



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES  
SANS RÉPONSE**

**CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE  
(Département de la Somme)**

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 28 novembre 2019.



## TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE .....	3
RECOMMANDATION .....	5
INTRODUCTION.....	6
<b>1 LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'organisation sanitaire territoriale.....	7
1.2 La place du centre hospitalier dans l'offre sanitaire de l'abbevillois .....	8
1.3 Le groupement hospitalier de territoire et les coopérations.....	9
1.3.1 Le groupement hospitalier de territoire .....	9
1.3.2 Le groupement d'intérêt économique IRM Picardie Maritime.....	10
1.3.3 La clinique Sainte Isabelle.....	11
1.4 L'activité du centre hospitalier .....	11
1.4.1 L'activité médecine-chirurgie-obstétrique.....	11
1.4.2 Les soins de suite et de réadaptation et l'hospitalisation à domicile .....	12
1.4.3 La gériatrie.....	13
1.4.4 La psychiatrie.....	13
<b>2 L'ORGANISATION .....</b>	<b>15</b>
2.1 La gouvernance .....	15
2.1.1 Le conseil de surveillance.....	15
2.1.2 L'équipe de direction.....	15
2.1.3 Le directoire.....	15
2.2 Les instances .....	16
2.2.1 La commission médicale d'établissement .....	16
2.2.2 Le comité technique d'établissement.....	16
2.2.3 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail .....	16
2.2.4 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques .....	16
2.2.5 La commission des usagers .....	17
2.2.6 Le conseil de vie sociale .....	17
2.3 Les pôles .....	17
2.4 Le personnel.....	19
2.4.1 Les effectifs .....	19
2.4.2 La masse salariale .....	20
2.4.3 L'absentéisme .....	21
2.5 Les sites.....	21
<b>3 LA SITUATION FINANCIÈRE.....</b>	<b>23</b>
3.1 La fiabilité des comptes .....	24
3.1.1 Le principe de sincérité et de régularité.....	24
3.1.2 Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits .....	26
3.1.3 Le principe de prudence et la constitution des provisions .....	30
3.1.4 La sincérité et la fiabilité des prévisions budgétaires .....	32
3.1.5 Les régies.....	32

3.2 L'analyse rétrospective .....	33
3.2.1 La formation du résultat.....	33
3.2.2 Le résultat et l'analyse des soldes intermédiaires de gestion.....	36
3.2.3 La capacité d'autofinancement, le tableau de financement et les indicateurs d'investissement .....	38
3.2.4 L'analyse bilancielle.....	39
3.2.5 La situation de la dette.....	42
3.3 L'analyse prospective .....	44
3.3.1 L'état prévisionnel des dépenses et recettes 2019 .....	44
3.3.2 Le plan global de financement pluriannuel.....	45
3.3.3 Le contrat de retour à l'équilibre .....	46
4 LE PROJET DE MODERNISATION .....	48
4.1 La phase de conception et d'études .....	48
4.1.1 Les appels d'offres de conception .....	48
4.1.2 Les études .....	49
4.1.3 L'appel d'offres de travaux.....	49
4.1.4 Le financement du projet .....	50
4.2 L'examen du projet.....	50
ANNEXES .....	52

## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier d'Abbeville occupe une place importante dans le paysage sanitaire de la Baie de Somme. Il participe à de nombreuses structures de coopération, dont la plus importante est aujourd'hui le groupement hospitalier de territoire « Somme littoral sud ». Si cette structure apporte, selon les responsables du centre hospitalier, de nombreux avantages du point de vue du projet médical, avec une coopération renforcée des établissements et une mise en commun des moyens et des savoir-faire, elle apparaît cependant comme un frein sérieux à l'efficacité de la politique d'achat. Les services du CHU d'Amiens, chargés de réaliser les achats pour les établissements du groupement éprouvent, en effet, des difficultés pour faire face à cette mission. Les rigidités et contraintes législatives encadrant le fonctionnement des GHT en matière d'achats entrent, pour une grande part, dans les dysfonctionnements observés.

L'activité de médecine-chirurgie-obstétrique se maintient, malgré la concurrence de la clinique Sainte Isabelle d'Abbeville et celle du CHU d'Amiens. L'établissement est toujours parmi les plus mal classés de sa catégorie pour la durée de séjour et dispose ainsi de marges importantes pour faire progresser son activité et le rythme de rotation des lits. Si le taux d'occupation des lits de soins de suite et de réadaptation reste élevé, celui de l'hospitalisation à domicile mériterait d'être amélioré. Tandis que les établissements gériatriques sont proches de la saturation, la psychiatrie se caractérise par une baisse de l'hospitalisation complète au profit de l'hospitalisation de jour.

Le patrimoine immobilier du centre hospitalier est important et globalement de qualité, hormis pour les services de médecine-chirurgie-obstétrique, ce qui justifie le programme de rénovation en cours. Le projet consiste à construire une extension de près de 12 000 m<sup>2</sup> comprenant, notamment, un plateau technique, les urgences, le pôle femme-enfant. Une rénovation/extension de la pharmacie et des bâtiments historiques aura lieu dans un second temps. L'estimation globale du projet est de 45 M€ HT à ce jour. Le financement des travaux repose sur une mobilisation importante de l'emprunt (30 M€) et ce, alors même que l'hôpital dispose d'un fonds de roulement conséquent, égal à 27,8 M€ fin 2018.

En 2017, les effectifs, en équivalents temps plein, sont revenus au niveau de 2013, après une augmentation en 2014, mais la structure des emplois a changé, montrant que les efforts de maîtrise se sont portés sur les personnels non soignants. La masse salariale est contenue sur l'ensemble de la période 2013-2018, tandis que les heures supplémentaires sont globalement en baisse, avec un recours très limité à l'intérim. Le taux d'absentéisme global progresse cependant fortement depuis 2015.

La fiabilité des comptes du centre hospitalier est marquée par une amélioration qualitative substantielle à partir de 2016, première année de certification des comptes, en particulier pour les amortissements, le suivi des immobilisations et les provisions.

L'analyse financière rétrospective montre une progression plus rapide des charges par rapport aux produits, ce qui crée un effet ciseau à partir de 2014 où le résultat net devient négatif, tendance qui se confirme jusqu'en 2018. La capacité d'autofinancement brute permet encore de faire face au remboursement des annuités du capital de la dette mais se révèle insuffisante pour financer les investissements, en forte progression depuis 2017. Ces équilibres dégradés sont aujourd'hui compensés par un niveau élevé du fonds de roulement, bien qu'en baisse sur la période sous contrôle, et un ratio d'endettement faible (six années de la capacité d'autofinancement brute).

Les documents financiers prospectifs élaborés par le centre hospitalier et approuvés par l'agence régionale de santé se caractérisent par la prudence et le réalisme des hypothèses affichées. Le premier exercice du contrat de retour à l'équilibre aboutit à un résultat plus favorable que les prévisions qui, s'il est confirmé à l'issue de l'exercice 2019, augure d'un redressement rapide des finances de l'établissement. Néanmoins, la situation appelle à une vigilance continue pour maintenir l'activité et dégager les économies nécessaires à l'atteinte des objectifs.

**RECOMMANDATION<sup>1</sup>****Rappel au droit (régularité)**

	<i>Totalement mis en œuvre<sup>2</sup></i>	<i>Mise en œuvre en cours<sup>3</sup></i>	<i>Mise en œuvre incomplète<sup>4</sup></i>	<i>Non mis en œuvre<sup>5</sup></i>	<i>Page</i>
<b>Rappel au droit unique</b> : mettre en place un plan de contrôle des régies, conformément à l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique.				X	32

---

<sup>1</sup> Les recommandations de régularité (rappels au droit) et de performance ont été arrêtées après examen des réponses écrites et des pièces justificatives apportées par l'ordonnateur en réponse aux observations provisoires de la chambre.

<sup>2</sup> L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre la totalité des actions permettant de répondre à la recommandation.

<sup>3</sup> L'organisme contrôlé affirme avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires au respect de la recommandation et fait part d'un commencement d'exécution. Il affirme avoir l'intention de compléter ces actions à l'avenir.

<sup>4</sup> L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires sans exprimer d'intention de les compléter à l'avenir.

<sup>5</sup> L'organisme contrôlé indique ne pas avoir pris les dispositions nécessaires mais affirme avoir la volonté de le faire. Aucun commencement d'exécution n'est mis en avant.

L'organisme contrôlé indique ne pas avoir pris les dispositions nécessaires, ou précise ne pas avoir le souhait de le faire à l'avenir ou ne fait pas référence dans sa réponse à la recommandation formulée par la chambre.

## INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier d'Abbeville pour les années 2013 et suivantes a été ouvert le 23 janvier 2019 par lettre du président de la chambre adressée à M. Georges Nivesse, directeur en fonctions et ordonnateur depuis le 6 juin 2017. M. Hervé Ducroquet, directeur de 1985 à décembre 2016, et Mme Corinne Sénéschal, directrice par intérim de janvier à mai 2017, ont été avisés par courriers du président du 11 février 2019.

Ce contrôle a été conduit principalement autour des axes suivants : le suivi des observations du précédent rapport de la chambre, l'organisation, l'évolution de l'activité et l'attractivité de l'établissement, les coopérations initiées dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, la situation financière, le programme de construction

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 17 mai 2019, successivement avec le directeur actuel et son prédécesseur. L'entretien avec la directrice intérimaire a été réalisé par téléphone le 21 mai 2019.

La chambre, dans sa séance du 26 juin 2019, a formulé des observations provisoires, transmises à l'ordonnateur par courrier du 31 juillet 2019.

Des extraits ont été communiqués à l'agence régionale de santé et au centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens.

Après avoir entendu la directrice du CHU d'Amiens, à sa demande, et examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 28 novembre 2019, a arrêté les observations définitives suivantes.

***Le suivi du précédent contrôle***

Le précédent rapport d'observations définitives, devenu communicable le 2 novembre 2011, portait sur les exercices 2005 à 2009. Lors du présent contrôle, l'examen du suivi des recommandations et rappels au droit révèle que deux recommandations n'ont pas été mises en œuvre :

- pérenniser une information complète et un recueil formalisé du consentement du patient ;
- adresser systématiquement un courrier aux praticiens réalisant, dans le cadre de leur activité libérale, un nombre d'actes proche de celui réalisé dans le cadre de leur service public.

**1 LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT****1.1 L'organisation sanitaire territoriale**

L'offre sanitaire de la région Hauts-de-France est répartie sur 6 territoires de démocratie sanitaire créés par la loi de santé<sup>6</sup> et 14 groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le centre hospitalier d'Abbeville fait partie du territoire « Somme » et du groupement hospitalier de territoire « Somme Littoral Sud ». Ce dernier, constitué le 29 juin 2016, réunit neuf hôpitaux publics autour du CHU Amiens-Picardie, établissement support. Il s'agit des centres hospitaliers d'Albert, de Doullens, de Corbie, de la Baie de Somme, de Montdidier-Roye, Philippe Pinel ainsi que de Montreuil-sur-Mer et Hesdin dans le Pas-de-Calais.

Parmi ces établissements, le centre hospitalier intercommunal de la Baie de Somme et le CH d'Abbeville sont en direction commune, par convention entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> février 2018. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Cayeux-sur-Mer est également inclus dans cette convention.

