt de la santé publique de la cession d'autorisation à un Groupement de Coopération sanitaire constitué avec le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer avant le 30 juin 2010* ». Comme le précise la SCP, cette condition, « *contraire aux engagements antérieurs* », la contraint à faire entrer la totalité de ses moyens dans le champ de la coopération.

---

<sup>1</sup> Rapport d'inspection de l'Autorité de Sûreté Nucléaire INS-2009-PM2U62-0015 du 17 décembre 2009.

En janvier 2011, le GCS était toujours en voie de constitution. Le retard était imputé à la parution tardive du décret d'application des dispositions de la loi HPST relative aux GCS établissements de santé (décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010).

## 2 - Le « GCS public privé du Littoral – Centre Joliot-Curie »

Il s'agit d'un GCS établissement de santé qui sera titulaire de l'autorisation d'activité. La majorité des apports et participations provenant de personnes de droit privé (80 %), le GCS est une personne morale de droit privé, comme précisé à l'article 6 de la convention constitutive, et nonobstant sa dénomination de « Centre Joliot-Curie GCS public privé du Littoral ».

Il est prévu que le GCS bénéficie d'une mission de service public, en application des nouvelles dispositions issues de la loi HPST. L'activité de radiothérapie sera réalisée en secteur 1, dans la continuité de la pratique de la SCP. Les synergies attendues de la mise en commun des équipes et des moyens sont porteuses d'une amélioration de la qualité de la prise en charge pour le meilleur service aux patients.

Le GCS, titulaire de l'autorisation, facture directement ses prestations aux patients et à l'assurance maladie. A ce titre, le PGFP du centre hospitalier a été adapté, les produits attendus de la radiothérapie ne sont plus des recettes d'activité de soins, qu'il n'est plus autorisé à exercer en propre, mais une part des résultats prévisionnels du GCS, recette subsidiaire.

Le préambule de la convention énonce que le centre hospitalier et le CJC « *décident d'unir leur activité de radiothérapie* ». Dans la mesure où le centre hospitalier n'a plus l'autorisation pour celle-ci, il s'agit en fait d'unir les filières de patients et de prévoir l'accès au plateau technique du personnel hospitalier qualifié (un mi-temps de radiothérapeute hospitalier et deux manipulateurs de radiologie) qui constituent la contribution du centre hospitalier au GCS. Le partenaire privé fournit trois radiothérapeutes, deux radiophysiciens, deux dosimétristes, dix manipulateurs, un directeur à temps partiel, un qualicien à temps partiel, un secrétariat d'accueil et de frappe. L'article 7 de la convention constitutive prévoit en effet un « *secrétariat d'accueil unique qui assure la gestion des flux de patients* ».

Le GCS apparaît ainsi fortement déséquilibré, au-delà même de la répartition des parts sociales. Les moyens de fonctionnement étant seulement mis à disposition et ce, en très forte proportion, par le partenaire privé. Dès lors, la cession de l'autorisation au GCS reste formelle, dépendant étroitement des appareils et équipes issus du CJC. Dans ce scénario, le praticien et les manipulateurs hospitaliers apparaissent comme des hôtes du plateau technique mis à disposition par le CJC.

Les partenaires affichent toutefois une volonté de remédier à ce déséquilibre. Les statuts prévoient en effet que le GCS puisse devenir employeur des personnels et qu'il assume l'acquisition des appareils, initialement mis à disposition, lors de leur renouvellement, ce qui tendrait à ramener progressivement le poids réel du CJC au niveau de ses parts sociales.

Par ailleurs, selon le même article 7 de la convention constitutive, « *un système de contrôle interne permettra de vérifier que les patients ne subissent pas de canalisation déterminée par le radiothérapeute en fonction d'une option statutaire personnelle* ». Le système de contrôle n'est toutefois pas décrit dans le règlement intérieur. L'article 7 de la convention précise que « *ce contrôle est assumé par l'administrateur (...)* », l'article 25 stipulant que l'administrateur du GCS est « *proposé par la SCP* ». Il est secondé par le directeur, lui-même mis à disposition à temps partiel par la SCP.