Outre le GHT, le centre hospitalier d'Abbeville participe à six structures de coopération, qu'elles soient sanitaires, d'intérêt économique ou public :

- Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) dit « Groupement Régional d'Achats de Produits Pharmaceutiques Picard », devenu ensuite « Groupement Régional d'Achats Médicaux, achats de produits pharmaceutiques », et à ce jour « Groupement régional d'achats multi-segments » ;
- Groupement de Coopération Sanitaire Unité de Traitement Inter établissements du Linge, blanchisserie inter-hospitalière ;
- Groupement de Coopération Sanitaire E-santé, systèmes d'information en santé (télémédecine, dossier médical partagé, messagerie sécurisée) ;
- Groupement de Coopération Sanitaire Pharma, groupement de commandes pharmaceutiques ;

---

<sup>6</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- Groupement d'Intérêt Economique (GIE) Imagerie par Résonance Magnétique Picardie maritime, exploitation de l'IRM avec les radiologues privés ;
- Groupement d'Intérêt Public (GIP) Réseau des Acheteurs Hospitaliers, centrale d'achats hospitalière.

Il a passé également une quinzaine de conventions avec la clinique privée Sainte Isabelle d'Abbeville. Toutefois, les coopérations entre les deux établissements, hormis pour le centre de coordination en cancérologie, ne concernent que des sujets accessoires (cf. paragraphe 2.3.3).

## 1.2 La place du centre hospitalier dans l'offre sanitaire de l'abbevillois

La zone d'influence du centre hospitalier s'étend essentiellement au nord-ouest du département, avec une forte concentration sur la Baie de Somme. Le département de la Somme fournit 89 % des séjours, tandis que celui de Seine-Maritime en comptabilise 8,4 %. Le reliquat provient essentiellement du département du Pas-de-Calais.

Sur sa zone d'attractivité, l'activité de l'établissement connaît une baisse continue depuis 2013, en médecine et en obstétrique. L'activité de chirurgie en hospitalisation complète, après une baisse de 2013 à 2015, se redresse en fin de période, tandis que la chirurgie ambulatoire est en progression constante, avec un bond de plus de 62 % sur cinq ans.

**Tableau n° 1 : Parts de marché « médecine-chirurgie-obstétrique » sur la zone d'attractivité**

(en %)	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	56,1	54,9	54,4	52,2	50,5
Chirurgie (hospitalisation complète)	32	31,1	30,4	31,1	32,4
Chirurgie ambulatoire	12,4	16,6	17,6	18,1	20,1
Obstétrique	77,6	76,1	76,9	74,8	74,7

Source : chambre régionale des comptes à partir de la base de données HospiDiag.

Derrière ces chiffres, la réalité est plus nuancée. En effet, dans le domaine de l'ambulatoire, l'hôpital reste loin derrière son principal concurrent abbevillois, à savoir la clinique Sainte Isabelle qui attire plus de 40 % de l'activité. Avec en moyenne plus de 30 % de part de marché pour la chirurgie en hospitalisation complète, le CH devance cette dernière (26 %), tandis que le CHU d'Amiens capte 19 % de la clientèle.

En médecine, malgré la baisse régulière d'activité, l'établissement se maintient loin devant le CHU d'Amiens (13 à 15 %) et la clinique Sainte Isabelle (13 à 14,5 %). Il en est de même en obstétrique où le CHU plafonne à 8,9 % et la clinique Victor Pauchet d'Amiens à 7,3 %.

## 1.3 Le groupement hospitalier de territoire et les coopérations

### 1.3.1 Le groupement hospitalier de territoire

Le GHT « Somme littoral sud » représente un bassin de vie de 630 000 habitants. Il regroupe 5 376 lits et places et emploie 11 000 professionnels, pour un budget de fonctionnement annuel d'environ un milliard d'euros.

La convention de constitution du GHT a été signée le 29 juin 2016 pour une durée de 10 ans, avec tacite reconduction. Le projet médical du GHT se décline en 12 filières, parmi lesquelles la gérontologie, la cancérologie ou l'obésité. Le CH d'Abbeville participe à une filière pédiatrique avec le CHU d'Amiens, au travers d'une fédération médicale inter-établissements, pour pallier les difficultés liées à la démographie médicale des pédiatres et répondre aux besoins de proximité.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, une organisation centralisée des achats a été mise en place, tout comme un schéma directeur des systèmes d'information. Les prochaines échéances sont fixées au 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour la mise en place d'un compte qualité unique ; et au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour la convergence des systèmes d'information.

La contribution financière de chaque établissement a été fixée conformément à un arrêté du 10 novembre 2016<sup>7</sup>, et validée par le comité stratégique du groupement. La première contribution réglée par l'établissement, en 2018, s'élevait à 102 468,62 €. Le CH d'Abbeville est le second plus gros contributeur du GHT, après le CHU d'Amiens.

Si, selon les responsables de l'établissement, le projet médical semble apporter une plus grande efficacité aux structures membres du GHT, il n'en est pas de même pour le regroupement des achats. En application de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, le CHU d'Amiens, établissement support du groupement, est chargé de la politique des achats pour ce qui concerne les marchés des établissements membres. Il en assure la passation.

La chambre observe qu'outre le problème du retard des marchés de travaux du projet de modernisation (*cf.* paragraphe 5.1.3), tous les autres achats passent par la direction achats du GHT, située au CHU d'Amiens, y compris ceux inférieurs au seuil des marchés à procédure adaptée, qui doivent faire l'objet d'une demande préalable de computation des seuils. À titre d'exemple, en 2019, l'achat d'une signalisation lumineuse pour radiologie interventionnelle en salles de bloc opératoire, d'un montant prévisionnel de 7 734,42 € HT, et d'un contrat de maintenance d'un logiciel « Dimxpert », d'un montant prévisionnel de 8 427,22 € HT, pour lequel le client est captif du fournisseur, ont dû faire l'objet d'une demande d'autorisation d'achat auprès du responsable marchés du GHT.

---

<sup>7</sup> Arrêté fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I et II de l'article L. 6132-3 (NOR : AFSH1632814A).

Cette contrainte semble aller bien au-delà de ce que prévoit l'article R. 6132-16 du code de la santé publique et se révèle d'une lourdeur certaine, à la fois pour le service achats du GHT et les établissements adhérents. Cette centralisation se traduit par des pertes de temps pour les établissements adhérents, avec des incertitudes sur le renouvellement des marchés arrivant à échéance, comme en témoigne la liste des contrats s'achevant en 2019.

Dans sa réponse, la directrice du CHU, destinataire d'extraits du rapport, justifie cette procédure par le volume élevé des achats du groupement. Le nombre de demandes de computation des seuils de 2019 pour le CH d'Abbeville (52 au 18 septembre 2019) montre cependant que le dispositif mis en place génère des lourdeurs.

Par ailleurs, le plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire, qui doit être élaboré pour le compte des établissements parties au groupement, comme le prévoit l'article R. 6132-16 du code de la santé publique précité, n'est pas achevé à ce jour. Dans sa réponse, la directrice du CHU fait valoir que le processus de réflexion sur ce document a été relancé en janvier 2019 et doit déboucher sur une présentation des projets, en comité stratégique, fin 2019. Une élaboration plus précoce aurait, cependant, permis de surmonter les difficultés relevées ci-dessus en déterminant les limites de la mutualisation et, pourquoi pas, en prévoyant des délégations aux agents des établissements supports chargés des achats, pour passer des marchés au nom du GHT, sur des domaines particuliers. Cette pratique aurait le mérite de soulager le service achat du groupement, en attendant sa montée en puissance, et d'être plus réactif pour faire face aux échéances de renouvellement des marchés des établissements. De plus, l'absence de transfert du personnel qui s'occupait auparavant des achats, mais assurait également d'autres missions, offre la latitude nécessaire pour assurer de telles délégations.

Au cours de la phase contradictoire, la directrice du CHU a précisé que cette option avait été envisagée mais que les responsables des marchés des établissements avaient refusé de prendre en charge un segment d'achats, pour le compte du GHT, arguant de la complexité des procédures pour un tel volume. La seconde hypothèse envisagée consistait à maintenir une fonction achat décentralisée, avec une sollicitation, au fil de l'eau, des acteurs identifiés, choix rejeté par le comité stratégique, en l'absence de ressources dédiées. Le choix du comité s'est alors porté sur l'embauche de personnels spécialisés par la direction générale des achats du GHT. La contrainte législative, empêchant toute délégation aux chefs d'établissements adhérents, entre également pour une grande part dans les choix opérés, tout comme l'obligation faite de computer les seuils au niveau du groupement et non plus des établissements membres.

Le regroupement des achats au sein du GHT pose au-delà, la question de l'adhésion du CH d'Abbeville au groupement de coopération sanitaire (GCS) « Groupement Régional d'Achats Médicaux » et au groupement d'intérêt public (GIP) « Réseau des Acheteurs Hospitaliers », et par la même occasion, du règlement des cotisations afférentes.

### **1.3.2 Le groupement d'intérêt économique IRM Picardie Maritime**

Ce groupement a été créé en 2003, pour une durée de cinquante ans. Il associe le centre hospitalier et la société civile de moyens « IRM des radiologues libéraux de la région d'Abbeville ». Le capital est constitué à parts égales des apports financiers du CH et de la société civile de moyens, soit 1 000 € chacun.

Le projet d'implantation d'une seconde IRM au sein de l'hôpital, toujours dans le cadre du GIE, pourrait être l'occasion de revoir les modalités de fonctionnement de ce groupement.

### 1.3.3 La clinique Sainte Isabelle

Les coopérations avec la clinique privée d'Abbeville, au nombre de 14, sont diverses et anciennes, pour la plupart. Elles ne visent qu'à régler des aspects ponctuels entre les deux établissements sans que des coopérations plus approfondies aient été développées. Très variées elles vont du dépôt de corps à la chambre mortuaire de l'hôpital à la rétrocession de produits sanguins labiles, en passant par des coopérations médicales, du prêt de matériel et la constitution d'un centre de coordination en cancérologie (3C).

Une convention de mise à disposition de matériel médical, pour un « détecteur de nerf facial », de l'hôpital vers la clinique est à reconduction annuelle expresse. Datée du 21 octobre 2009 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre de la même année, elle n'a jamais été mise à jour et sert toujours de base à la facturation des prêts. Le tarif est fixé à 100 € TTC la vacation d'une demi-journée et n'a jamais été revalorisé. L'examen de la facturation 2017 montre que la consignation des prêts est approximative. L'appareil est souvent ramené le lendemain de l'emprunt, ce qui devrait donner lieu à la facturation de deux vacations, alors qu'une seule est comptabilisée à chaque fois. Cependant, l'heure de prêt et celle de retour n'étant pas indiquées, il est difficile de calculer les vacations dues par la clinique.

La chambre recommande plus de rigueur et de précision dans le recueil des informations de prêt servant de support à la facturation.

## 1.4 L'activité du centre hospitalier

### 1.4.1 L'activité médecine-chirurgie-obstétrique

Le nombre de lits et places en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sur la période a évolué de la manière suivante :

**Tableau n° 2 : Lits et places installés en MCO**

	2013	2014	2015	2016	2017
Lits médecine	209	215	215	212	212
Places médecine	12	13	13	13	13
Lits chirurgie	62	54	54	48	48
Places chirurgie	5	7	7	7	7
Lits obstétrique	30	30	25	25	25
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>319</b>	<b>314</b>	<b>305</b>	<b>305</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir de la base de données HospiDiag.