Dans la pratique, les partenaires ont mis en place un « comité de gestion restreint » pour les deux ans du démarrage du GCS. La composition paritaire CH/SCP de ce comité assure une surreprésentation du CH, en décalage avec ses participations, d'où un caractère d'affichage plus que décisionnel.

Dans le cadre d'un partenariat en cancérologie plus large, le centre hospitalier doit développer son activité de chimiothérapie en réalisant les chimiothérapies induites par la radiothérapie. A cet effet, une convention a été signée prévoyant la mise à disposition de l'oncologue de la SCP pour réaliser les chimiothérapies à l'hôpital. Cette coopération revient à orienter vers le centre hospitalier des patients de la SCP jusqu'alors adressés au CMCO, lui aussi titulaire d'une autorisation pour la chimiothérapie.

La chambre estime que, compte tenu de ce rapport de force, le GCS paraît formel et destiné à atténuer la remise en cause, peut-être inéluctable mais mal acceptée, d'une prise en charge publique en radiothérapie. Cette coopération, si elle parvient à prendre corps, est néanmoins porteuse d'une amélioration de la qualité des soins par les synergies envisagées.

Elle recommande à l'établissement, pour les coopérations à venir, de s'engager avec circonspection dans de tels partenariats et de veiller à l'équilibre juridique et technique des conventions.

La chambre observe que les coopérations auxquelles participe le centre hospitalier de Boulogne ont permis aux partenaires de s'adapter formellement à l'évolution des normes et du régime d'autorisation, chacun conservant ses structures sous couvert de l'action de coopération. Par ailleurs, soutenues par un effet de mode, en particulier si elles incluaient un partenaire privé, des coopérations ont pu servir de vecteur à des autorisations en décalage avec les objectifs quantitatifs ou qualitatifs du SROS.

-----

### **Recommandations**

1. Mettre les provisions en conformité avec les dispositions de la M21, dans leur objet et la détermination de leur montant, et respecter les procédures d'affectation à l'investissement des résultats d'exploitation.
2. Mettre en œuvre des outils d'analyse de la performance et des coûts.
3. Conforter le plan global de financement pluriannuel en tenant compte des incertitudes sur les prévisions de produits, notamment les recettes d'activité de soins, et en affinant l'évaluation de l'impact sur les charges des mises en service futures.
4. Mieux prendre en compte les délais dans le pilotage des investissements.
5. Revoir la procédure, propre à l'établissement, des ordres de service valant bons de commande.
6. Préserver la capacité d'autofinancement par la maîtrise des dépenses, conformément à la stratégie de redressement initiale. Pour cela, veiller à la proportionnalité de l'évolution des dépenses de personnel médical à l'activité.
7. Corriger l'impact du changement de mode de financement de l'activité sur certaines actions de coopération.
8. Adapter les modalités de la coopération dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, à son contenu effectif et à la part d'activité réalisée par le centre hospitalier.
9. Ne pas engager l'établissement dans des coopérations dont le déséquilibre juridique et technique lui rendrait difficile la préservation de ses intérêts.

\*

\* \*

## ANNEXE – LA SELECTION DES COOPERATIONS

### 1/ Les actions hors champ de l'enquête

L'établissement, pour le CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) dont il assure la gestion, a signé avec l'association Boulogne Drogue Info une convention de partenariat relatif à la « filière de soins en addictologie ». Il s'agit d'une action de coopération pour des prises en charge en ambulatoire, à la jonction de la psychiatrie et du médico-social, sans impact significatif sur le champ MCO.

Par ailleurs, le domaine logistique et administratif n'entre pas dans le champ de l'enquête :

- Centre Régional d'Ingénierie Biomédicale (convention d'adhésion) ;
- Convention avec l'association « Les blouses roses », relative à l'organisation de l'activité des bénévoles auprès des patients hospitalisés ;
- Convention avec l'association « Vie Libre », relative à la mise à disposition d'un local ;
- Convention avec le réseau REDIAB Côte d'Opale, définit les « prestations et modalités fournies » par l'établissement (locaux et personnel). Les avenants successifs substituent aux crédits spécifiques, alloués initialement par l'ARH, des remboursements de frais croissants, à la charge de REDIAB.

### 2/ Le recensement des actions de coopération dans le domaine MCO, classées selon les objectifs retenus par la méthodologie d'enquête

#### a/ Améliorer l'utilisation des ressources

- *Restructuration avec répartition des activités entre établissements ;*
- *Mise à disposition de plateaux techniques ;*
- *Atteinte des seuils d'activité pour les activités soumises à autorisation :*
  - Convention de Co-utilisation du tomographe à émission de positons (TEP) ;
  - GCS Centre d'assistance médicale à la procréation du littoral : - Ex GIE – Futur GCS radiothérapie ;
  - GCS avec centre hospitalier de l'agglomération de Montreuil (CHAM) – cancérologie ;
  - Convention avec l'association Santélyls – activité insuffisance rénale chronique ;
  - Convention CHAM – dialyseurs ;
  - Convention CH Calais– dialyseurs.

#### b/ Gérer avec des ressources rares ou limitées

##### → *Mutualisation*

L'établissement participe à 24 conventions de mise à disposition de personnel médical nominatives (distinguées des conventions non nominatives adossées à des actions de coopération plus larges).

La majorité de ces conventions (15) concerne des praticiens du CH de Boulogne mis à disposition d'autres structures, pour l'équivalent de 29 journées par mois (35 journées en incluant les conventions non nominatives). Les objectifs sont variés : formation continue des praticiens, prise en compte de directives, échanges de bons procédés (remplacements réciproques de spécialistes). Sauf exception, le coût salarial est remboursé par les structures bénéficiaires. La dimension coopérative est renforcée par la mention expresse de l'absence de facturation de frais de

gestion. Les 9 autres conventions correspondent à la situation inverse, le CH de Boulogne bénéficiant, de la part de différents établissements, de la mise à disposition de praticiens pour l'équivalent de 15,5 journées par mois, contre remboursement du coût salarial.

→ *Mise en œuvre des notions de recours, d'expertise, de participation coordonnée aux programmes nationaux*

- Convention CHU Lille - Oncogénétique (plan cancer national) ;
- Convention Opaline 62 ;
- Association 3C des 3 Caps (plan cancer régional).

c/ Financer et gérer des investissements utiles à plusieurs parties (pour mémoire)

d/ Intégrer l'offre au long d'une filière de soins

→ *Aval du court séjour/alternative à l'hospitalisation complète*

- Association HAD Littoral Boulogne Montreuil. Le CH est membre fondateur.

→ *Réseaux*

- Réseau Oncolittoral (plan cancer régional) ;
- Réseau Prélèvement de cornée.

e/ Préempter une patientèle

→ *Actions menées par l'établissement pour favoriser les relations avec les médecins de ville et faciliter ainsi l'orientation des patients, notamment ceux qui relèvent de l'activité programmable (d'autant plus intéressantes qu'existe un contexte local de concurrence avec les cliniques privées). Ces actions peuvent souvent ne pas donner lieu à formalisation contractuelle.*

S'il n'y a pas d'action formalisée dans ce domaine, le fonctionnement de la maison médicale de garde fait toutefois émerger cette problématique. Dans un contexte de tarification à l'activité, chacun tend à garder ses patients. Dès lors, une action de coopération pour partager et rationaliser la permanence des soins peut être pénalisée dans la mesure où les urgences et recours non programmés sont un mode de recrutement important. Ainsi, les médecins de la maison médicale de garde déplorent-ils le faible adressage de patients par les urgences hospitalières.

f/ Partager et rationaliser la charge de la permanence des soins

La maison médicale de garde : une convention entre le CH et une association de médecins de ville.



Chambre régionale des comptes  
du Nord-Pas-de-Calais

ROD.0507

## REPONSE(S) AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

– Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer –

(Département du Pas-de-Calais)

Ordonnateurs en fonction pour la période examinée :

- M. Bruno Delattre : Pas de réponse.
- Mme Marie-Christine Paul : Pas de réponse.
- M. Yves Marlier : Pas de réponse.

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