Les entrées en hospitalisation complète proviennent à plus de 75 % des urgences en 2017, en progression constante depuis 2013 (64,4 %).

Hors activité ambulatoire, le taux d'occupation des lits de médecine, avec une moyenne de 85 % sur la période, place le centre hospitalier parmi les premiers des établissements de taille comparable en termes de lits et places et de budget. Celui des lits de chirurgie a évolué favorablement pour dépasser les 92 % en 2017 et même les 100 % en 2016, tandis que les lits en obstétrique, avec plus de 60 % de taux d'occupation, maintiennent l'établissement dans le haut du tableau.

Ces chiffres sont, cependant, à relativiser face à l'indice de performance de la durée moyenne de séjour, qui est supérieur à 1 dans tous les domaines, suite à un allongement en médecine, en chirurgie et à une stagnation en obstétrique. L'établissement est toujours parmi les derniers de sa catégorie, en durée moyenne de séjour, et dispose de marges importantes pour faire progresser son activité et le rythme de rotation des lits.

#### 1.4.2 Les soins de suite et de réadaptation et l'hospitalisation à domicile

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent 47 lits de 2013 à 2016. L'autorisation de création de 15 lits ou places de SSR respiratoire obtenue en juin 2015 a débouché sur l'installation de 5 places nouvelles en octobre 2016, tandis que l'hospitalisation à domicile (HAD) bénéficie de 30 places, stables sur la période examinée.

Le taux d'occupation de ces structures évolue de la manière suivante :

**Tableau n° 3 : Taux d'occupation SSR et HAD**

(en %)	2013	2014	2015	2016	2017
SSR	93	92	91	91	96
HAD	74	76	76	69	70

Source : chambre régionale des comptes à partir des rapports d'activité du centre hospitalier.

Si le taux d'occupation des lits de soins de suite se maintient constamment au-dessus de 90 %, celui de l'hospitalisation à domicile, aux alentours de 70 %, peut être amélioré. L'examen des comptes rendus du directoire démontre que l'absence de prescription d'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes pose problème (cf. compte-rendu du 20 mars 2018 : « L'unité rencontre des problèmes de recrutement de patients. En effet, les médecins généralistes n'acceptent pas de prescrire l'H.A.D. alors que c'est leur rôle »).

### 1.4.3 La gériatrie

Le centre hospitalier d'Abbeville gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 295 places, ainsi qu'un centre de gérontologie de 47 places.

**Tableau n° 4 : Taux d'occupation des structures gériatriques**

(en %)	2013	2014	2015	2016	2017
EHPAD	97	97	97	97	98
Centre de gérontologie	98	95	98	98	99

Source : chambre régionale des comptes à partir des rapports d'activité du centre hospitalier.

Les établissements gériatriques du centre hospitalier se caractérisent par un taux d'occupation constant, proche de la saturation. Les quelques places vacantes peuvent permettre l'accueil de résidents en urgence ou temporaire. Malgré sa capacité très importante, l'EHPAD ne désemplit pas.

### 1.4.4 La psychiatrie

Responsable des 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> secteurs de psychiatrie, le CH d'Abbeville gère deux sections d'hospitalisation complète de 30 places chacune ainsi qu'un hôpital de jour de pédopsychiatrie de 15 places et un de psychiatrie générale de 12 places.

**Tableau n° 5 : Taux d'occupation des structures de psychiatrie**

(en %)	2013	2014	2015	2016	2017
Hospitalisation complète secteur A	88	86	83	80	74
Hospitalisation complète secteur B	79	69	69	67	67
<i>Sous-total Hospitalisation complète</i>	84	78	76	73	70
Hospitalisation jour infanto-juvénile	49	71	69	76	80
Hospitalisation jour psychiatrie générale	78	113	107	113	107
<i>Sous-total Hospitalisation jour</i>	62	90	86	94	93
<b>Total pôle</b>	<b>77</b>	<b>80</b>	<b>78</b>	<b>83</b>	<b>81</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des rapports d'activité du centre hospitalier.

Les secteurs A et B d'hospitalisation complète affichent un taux d'occupation en baisse continue sur l'ensemble de la période, ce qui peut s'expliquer par la politique d'hospitalisation de jour préférée à l'enfermement. La psychiatrie générale est ainsi en sur occupation constante depuis 2014.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Le centre hospitalier d'Abbeville occupe une place importante dans le paysage sanitaire de la Baie de Somme. Son activité MCO se maintient, malgré la concurrence de la clinique Sainte Isabelle d'Abbeville et celle du CHU d'Amiens. Cependant, l'établissement est toujours parmi les derniers de sa catégorie pour la durée moyenne de séjour et dispose de marges importantes pour faire progresser son activité et le rythme de rotation des lits.*

*Il participe à de nombreuses structures de coopération, dont la plus importante est aujourd'hui le GHT « Somme littoral sud ». Si cette structure apporte de nombreux avantages du point de vue du projet médical, avec une coopération renforcée des établissements et une mise en commun des moyens et des savoir-faire, elle apparaît comme un frein sérieux à l'efficacité de la politique d'achat. Les services du CHU d'Amiens chargés, depuis la constitution du GHT, de réaliser les achats de ses établissements membres, éprouvent en effet des difficultés pour faire face à cette mission. Les rigidités et contraintes législatives encadrant le fonctionnement des GHT en matière d'achats entrent, pour une grande part, dans les dysfonctionnements observés.*

*Si le taux d'occupation des lits de soins de suite et de réadaptation reste élevé, celui de l'hospitalisation à domicile mériterait d'être amélioré. Tandis que les taux d'occupation des établissements gériatriques sont proches de la saturation, la psychiatrie se caractérise par une baisse de l'hospitalisation complète au profit de l'hospitalisation de jour.*

---

## **2 L'ORGANISATION**

### **2.1 La gouvernance**

#### **2.1.1 Le conseil de surveillance**

Présidé par le maire d'Abbeville, il se réunit en moyenne quatre fois par an et comprend 15 membres représentant, à parts égales, les collectivités territoriales, le personnel et les usagers.

Y assistent également, avec voix consultative, un représentant des familles des résidents de l'EHPAD, le président du directoire (directeur du CH) le président de la CME et l'équipe de direction.

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie d'Amiens et le trésorier principal d'Abbeville sont également invités.

#### **2.1.2 L'équipe de direction**

Sous l'autorité du directeur, la direction de l'établissement comprend :

- les affaires générales, stratégie, relations avec les usagers, systèmes d'informations, communication ;
- les ressources humaines et médicales ;
- les services économiques et de la logistique ;
- les affaires financières ;
- les affaires techniques ;
- la qualité et de la gestion des risques ;
- la coordination générale des soins ;
- la direction des instituts de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants ;
- les EHPAD.

L'examen des délégations de signature n'appelle pas de remarque particulière.

#### **2.1.3 Le directoire**

Présidé par le directeur, il comprend le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, trois praticiens hospitaliers, un directeur adjoint et la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, soit sept membres. Les chefs de pôle et les directeurs adjoints sont présents à titre consultatif. Le directoire se réunit au rythme d'une à deux réunions par mois.

## **2.2 Les instances**

### **2.2.1 La commission médicale d'établissement**

La commission est composée, outre son président qui, depuis 2015, est le chef de service des urgences, des six chefs de pôles, de 14 représentants élus par et parmi les responsables de structures internes, de huit représentants élus des praticiens titulaires, de trois représentants élus des personnels temporaires ou non-titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral, de trois représentants des sages-femmes, du président des internes.

Elle se réunit, en moyenne, une fois par mois, jusqu'en juin 2017, où la périodicité devient alors bimensuelle.

### **2.2.2 Le comité technique d'établissement**

Selon l'article R. 6144-42 du code de la santé publique, la composition du comité est fonction du nombre d'agents de l'hôpital. Le centre hospitalier d'Abbeville se situant dans la tranche de 1 000 à 1 999 agents, il est donc composé de 12 membres titulaires et 12 suppléants, outre le directeur ou son représentant qui préside l'instance.

Il se réunit régulièrement, en fonction de l'actualité de l'établissement.

### **2.2.3 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**

Compte tenu de l'effectif de l'établissement, le nombre de représentants au sein du CHSCT est de six titulaires, dont deux cadres, et six suppléants. S'y ajoutent le médecin du travail et le directeur, ou son représentant, qui préside. Les réunions sont mensuelles.

Le CHSCT doit être remplacé par le comité social et économique (CSE) au plus tard le 31 décembre 2019<sup>8</sup>. Il comprendra une commission santé, sécurité et conditions de travail.

### **2.2.4 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

Elle est composée de 30 membres élus parmi les collègues de cadres de santé, de personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des aides-soignants, avec autant de suppléants.

Présidée par la coordinatrice générale des soins, elle se réunit en moyenne trois fois par an. Le quorum est fixé à au moins la moitié des membres. L'examen des procès-verbaux montre que des séances se sont tenues alors que le quorum était insuffisant, malgré la mention « quorum atteint » (17 juin 2014, 11 présents ; 5 décembre 2014, 14 présents ; 14 juin 2018, 14 présents). Cet état de fait rend caduques les décisions et avis rendus au cours de ces séances.

---

<sup>8</sup> Ordonnance n° 2017-1386 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

La chambre rappelle que chaque membre doit disposer d'un suppléant et que le nombre de 30 membres est un seuil maximum prévu par l'article R. 6146-12 du code de la santé publique. Il pourrait être remédié à la situation observée en diminuant le nombre de membres de la commission. Une simple modification du règlement intérieur le permettrait.

### **2.2.5 La commission des usagers**

La commission des usagers comprend 10 membres : le directeur ou son suppléant, un médiateur médical, un médiateur administratif, un représentant de la commission médicale d'établissement, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, du comité technique d'établissement, du conseil de surveillance, la coordinatrice générale des soins ou son suppléant et, enfin, deux représentants des usagers.

Elle se réunit une fois par trimestre.

### **2.2.6 Le conseil de vie sociale**

Il est commun aux deux structures gérées par le centre hospitalier : l'EHPAD Georges Dumont et le centre de gérontologie. Il se réunit en moyenne trois fois par an. Il est composé de représentants des usagers, des familles, des personnels et du conseil de surveillance, pour traiter de toutes les questions sur le fonctionnement des EHPAD, ainsi que d'un représentant élu de la commune d'implantation.

## **2.3 Les pôles**

Ils sont au nombre de sept :

1. Administratif
2. Anesthésie – réanimation – urgences
3. Médical
4. Médico-chirurgical
5. Femme-enfant
6. Psychiatrie
7. Médico-technique

Ils bénéficient d'une délégation de gestion sur la base d'un contrat de pôle signé par le chef de pôle avec le directeur de l'établissement et le président de la CME, à l'exception du pôle administratif qui n'a pas de tel contrat. Les contrats de pôle en vigueur portent sur la période 2019-2022. Ils comportent des objectifs déclinés en critères d'évaluation dont le suivi est prévu par le biais de tableaux de bord annexés au contrat et prennent en compte les éléments du plan de retour à l'équilibre.

Parmi les objectifs d'activité et de performance, certains peuvent parfois poser question. Le contrat de pôle « anesthésie – réanimation – urgences » a, ainsi, dans ses objectifs « développer l'activité chirurgicale notamment en ophtalmologie, en chirurgie viscérale et vasculaire, en ortho traumatologie et en ORL », activités qui relèvent du pôle « médico-chirurgical », hors urgences. Dès lors, cet objectif semble difficile à atteindre, d'autant qu'il est repris sous d'autres formes dans les objectifs de ce dernier pôle sans mention de collaboration entre les deux entités.

**Tableau n° 6 : Résultat analytique comptable des pôles**

Pôle	2013	2014	2015	2016	2016-2013	2016 nouvelle méthodologie*	2017	2017-2016
Anesthésie – réanimation – urgences	- 973 657	- 496 755	- 783 104	- 569 484	+ 58 %	- 351 380	- 685 855	- 95 %
Médical	4 551 992	3 578 239	642 202	658 492	- 86 %	4 956 227	3 830 418	- 23 %
Médico-chirurgical	879 316	326 737	- 295 140	- 804 786	- 92 %	- 816 091	- 536 369	1,66
Femme-enfant	- 527 634	- 642 934	- 2 535 222	- 2 388 617	- 453 %	- 2 342 701	- 3 085 003	1,32
Médico-technique	0	0	0	0	0 %	0	0	0 %
Psychiatrie	- 1 078 083	- 1 523 309	- 1 513 052	- 1 410 748	- 31 %	- 1 436 112	- 1 078 228	+ 25 %

Source : chambre régionale des comptes à partir de la comptabilité analytique du centre hospitalier.

\* Les recettes ne sont plus pondérées des hébergements et la facturation d'un coût d'hébergement est supprimée. La dernière partie des comptes d'exploitation (prestations réciproques) qui ne comprenait que cet élément disparaît.

Sur la période, quelle que soit la méthodologie employée, le résultat du pôle « femme-enfant » se dégrade fortement, corrélativement à l'activité (le nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien et sage-femme passe de 47 en 2013 à 40 en 2017). Seul le pôle « médical » présente un résultat positif, quoiqu'en diminution. Le pôle « anesthésie – réanimation – urgences » présente un résultat constamment négatif. Le pôle « médico-chirurgical », dont les chiffres s'étaient fortement détériorés de 2013 à 2016, amorce un léger redressement en 2017. Le résultat du pôle « médico-technique » est par nature équilibré, grâce aux charges indirectes refacturées aux autres pôles.

Des efforts de gestion et d'activité importants restent à faire au sein des pôles pour équilibrer leur fonctionnement. Cette amélioration passe par un regain d'activité qui s'est amorcé en 2018 et devrait se poursuivre dans les années à venir.

## 2.4 Le personnel

### 2.4.1 Les effectifs

La chambre s'est appuyée sur les chiffres publiés dans HospiDiag<sup>9</sup> pour analyser la gestion des effectifs appelés à participer, d'une façon ou d'une autre, aux missions exercées par l'hôpital. Une telle approche permet de prendre en compte les personnels médicaux d'autres établissements intervenant auprès des patients du CH d'Abbeville par convention. Elle propose ainsi une vision globale de l'activité de ce dernier et de sa participation au projet médical du GHT, pour en mesurer, le cas échéant, l'impact.

Après une augmentation de 3,1 % en 2014, les effectifs en ETP sont redescendus progressivement pour retrouver, en 2017, leur niveau de 2013. Cependant, un examen détaillé montre que la structure des emplois a changé. En 2017, les ETP médicaux sont supérieurs de 15 % par rapport à ceux de 2013, tandis que les ETP non médicaux baissent de 2 %. Parmi ceux-ci, les personnels des services de soins et éducatifs et sociaux sont stables, tandis que les agents administratifs baissent de 8 %, les personnels techniques et ouvriers de 5 % et les médico techniques d'1 %. Le profil respectif des catégories d'ETP montre que les efforts de maîtrise des effectifs se sont portés prioritairement sur les personnels non soignants.

**Tableau n° 7 : Evolution des effectifs équivalents temps plein**

	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2013
ETP médicaux	115,51	118,83	112,12	111,28	132,48	15 %
dont médecins (hors anesthésistes)	65,15	69	62,65	63,67	82,19	26 %
dont chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens)	12,51	12,3	13,02	11,51	15,29	22 %
dont anesthésistes	6,59	6,49	5,97	5,17	6,43	- 2 %
dont gynécologues-obstétriciens	5,36	4,91	5,84	5,16	4,63	- 4 %
ETP non médicaux	1 114,87	1 149,79	1 132,69	1 123,83	1 097,88	- 2 %
dont personnels de direction et administratifs	159,73	160,22	155,69	149,4	147,67	- 8 %
dont personnels des services de soins	762,72	794,34	787,77	787,37	764,3	0 %
dont personnels éducatifs et sociaux	19,14	20,33	22,4	20,63	19,19	0 %
dont personnels médico techniques	56,08	54,17	51,43	52,65	55,4	- 1 %
dont personnels techniques et ouvriers	117,2	120,73	115,4	113,78	111,32	- 5 %
<b>TOTAL</b>	<b>1 230,38</b>	<b>1 268,62</b>	<b>1 244,81</b>	<b>1 235,11</b>	<b>1 230,36</b>	<b>0 %</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir de la base de données HospiDiag.

<sup>9</sup> Base de données nationale permettant de mesurer la performance d'un établissement de santé.

Cependant, le nombre d'infirmières diplômées et d'aides-soignants par cadre infirmier reste parmi les plus faibles des établissements de même catégorie, alors que celui d'infirmières-anesthésistes par anesthésiste est proche de ceux les mieux dotés. Cela représente un relatif « surdimensionnement » par rapport au volume de l'activité de chirurgie actuelle.

Le nombre de sages-femmes par gynécologue-obstétricien est, quant à lui, dans la moyenne, alors que l'activité de ces derniers, en nombre d'accouchements, est la plus forte de la catégorie.

Il semble que l'établissement ait encore une marge de progrès en terme d'activité chirurgicale et anesthésique, au vu des indices de coût relatif des actes correspondants, qui le placent en bas de classement des établissements de même catégorie.

## 2.4.2 La masse salariale

L'évolution de la masse salariale est contenue sur l'ensemble de la période, avec une progression globale d'1,4 %. La hausse des rémunérations du personnel médical est cependant beaucoup plus importante que celle des non médicaux.

Le centre hospitalier réussit à contenir les heures supplémentaires réalisées, tout en évitant le recours à l'intérim.

**Tableau n° 8 : Heures supplémentaires réalisées**

Heures supplémentaires	2013	2014	2015	2016	2017	TCAM
<b>Non médical</b>	<b>60 639</b>	<b>56 798</b>	<b>14 417*</b>	<b>60 325</b>	<b>56 708</b>	<b>- 1,7 %</b>
<i>dont personnel soignant</i>	<i>48 587</i>	<i>43 760</i>	<i>12 221*</i>	<i>53 116</i>	<i>48 829</i>	<i>0,1 %</i>
<i>dont infirmiers diplômés d'État</i>	<i>28 228</i>	<i>27 177</i>	<i>11 506</i>	<i>25 554</i>	<i>23 538</i>	<i>- 4,4 %</i>
<i>dont aides-soignants</i>	<i>12 912</i>	<i>10 100</i>	<i>1 526</i>	<i>11 627</i>	<i>13 483</i>	<i>1,1 %</i>
<i>dont aides médico-administratifs</i>	<i>1 691</i>	<i>1 382</i>	<i>308</i>	<i>2 134</i>	<i>1 869</i>	<i>2,5 %</i>

Source : chambre régionale des comptes à partir du bilan social de l'établissement.

\* Paiement sur mars 2015 de 19 053 heures dont 13 909 pour le personnel soignant.

Il convient de souligner la baisse de près de 4,5 % des heures supplémentaires du personnel infirmier, tandis que celles des aides-soignants et des aides médico-administratifs progressent légèrement.

### 2.4.3 L'absentéisme

Le bilan social du centre hospitalier distingue les absences inférieures et supérieures à six jours.

**Tableau n° 9 : Taux d'absentéisme**

Jours > à 6	2013	2014	2015	2016	2017	TCAM
<b>Médical</b>	<b>2,82</b>	<b>4,14</b>	<b>2,72</b>	<b>3,34</b>	<b>3,42</b>	<b>4,9 %</b>
<b>Non médical</b>	<b>6,51</b>	<b>6,33</b>	<b>4,5</b>	<b>5,15</b>	<b>5,88</b>	<b>- 2,5 %</b>
<i>dont personnel soignant</i>	<i>7,06</i>	<i>6,75</i>	<i>4,92</i>	<i>5,86</i>	<i>6,58</i>	<i>- 1,7 %</i>
<i>dont infirmiers diplômés d'État</i>	<i>6,13</i>	<i>5,37</i>	<i>4,61</i>	<i>5,45</i>	<i>4,86</i>	<i>- 5,6 %</i>
<i>dont aides-soignants</i>	<i>8,04</i>	<i>7,5</i>	<i>5,51</i>	<i>6,7</i>	<i>9,06</i>	<i>3 %</i>

Source : chambre régionale des comptes à partir du bilan social de l'établissement.

Pour toutes les catégories de personnel, l'année 2015 présente une baisse sensible du taux d'absentéisme. Ce dernier repart ensuite à la hausse, cependant, le taux de croissance annuel moyen (TCAM) est positif pour les médicaux mais négatif pour les non médicaux. Avec un taux de plus de 9 % en 2017, les aides-soignants présentent l'absentéisme le plus élevé, tandis que celui des infirmières s'améliore.

Malgré ces chiffres apparemment corrects, le nombre total de jours d'absence, tout personnel confondu, progresse de 26 % entre 2015 et 2017.

**Tableau n° 10 : Absentéisme global**

	2015	2016	2016/2015	2017	2017/2016	2017/2015
Nombre total de jours d'absence, tout personnel confondu	32 074	36 976	15 %	40 491	10 %	26 %

Source : chambre régionale des comptes à partir du bilan social de l'établissement.

## 2.5 Les sites

L'établissement répartit ses activités sur six sites, entre le centre-ville et la périphérie d'Abbeville : le centre hospitalier, un EHPAD, un centre de gérontologie, un hôpital de jour de pédopsychiatrie et un de psychiatrie générale, un institut de formation.

Une visite des principaux sites dévoile une situation contrastée des bâtiments. Le site principal de l'hôpital comprend une partie historique présentant un intérêt patrimonial, à laquelle sont accolées des constructions des années quatre-vingts. L'ensemble est dégradé et peu fonctionnel, ce qui justifie le projet de rénovation en cours. Il consiste à construire une extension de près de 12 000 m<sup>2</sup> comprenant, notamment, un plateau technique, les urgences, le pôle femme-enfant. Une rénovation/extension de la pharmacie et des bâtiments historiques aura lieu dans un second temps.

L'EHPAD Georges Dumont est abrité dans un immense bâtiment qui était, à l'origine, l'hospice d'Abbeville. Près du centre-ville, il est dans un état de rénovation et d'entretien de bonne facture. Il offre des chambres individuelles ou doubles.

Le centre de gérontologie est couplé avec le SSR. L'immeuble est ancien mais reste dans un état d'entretien correct. Situé dans un quartier sensible de la ville, il dispose d'une réserve foncière conséquente.

L'institut de formation en soins infirmiers et aides-soignants (IFSI), à proximité immédiate, est logé dans un bâtiment récent, construit à cet effet et de bonne qualité architecturale. Les conditions d'études offertes aux étudiants sont optimales.

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Les organes de gouvernance et les instances, prévus par la réglementation, fonctionnent régulièrement.*

*Les sept pôles de l'établissement présentent des comptes de résultat analytique déficitaires, à l'exception du pôle « médical » dont le résultat est constamment positif quoiqu'en baisse constante sur la période.*

*En 2017, les effectifs, en ETP, sont revenus au niveau de 2013, après une augmentation en 2014, mais la structure des emplois a changé, montrant que les efforts de maîtrise se sont portés sur les personnels non soignants. La masse salariale est contenue sur l'ensemble de la période, avec une progression d'1,4 %, tandis que les heures supplémentaires sont en baisse, avec un recours très limité à l'intérim. Le taux d'absentéisme global progresse fortement depuis 2015.*

*Le patrimoine immobilier du centre hospitalier est important et plutôt de qualité, hormis pour les services de médecine-chirurgie-obstétrique, principale activité de l'établissement, ce qui justifie le programme de rénovation en cours. Ce projet consiste à construire une extension de près de 12 000 m<sup>2</sup> comprenant, notamment, un plateau technique, les urgences, le pôle femme-enfant. Une rénovation/extension de la pharmacie et des bâtiments historiques aura lieu dans un second temps.*

---

### 3 LA SITUATION FINANCIÈRE

Le centre hospitalier d'Abbeville dispose d'un budget principal (budget H) et de quatre budgets annexes :

- budget E2 : EHPAD et maison de retraite, correspondant à l'EHPAD Georges Dumont et au centre de gérontologie ;
- budget C0 : écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et sages-femmes (IFSI) ;
- budget P0 : autres services relevant de l'article L. 312-1 du CASF<sup>10</sup> – Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ;
- budget A0 : dotation non affectée (DNA).

Tableau n° 11 : Produits d'exploitations du CH Abbeville de 2013 à 2018

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Produits d'exploitation</b>	<b>107 287 877</b>	<b>106 307 579</b>	<b>105 878 933</b>	<b>108 714 338</b>	<b>109 228 697</b>	<b>113 394 797</b>
Produits d'exploitation du budget H	91 506 137	90 593 475	89 959 125	92 634 512	92 973 886	97 286 960
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	85,29 %	85,22 %	84,96 %	85,21 %	85,12 %	85,79 %
Produits d'exploitation des budgets E2	13 352 627	13 326 793	13 454 950	13 586 131	13 786 107	13 711 353
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	12,45 %	12,54 %	12,71 %	12,50 %	12,62 %	12,09 %
Produits d'exploitation du budget C0	2 130 050	2 085 493	2 144 132	2 188 822	2 161 815	2 087 274
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	1,99 %	1,96 %	2,03 %	2,01 %	1,98 %	1,84 %
Produits d'exploitation des budgets P0	276 601	278 873	280 211	281 713	283 704	285 411
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	0,26 %	0,26 %	0,26 %	0,26 %	0,26 %	0,25 %
Produits d'exploitation budget A0	22 462	22 945	40 515	23 161	23 185	23 800
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	0,02 %	0,02 %	0,04 %	0,02 %	0,02 %	0,02 %

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

<sup>10</sup> Code de l'action sociale et des familles.

### 3.1 La fiabilité des comptes

L'étude sur la fiabilité des comptes du centre hospitalier a été menée sur l'ensemble des budgets consolidés. Cependant, certains travaux sur les stocks, les frais des budgets annexes, les rétrocessions de médicaments et les charges sur exercices antérieurs, n'ont concerné que le budget principal (H).

Les comptes du centre hospitalier d'Abbeville sont certifiés depuis 2016. Fin 2015, l'établissement a engagé un cabinet d'expertise pour établir un « audit flash » en vue de préparer cette démarche. Un certain nombre de travaux ont ainsi été menés par l'établissement afin de préciser et d'affiner les principes et méthodes comptables à mettre en œuvre.

#### 3.1.1 Le principe de sincérité et de régularité

##### 3.1.1.1 Le suivi des immobilisations et de l'état de l'actif

Depuis 2017, la concordance entre l'état de l'actif et l'inventaire réalisé par l'ordonnateur est assurée, ce qui est à relever.

##### 3.1.1.2 L'intégration des immobilisations en cours

Le montant des travaux en cours correspond majoritairement aux avances et acomptes sur commandes d'immobilisations corporelles. Ils augmentent de 31 % sur toute la période, conséquence des premières phases du projet de modernisation. Les acomptes sont bien suivis.

##### 3.1.1.3 Le calcul des amortissements

L'établissement suit un mode d'amortissement linéaire. Il a appliqué un *prorata temporis* à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, conformément aux préconisations résultant de « l'audit flash ». Des écritures de correction ont ainsi été passées dès l'ouverture du bilan 2015 et jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

La valeur minimale d'une immobilisation pour son inscription dans le patrimoine est fixée à 500 € en valeur unitaire. Les durées d'amortissement, qui apparaissent cohérentes (*cf.* annexe n° 1), sont précisées à l'annexe IC2 du compte financier.

##### 3.1.1.4 La comptabilisation des stocks

Les variations des stocks analysées à partir des données des comptes financiers, sont faibles en proportion du budget de l'établissement. Il est cependant constaté un niveau de stocks qui augmente de 64 % sur la période, essentiellement pour faire face aux rétrocessions de médicaments.

**Tableau n° 12 : Stocks du CH Abbeville de 2014 à 2018**

Nature des stocks : autres approvisionnements (en €)	Stock initial au 01/01/n	Stock final au 31/12/n	Variation de stocks (valeur absolue)	Variation de stocks (en %)
2014	1 171 687,15	1 261 037,29	89 350,14	7,6
2015	1 261 037,29	1 570 295,87	309 258,58	24,5
2016	1 570 295,87	1 806 895,71	236 599,84	15,1
2017	1 806 895,71	1 910 733,90	103 838,19	5,7
2018	1 910 733,90	1 921 716,10	10 982,20	0,6

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier.

Les approvisionnements sont suivis informatiquement au magasin principal. Les stocks intermédiaires sont ensuite constitués par service, sous le même procédé. Cette pratique se traduit par une sortie du stock principal et non la comptabilisation au niveau de chaque service. Cette perte de suivi aboutit à un manque de visibilité des commandes et des consommations réelles (perte, gaspillage...). Concernant la pharmacie, le constat est identique pour les stocks intermédiaires.

Suite à la circulaire de la DGOS<sup>11</sup> portant sur le fonds pour la modernisation des établissements dans le cadre du programme « Hôpital numérique », des armoires à pharmacie sécurisées sont en cours d'attribution.

### 3.1.1.5 Le remboursement des frais par les budgets annexes

L'établissement comptabilise des montants de remboursements de frais, des budgets annexes au budget général, pour un montant de 2,17 M€ en moyenne. Les services financiers consolident, par budget annexe, les frais à caractère médical et non médical.

**Tableau n° 13 : Remboursement de frais par les comptes de résultat annexes du CH Abbeville**

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
C/7087	2 362 612,00	2 205 850,00	2 178 469,00	2 143 527,24	2 178 599,26	1 981 221
Evolution		- 6,6 %	- 1,2 %	- 1,6 %	1,6 %	- 9,1 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier.

<sup>11</sup> Direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé.

### 3.1.2 Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits

#### 3.1.2.1 Le rattachement des charges à payer

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.

Sur la période de contrôle, le montant total des factures non parvenues a diminué de 93 % (- 3,8 M€) et les charges d'exploitation ont augmenté de 7 % (+ 2 M€). Le taux de rattachement des charges, en diminution depuis l'exercice 2015, résulte de la baisse significative des charges à payer, et cette tendance se poursuit chaque année. Cette amélioration est le résultat d'un suivi bimestriel des engagements, par la direction des services financiers. Elle est une des traductions de l'impact positif qu'a eu la certification des comptes sur les procédures mises en œuvre dans l'établissement.

#### 3.1.2.2 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.

L'indicateur de taux de charges mesure les « charges reportées », au sens comptable, d'un exercice sur l'autre sans crédits budgétaires correspondants. Il doit se situer en dessous de 0,2 % du montant des charges totales. L'étude de la période contrôlée montre que l'établissement répond à cette exigence, sauf sur l'exercice 2016 (0,36 %).

Les charges sur exercice antérieur 2016 ont augmenté de 138 % par rapport à 2015, sur le budget principal de l'établissement (H). Une nouvelle hausse est constatée en 2018 avec 308 164 € de charges sur exercices antérieurs.

**Tableau n° 14 : Evolution des charges reportées sur le budget principal du CH Abbeville**

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
6721 - Charges de personnel autres	1 639,21		23 446,17	205 741,60	48 938,50	-
6722 - Charges à caractère médical autres	38 077,11	15 423,38	11 936,00	82 078,19	68 289,61	49 082
6723 - Charges à caractère hôtelier et général autres	76 448,54	14 484,46	32 342,42	53 909,73	35 266,89	129 664
6728 - Autres charges	7 273,89	216,00	93 073,09	41 724,72	22 801,45	129 417
<b>TOTAL</b>	<b>123 438,75</b>	<b>30 123,84</b>	<b>160 797,68</b>	<b>383 454,24</b>	<b>175 296,45</b>	<b>308 164</b>
Evolution annuelle		- 75,6 %	433,8 %	138,5 %	- 54,3 %	75,8 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier.

Au regard des pièces justificatives 2016, les 205 741,60 € de charges de personnels autres (compte 6721) s'expliquent par un redressement URSSAF de cotisations 2012-2013-2014 d'un montant de 178 541 €.

Depuis le passage à la certification des comptes de l'établissement, la procédure d'évaluation de ces charges est régulièrement suivie.

En 2018, l'augmentation des autres charges (compte 6728) est marquée par des indus en hospitalisation à domicile (HAD) d'un montant de 29 871,43 € et des indus en T2A (tarification à l'activité) pour 58 619,46 € auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. Pour le compte 6723, la hausse des charges à caractère hôtelier et général se caractérise par la comptabilisation de 79 247 € de contribution à l'unité centrale de stérilisation (UCS 80).

### 3.1.2.3 Les rattachements de produits à l'exercice

#### 3.1.2.3.1 Les produits de l'activité

L'établissement procède au rattachement des produits à recevoir au titre de chaque exercice. La chute du taux de rattachement en 2017 est le résultat de la valorisation des séjours à cheval entre deux années, mise en place à compter du bilan d'ouverture 2016 (pour fraction des séjours à cheval sur n-1).

**Tableau n° 15 : Rattachement des produits à l'exercice, produits à recevoir du CH Abbeville**

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Taux de rattachement en % (a)/(b)</b>	<b>5,18 %</b>	<b>4,80 %</b>	<b>5,65 %</b>	<b>9,13 %</b>	<b>0,82 %</b>	<b>0,91 %</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier.

Le montant des produits rattachés évolue significativement à la hausse en 2016, depuis le passage à la certification des comptes. À partir de cet exercice, l'établissement n'a pas comptabilisé directement sur ses comptes les titres émis pour l'encaissement des montants T2A issus de l'activité du mois de novembre 2016, mais a provisionné les montants en produits à recevoir (+ 4 080 102 €). En 2017 et 2018, le CH d'Abbeville a comptabilisé les séjours « à cheval » sur deux exercices, soit respectivement 631 653,55 € et 692 499,84 €.

**Tableau n° 16 : Détail des produits à recevoir du CH d'Abbeville de 2013 à 2018**

Libellés	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>TOTAL COMPTE 418</b>	<b>5 774 923,32</b>	<b>5 280 949,57</b>	<b>6 210 314,29</b>	<b>10 280 970,56</b>	<b>922 597,47</b>	<b>1 063 922,35</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion de l'établissement.

#### 3.1.2.3.2 Les produits constatés d'avance

Doivent être exclus du résultat annuel les produits constatés d'avance qui ont donné lieu à l'émission d'un titre de recettes mais se rapportent partiellement ou totalement à l'exercice suivant. Ce n'est qu'en 2015 que le compte 487 « Produits constatés d'avance » a été mouvementé pour la première fois lors de la période sous contrôle ; le solde créditeur s'élève à 138 046 € fin 2018 (compte provisoire au 27/03/2019).

### 3.1.2.4 Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser

L'instruction M21 applicable aux établissements publics de santé précise : « *Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif* ». Par conséquent, ces comptes devraient présenter un solde nul à la clôture de l'exercice afin de ne pas fausser le résultat.

Sur la période contrôlée, des montants significatifs demeurent dans les comptes d'attente alors qu'ils auraient dû être soldés. Les montants inscrits au compte 471 « Recettes à classer ou à régulariser », retraçant les recettes en attente d'affectation, viennent minorer le résultat de fonctionnement de l'établissement. Ils étaient particulièrement élevés en 2013 (1,1 M€), en 2014 (2,8 M€) et en 2016 (près de 3,3 M€). Inversement les montants inscrits au compte 472 « Dépenses à classer ou à régulariser », retraçant les dépenses en attente d'affectation viennent améliorer le résultat de fonctionnement. Une dégradation est constatée en 2017.

L'analyse du compte 4718 « Autres recettes à régulariser » pour les exercices sous revue a permis de constater que les sommes les plus élevées concernaient des encaissements avant émission de titre à l'encontre de la caisse primaire d'assurance maladie pour 286 262,91 € en 2013, pour 2,5 M€ en 2014 et pour 3,1 M€ en 2016. Les montants comptabilisés en 2017 et 2018 ont diminué suite à la mise en œuvre d'un suivi de ces comptes par la direction des services financiers.

L'établissement doit continuer à solder les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser.

### 3.1.2.5 Les créances irrécouvrables et titres à recouvrer

Les créances, dont le recouvrement est compromis, doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à minorer cette dépréciation.

Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge résultant de l'admission en non-valeur : les comptes 491 « Dépréciation des comptes de redevables » et 496 « Dépréciation des comptes de débiteurs divers » sont alors débités par le crédit du compte 7817 « Reprises sur dépréciations des actifs circulants ».

Depuis 2016, des écarts sont apparus entre le crédit du compte 415 « Créances irrécouvrables » et le débit du compte 654 « Pertes sur créances irrécouvrables », le second permettant normalement d'apurer le premier. Un écart de 441,20 € est constaté en 2016 (décision de la commission de surendettement d'effacer certaines dettes de personnes en difficulté financière). Cette reprise de dépréciation devenue sans objet n'a pas été comptabilisée au compte 415. Les écarts 2017 et 2018 s'expliquent par le même constat.

Depuis 2016, l'établissement a standardisé la méthode d'évaluation du montant de la dépréciation des actifs circulants sur l'ensemble de ses budgets, conformément aux exigences de la certification des comptes. Cette méthode a produit un écart, sur l'année de mise en œuvre, de 9 366,75 €.

Il procède à une estimation des créances douteuses par méthode statistique, décrites en annexe du compte financier et reprises ci-dessous :

**Tableau n° 17 : Méthode d'évaluation de la dépréciation des actifs circulants du CH d'Abbeville**

Taux de dépréciation par nature de débiteurs	Exercice d'émission des créances				
	2013 et antérieurs	2014	2015	2016	2017
Hospitalisés et consultants	100 %	20 % facturation – ANV 2014	20 % facturation – ANV 2015	20 % facturation – ANV 2016	20 % facturation – ANV 2017
Mutuelles et autres tiers payants	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %

Source : chambre régionale des comptes à partir de l'état PF1 du compte financier 2017 de l'établissement.

Le solde du compte 491 « Dépréciation comptes de redevables » est de 338 897 € fin 2018 correspondant à 24,4 % des créances hospitalisés et consultant (1 388 032,43 €). Il n'est pas constaté de sous-estimation des dépréciations.

L'établissement comptabilise un stock de créances relatives à des exercices antérieurs dont les plus anciennes datent de 2013.

Le stock en valeur des titres à recouvrer fin 2018 atteint 18,7 M€ contre 15,5 M€ fin 2017. Le montant des titres des caisses de sécurité sociale augmente de 2,9 M€ entre 2017 et 2018.

**Tableau n° 18 : Restes à recouvrer du CH d'Abbeville au 31/12/2018**

	Montant Hospitalisés et Consultants	Montant Caisse de Sécurité Sociale	Montant Etat	Montant Départements	Montant Autres Tiers Payants	Montant Autres Débiteurs
Nombres de titres	8 777	10 803	3	376	20 495	3 152
Montant (€)	1 388 032,43	14 513 211,78	21 987,72	1 027 985,20	1 598 866,83	208 675,05
dont Amiable (€)	1 273 166,15	14 513 211,78	21 987,72	1 027 985,20	1 598 714,65	208 675,05
dont Contentieux (€)	114 866,28	0	0	0	152,18	0

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers 2018 de l'établissement.

Le risque contentieux pour l'ensemble des créanciers est de 115 018,46 € fin 2018, dont 114 866,28 € de créances des hospitalisés et consultants, et 152,18 € pour les créances autres tiers payants (mutuelles et compagnies d'assurance).

### 3.1.3 Le principe de prudence et la constitution des provisions

L'établissement comptabilise au bilan financier 13,03 M€ de provisions au 31 décembre 2018 (comptes provisoires du 27/03/2019). Fin 2013, le solde des provisions était de 9,7 M€. Sa progression est principalement due à la croissance des provisions réglementées pour compte épargne temps - CET (+ 2,68 M€) et des autres provisions pour charges (+ 2,55 M€). Concernant les provisions pour risques, elles ont été éteintes sur la période (- 0,98 M€).

#### 3.1.3.1 Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations sont comptabilisées au crédit du compte 142, du même nom, dans le cadre de dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements.

Les aides à l'investissement reçues de l'ARS entre 2005 et 2011 s'élèvent à 9 515 611 €. Le CH en a dépensé 1 707 856 € en frais d'études dans le cadre du projet de renouvellement des immobilisations. La provision réglementée, de 7 807 755 € au 31 décembre 2018, sera diminuée au fur et à mesure des travaux de modernisation par reprise sur provisions (compte 78742 « Reprises sur les provisions pour renouvellement des immobilisations »), et ce jusqu'à apurement.

#### 3.1.3.2 Provisions pour compte épargne-temps

Jusqu'en 2013, les provisions réglementées pour charges de personnel au titre du CET étaient inscrites au crédit du compte 143 du même nom ; depuis 2014, il s'agit de provisions pour risques et charges inscrites au compte 153, provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps ; de ce fait, elles perdent le caractère de provisions réglementées. De plus, les décrets du 6 décembre 2012<sup>12</sup> et du 27 décembre 2012<sup>13</sup> prévoient l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte épargne-temps, l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des agents titulaires et non-titulaires de la fonction publique hospitalière.

<sup>12</sup> Décret n° 2012-1366 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière.

<sup>13</sup> Décret n° 2012-1481 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

Le centre hospitalier a effectué le transfert de la provision réglementée pour CET au compte 153, en 2014, pour un montant de 926 992,17 €. À partir de 2016, il a comptabilisé ces provisions par rapport aux nombres de jours présents sur les CET historiques et pérennes de chaque agent au 31 décembre de l'année, conformément aux exigences de la certification des comptes. Cette comptabilisation a modifié le montant des provisions pour CET et a engendré à l'ouverture du bilan 2016 des corrections d'écritures, conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>14</sup>.

**Tableau n° 19 : Provisions 2016 pour CET du CH d'Abbeville**

Balance des comptes 2016	Balance Entrée	Crédit/153	Balance Sortie
c/153-1 – Personnel médical	621 681,00	1 319 963,00	1 941 644,00
c/153-2 – Personnel non Médical	108 430,67	242 901,33	351 332,00
<b>TOTAL</b>	<b>730 111,67</b>	<b>1 562 864,33</b>	<b>2 292 976,00</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion de l'établissement.

### 3.1.3.3 Autres provisions pour charges (compte 158)

Le centre hospitalier a constitué de nouvelles provisions en 2016 d'un montant de 2 441 652,87 €, concernant des allocations d'aide au retour à l'emploi, des cotisations à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et des heures supplémentaires.

Les provisions pour heures supplémentaires constituées en 2016 et 2017, pour respectivement 88 171,10 € et 86 504,35 € ne sont pas conformes à l'instruction M21. Les droits financiers acquis par les personnels en complément de leur traitement indiciaire (heures supplémentaires, gardes et astreintes, droits acquis au titre des participations, prime d'intéressement collectif...) doivent en effet être comptabilisés comme charges à payer (compte 4286) et non comme provisions de droit commun.

Les écritures de provisions pour charges font apparaître des rectifications conséquentes en 2016 suite à la démarche de certification des comptes de l'établissement. Les écritures de corrections à l'ouverture 2016 (comptes 110 et 119) affichent un montant de - 2 445 790,23 € (Etat PF2 2016).

Les écarts 2017 sont le résultat des corrections effectuées au bilan d'ouverture du compte 158 correspondant aux mouvements de variations des provisions CET 2016 comptabilisées par erreur sur ce compte.

<sup>14</sup> L'instruction budgétaire et comptable M21 de 2016 (tome 1) précise que « dans le cadre de corrections d'erreurs commises au cours d'exercices antérieurs, le compte 119 "Reports à nouveaux déficitaires" est utilisé pour les opérations de régularisation des dépréciations et provisions au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice N, en l'absence d'un compte 110 "Report à nouveau excédentaire" ».

### 3.1.4 La sincérité et la fiabilité des prévisions budgétaires

Les écarts constatés entre l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et le compte financier augmentent sur la période de contrôle, passant de - 0,3 % en 2014 à + 3 % en 2017 et + 1,2 % au provisoire 2018 du budget principal. L'établissement ajuste son EPRD par des décisions modificatives liées à des dotations allouées, des dégradations de recettes au regard de l'activité réelle et à des augmentations de charges de personnel (absentéisme ...).

### 3.1.5 Les régies

Les régies créées par les établissements publics de santé sont assujetties aux articles R. 1617-1 à 18 du code général des collectivités territoriales (CGCT) par le biais d'un renvoi prévu à l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique (CSP). L'article R. 1617-17 du CGCT précise que les régisseurs de recettes et/ou d'avances ainsi que les régisseurs intérimaires et les mandataires sont soumis aux contrôles de l'ordonnateur ou de leurs délégués auprès desquels ils sont placés.

L'instruction de la direction des finances publiques n° 2012-12-7596 du 28 janvier 2013 relative à la sécurisation des régies et des dépenses du secteur public local et la circulaire n° 2013-05-1118 du 5 juin 2013 portant sur les consignes actualisées de contrôle des régies, qui s'appliquent également aux établissements publics de santé, rappellent l'obligation de contrôle du régisseur par l'ordonnateur. Celui-ci doit notamment opérer un contrôle de fond des pièces qui lui sont soumises par le régisseur et réaliser des contrôles sur place.

L'établissement dispose de 26 régies, réparties en 13 régies de recettes, 8 régies d'avances et 5 régies mixtes. Au cours du contrôle, aucun procès-verbal de vérification n'a été présenté par l'ordonnateur car celui-ci ne procède pas au contrôle administratif et comptable régulier des régies. La chambre rappelle l'obligation réglementaire de mise en place d'un plan de contrôle des régies, d'autant plus essentiel que le nombre conséquent de celles-ci augmente les risques d'erreurs ou de fraudes.

**Rappel au droit unique : mettre en place un plan de contrôle des régies, conformément à l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique.**

Dans sa réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur indique qu'une refonte des régies et l'élaboration d'un plan de contrôle de celles-ci sont en cours.

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*La fiabilité des comptes du centre hospitalier est marquée par une amélioration qualitative importante, à partir de 2016, première année de certification des comptes, en particulier pour les amortissements, le suivi des immobilisations et les provisions.*

*Le contrôle des régies est inexistant, en contradiction avec les obligations réglementaires du code de la santé publique. Dans sa réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur a annoncé qu'une refonte des régies et l'élaboration d'un plan de contrôle de celles-ci seraient en cours.*

## 3.2 L'analyse rétrospective

L'analyse financière du centre hospitalier d'Abbeville se fonde sur les données consolidées issues des comptes financiers des exercices 2013 à 2018, ainsi que sur celles de la comptabilité budgétaire transmise par l'établissement.

### 3.2.1 La formation du résultat

De 2013 à 2018, les produits du compte de résultat consolidé connaissent une progression (6,8 %), mais inférieure à celle des charges (8,9 %). L'année 2015 voit coïncider le niveau le plus bas des produits et le début de l'augmentation des dépenses.

**Tableau n° 20 : Evolution des dépenses et des recettes**

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Produits	112 484 053	111 576 638	111 086 486	114 477 439	115 461 457	118 268 390	5,1 %
Charges	111 972 827	111 730 860	112 171 163	115 371 457	118 628 036	119 533 010	6,7 %
<b>Résultat net comptable</b>	<b>511 226</b>	<b>- 154 222</b>	<b>- 1 084 677</b>	<b>- 894 018</b>	<b>- 3 166 580</b>	<b>- 1 264 620</b>	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de résultat de l'établissement.

#### 3.2.1.1 L'évolution des produits

Au regard du poids de l'activité de l'EHPAD et du CAMSP, représentant respectivement 13,4 % et 0,3 % des produits de l'établissement (13,5 M€ en moyenne pour le premier et 0,281 M€ en moyenne pour le second), l'analyse a été effectuée sur le seul budget principal H.

##### 3.2.1.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) au budget principal (H)

Le titre 1 des produits progresse de 5,5 % entre 2013 et 2018 (+ 4,3 M€). Cette évolution est le résultat de la création du SSR respiratoire en 2015 et de l'augmentation continue de la tarification spécifique (consultations externes...).

Les produits de la tarification des séjours, véritable marqueur de l'activité, ont diminué de 0,4 % sur la période 2013 à 2018 avec une chute de - 4 % en 2015 par rapport à 2013 (- 2 M€) et de - 2 % en 2017 par rapport à 2015 (- 0,9 M€). L'année 2018 marque un retour du montant des produits de la tarification des séjours au niveau de 2013.

Les produits des remboursements de molécules onéreuses facturables en sus des séjours ont progressé de 26,8 % (+ 0,9 M€).

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont progressé au cours de la période de 14,5 % (+ 0,4 M€).

La dotation annuelle de financement (DAF), qui constitue le deuxième poste de recettes (finançant principalement la psychiatrie et, jusqu'en 2016, les soins de suite et de réadaptation), présente une évolution à la hausse de 2,8 % (+ 0,3 M€), malgré l'impact depuis mars 2017, du financement des SSR à la tarification à l'activité.

#### 3.2.1.1.2 Autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) au budget principal (H)

Le titre 2 des recettes diminue de 7,3 % entre 2013 et 2018 (- 0,584 M€). Cette évolution provient de plusieurs paramètres :

- des tarifs de prestations journalières qui ont très peu évolué au cours de la période avec une augmentation d'1,75 % en 2016, conformément aux prévisions de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;
- une activité en diminution (- 43,8 % en HAD, - 15,3 % en tarification spécifique et - 11,7 % en hospitalisation complète) ;
- la diminution des soins attribués aux patients étrangers (- 39,7 %).

#### 3.2.1.1.3 Autres produits (titre 3) du budget principal (H)

Le titre 3 a progressé de 36,2 % sur la période avec une variation annuelle de + 14,9 % en 2016 (+ 1,4 M€) et + 12,5 % en 2017 (+ 1,3 M€).

Les augmentations les plus marquantes sont :

- les recettes de rétrocessions de médicaments : + 64 % sur la période, soit 1,2 M€ ;
- un montant important de reprises sur provisions en 2016 (1 M€) marque les travaux effectués par l'établissement pour la certification des comptes, qui se poursuivent en 2017 et 2018, soit une évolution sur la période de 44,5 % ;
- une forte augmentation des produits exceptionnels en 2017 pour un montant de 1,5 M€ dont 0,38 M€ de produits de cessions, 0,56 M€ de produits sur exercices antérieurs et 0,46 M€ de produits exceptionnels. Le compte 77 « Produits exceptionnels » (hors 7722 « Produits exceptionnels sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie ») augmente de 27,8 % sur la période ;
- les produits annexes ont progressé de 22,8 % sur la période, liés à la facturation des chambres particulières à partir de 2016, et à la mise à disposition de personnel vers des tiers.

#### 3.2.1.2 L'évolution des charges

Les charges du budget principal représentent 86,2 % des charges consolidées. Les dépenses ont augmenté de 7,7 % sur l'ensemble de la période sous revue avec une part stable des différentes composantes :

- 70 % en charges de personnels ;
- 16 % en charges à caractère médical ;
- 9 % en charges à caractère hôtelier et général ;
- 5 % en charges d'amortissement, de provision, financières exceptionnelles.

Les budgets annexes ont également des charges en hausse sur la période :

- l'EHPAD (budget E2) : + 5,8 % de charges (+ 0,8 M€) résultant d'une augmentation des frais de personnel (+ 1,1 M€) en partie compensée par une baisse des charges à caractère hôtelier et général (- 0,3 M€) ;
- le CAMSP (budget P0) : + 19,5 % de charges (+ 0,06 M€) ;
- l'IFSI (budget C0) : + 5 % de charges (+ 0,1 M€).

#### 3.2.1.2.1 Les charges de personnel (titre 1) du budget principal

Les dépenses de titre 1 augmentent de 7,2 % entre 2013 et 2018 (+ 4,8 M€), avec une progression annuelle marquée en 2016 d'1,4 %, puis de 2 % en 2017 et 2018.

Les dépenses de personnel non médical ont progressé de 6,3 % entre 2013 et 2018 alors que les ETP non médicaux ont diminué de 2 % entre 2013 et 2017 (*cf.* tableau n° 7). Cette progression est imputable à la hausse du coût des personnels contractuels (CDI et CDD).

Les dépenses de personnel médical ont progressé de 8,3 % entre 2013 et 2018, corrélées à l'évolution des ETP médicaux de 15 % entre 2013 et 2017.

#### 3.2.1.2.2 Les charges à caractère médical (titre 2) du budget principal

Les dépenses médicales connaissent une hausse de 23 % sur la période 2013-2018 (+ 3,4 M€). Les années 2016 et 2017 marquent une forte hausse de ces dépenses respectivement de + 1,6 M€ et + 1,4 M€, imputables à l'augmentation des produits pharmaceutiques (+ 1,2 M€ et + 1,4 M€). Ce choix de gestion a été pris par l'établissement pour alimenter le stock en pharmacie. Cela engendre une augmentation de la variation des stocks de 70 % entre 2013 et 2018.

En 2014, une hausse de 0,32 M€ est constatée sur les locations d'équipements médicaux, augmentation qui se poursuit chaque année, avec encore une accélération en 2016, à + 0,12 M€.

Le ratio « part des recettes de l'assurance maladie absorbée par les charges à caractère médical » est supérieur aux normes préconisées par la circulaire DHOS<sup>15</sup> du 23 septembre 2009. Il est en moyenne de 17,4 % et en augmentation sur la période 2013-2018 alors que la circulaire indique qu'il doit se situer entre 10 % et 15 %. L'essentiel de ces charges correspond aux produits et fournitures pharmaceutiques (77 % du titre 2) et a progressé de 16,1 % entre 2013 et 2018. Cette progression est atténuée par les rétrocessions de médicaments qui ont également augmenté sur la période.

#### 3.2.1.2.3 Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) du budget principal

Le titre 3 des dépenses, relatif aux charges hôtelières et générales, augmente de 2,7 % entre 2013 et 2018 (+ 0,25 M€) (*cf.* annexe n° 2).

---

<sup>15</sup> DHSO : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, remplacée depuis par la DGOS.

Particulièrement, les autres charges de gestion courante progressent d'1 M€ entre 2017 et 2018, en raison des contributions à différents groupements :

- groupement d'intérêt économique (GIE) « IRM Picardie Maritime » : composé depuis 2003 de deux membres : la société civile de moyens « IRM des radiologues libéraux de la région d'Abbeville » et le CH d'Abbeville. En 2018, le centre hospitalier a versé un montant total de 258 077 € ;
- groupement de coopération sanitaire (GCS) : l'établissement adhère à plusieurs GCS : GRAM « groupement régional d'achats multi segments » ; « E-Santé » pour la télémedecine et Télé radiologie ; « Pharma Hauts-de-France » dans le cadre du GHT pour les médicaments, divers solutés et produits pour pharmacotechnie ; et « UTIL » pour le traitement du linge. En 2018, les contributions ont été comptabilisées pour un montant de 826 731 €, soit 17 023 € au GCS GRAM et 809 708 € au GCS UTIL ;
- groupement hospitalier de territoire (GHT) : convention signée le 29 juin 2016 pour une durée de 10 ans, avec tacite reconduction à l'issue. La première contribution a été comptabilisée en 2018 pour 102 469 €.

#### 3.2.1.2.4 Les charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles (titre 4)

Les charges du titre 4 ont diminué de 16,2 % entre 2013 et 2018.

Le compte 66 « Charges financières » a diminué de 30,9 % sur la période, l'établissement n'ayant contracté aucun nouvel emprunt.

Le compte 67 « Charges exceptionnelles » a augmenté de 13,8 % entre 2013 et 2018, avec un pic en 2017 (0,9 M€). Cette année-là, le compte 675 « Valeur comptable des éléments d'actif cédés » a enregistré un montant exceptionnel de 0,435 M€, correspondant à la cession d'un immeuble, rue Championnet à Paris, reçu en don en 2012.

Le compte 68 « Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions » a évolué de 13,2 % en 2016 et de 53 % en 2017. Ces hausses correspondent aux travaux de corrections réalisés à l'ouverture des exercices, pour l'entrée de l'établissement en certification des comptes.

### 3.2.2 Le résultat et l'analyse des soldes intermédiaires de gestion

#### 3.2.2.1 Le résultat comptable par budget et consolidé

Sur l'ensemble de la période, le résultat consolidé s'est fortement détérioré. Cette détérioration repose essentiellement sur le budget principal (H) (*cf.* annexe n° 3). La dégradation de l'activité sur la période 2013-2017 explique cette évolution (*cf.* tableau n° 6 : Résultat analytique comptable des pôles), plus particulièrement celle du pôle « femme-enfant ». Seul le pôle « médical » présente un résultat positif. À cela s'ajoute, l'entrée de l'établissement dans le processus de certification des comptes en 2016 qui a entraîné les premières corrections d'amortissements des immobilisations et de réévaluation des provisions, qui se sont poursuivies sur l'exercice 2017.

Le compte de résultat E2 (EHPAD) est largement bénéficiaire du fait d'établissements gériatriques ayant un taux d'occupation constant, et proche de la saturation (*cf.* tableau n° 4 : Taux d'occupation des structures de gérontologie). Mais le résultat est déficitaire en 2018, en raison d'une forte augmentation des charges de personnel. Cette situation, pour une structure dont l'occupation est proche de 100 %, interpelle et doit conduire l'établissement à être très vigilant sur l'évolution des charges.

Les comptes de résultat C0 (IFSI) et P0 (CAMSP) sont bénéficiaires mais en baisse en 2018.

L'année 2018 marque la contractualisation avec l'ARS d'un contrat de retour à l'équilibre. La prévision de résultat du budget consolidé pour 2018 était contractualisée à - 1,8 M€. Le résultat provisoire 2018 a dépassé l'objectif fixé avec - 1,5 M€ et devrait comptabiliser une recette supplémentaire de 0,32 M€ liée à la libération de crédits complémentaires au niveau national pour l'activité MCO, reçue avant la clôture.

### 3.2.2.2 Les soldes intermédiaires de gestion

La valeur ajoutée évolue de 5,5 % sur la période 2013-2018 principalement due à la hausse de l'activité en 2018 (*cf.* annexe n° 4).

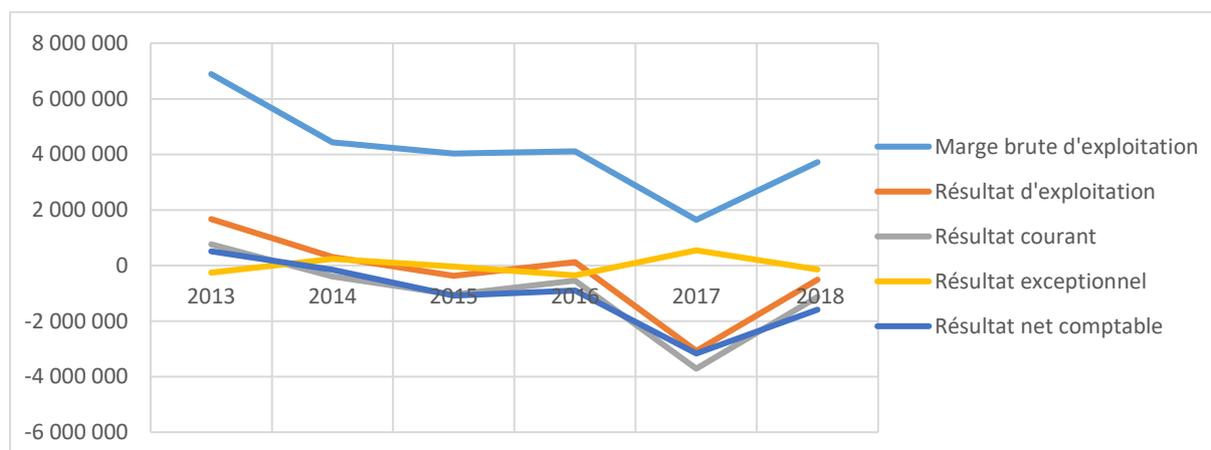
Le résultat économique brut, intégrant le remboursement de frais entre budgets, diminue de - 36,8 % entre 2013 et 2018. Il est cependant positif sur l'ensemble de la période.

La marge brute se dégrade sur la période 2013-2017 du fait du recul du résultat économique brut. Son taux passe de 6,3 % en 2013 à 2,9 % en 2018. De 2013 à 2017, les produits courants couvraient les charges courantes, en 2018 ce n'est plus le cas, suite au changement d'imputation comptable des contributions diverses.

Le résultat courant est négatif à partir de 2014 et suit la tendance de la marge brute sur la période. La minoration des charges financières de l'établissement est marquée par l'absence de nouveaux emprunts depuis 2009.

Le résultat exceptionnel varie sur la période liée aux charges sur exercices antérieurs et aux titres annulés (*cf.* annexe n° 4).

Ainsi, l'ensemble des résultats de l'établissement est en recul avec une chute en 2017, conséquence, en grande partie, des rectifications comptables liées à la mise en œuvre de la certification des comptes. L'année 2018 marque un retour d'activité et les premiers effets du contrat de retour à l'équilibre.

**Graphique n° 1 : Evolution des résultats de l'établissement**

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier.

### 3.2.3 La capacité d'autofinancement, le tableau de financement et les indicateurs d'investissement

#### 3.2.3.1 La capacité d'autofinancement

L'examen de la capacité d'autofinancement (CAF) brute montre que le résultat comptable déficitaire depuis 2014 est minoré par un niveau important de dotations aux amortissements et provisions qui s'explique par le passage en 2016 de l'établissement à la certification des comptes (*cf.* annexe n° 5).

La CAF brute est positive sur la période mais se réduit fortement jusqu'en 2017 (- 72 % entre 2013 et 2017). Le taux de CAF qui permet d'apprécier la capacité de l'établissement à rembourser ses dettes et à investir, est ainsi en baisse sur la période 2014-2017 pour atteindre 1,4 % le dernier exercice. Il se rapproche des établissements de même catégorie (0,5 %) et de même typologie (0,7 %) les moins performants.

La CAF brute permet, sur la période examinée, de couvrir l'annuité des emprunts et de dégager une CAF nette positive, même si celle-ci diminue sur la période 2014-2017, respectivement de 2,9 % en 2014 à 0,9 % en 2017.

Depuis 2017, le financement propre de l'établissement ne permet plus de couvrir ses dépenses d'équipement, qui ont plus que doublé entre 2016 et 2018, lié au démarrage du projet de modernisation (frais d'études, diagnostics...). Toutefois, ce constat est tempéré par le niveau élevé du fonds de roulement qui offre une alternative de financement, et l'obtention en 2018 de subventions d'investissement pour 2,3 M€, qui ont couvert 49 % des dépenses d'équipement de l'année (5,2 M€).

### 3.2.3.2 Le tableau de financement et les indicateurs d'investissement

L'établissement a investi environ 19 M€ entre 2013 et 2018, dont 9 M€ sur les deux dernières années (démarrage du projet de modernisation et rénovations de quelques services). Ce besoin de financement accru a été partiellement couvert par le fonds de roulement en 2017 et 2018 pour un total de 3,4 M€ (cf. annexe n° 6).

Le taux de vétusté des bâtiments est de 80 % en 2017, situant le centre hospitalier parmi les établissements de même catégorie ayant le patrimoine immobilier le plus ancien. Le taux de vétusté des équipements est de 83,8 % en 2017. Ces indicateurs marquent les besoins de rénovation ou de reconstruction des bâtiments et de renouvellement des équipements.

**Tableau n° 21 : Taux de vétusté**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de vétusté des bâtiments (en %)	62,86	65,17	63,21	71,63	79,96	81,97
Taux de vétusté des équipements (en %)	74,1	74,5	81,7	81,9	83,8	nc

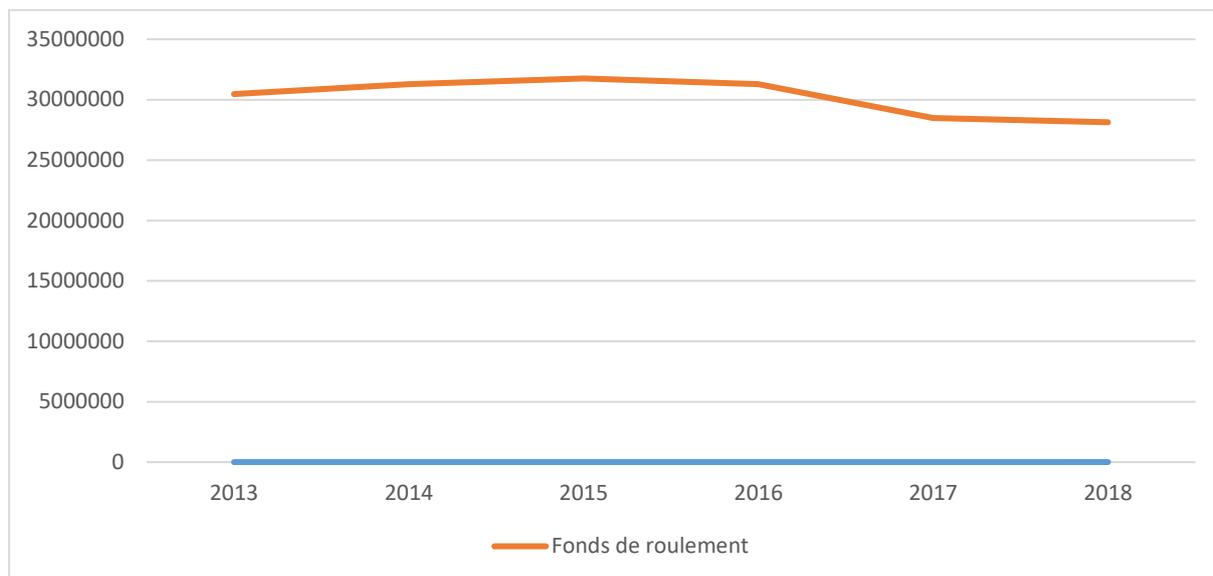
*Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du CH d'Abbeville et tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé.*

Le taux de renouvellement des immobilisations oscille autour de 2 % jusqu'en 2016, traduisant un renouvellement théorique des constructions et autres actifs sur une durée de 50 ans. En 2017, le ratio s'améliore avec 3,2 %, corrélé aux dépenses d'immobilisations engagées par l'établissement.

### 3.2.4 L'analyse bilancielle

Le fond de roulement a diminué sur la période de 8,7 % (- 2,6 M€). Il s'établit à 27,8 M€ fin 2018. La baisse concomitante des ressources (suite aux résultats déficitaires successifs) et de l'actif (dû à la faiblesse de l'investissement), respectivement de 23,9 % (- 16,8 M€) et 35,5 % (- 14,2 M€), explique cette évolution.

**Graphique n° 2 : Variation du fonds de roulement**

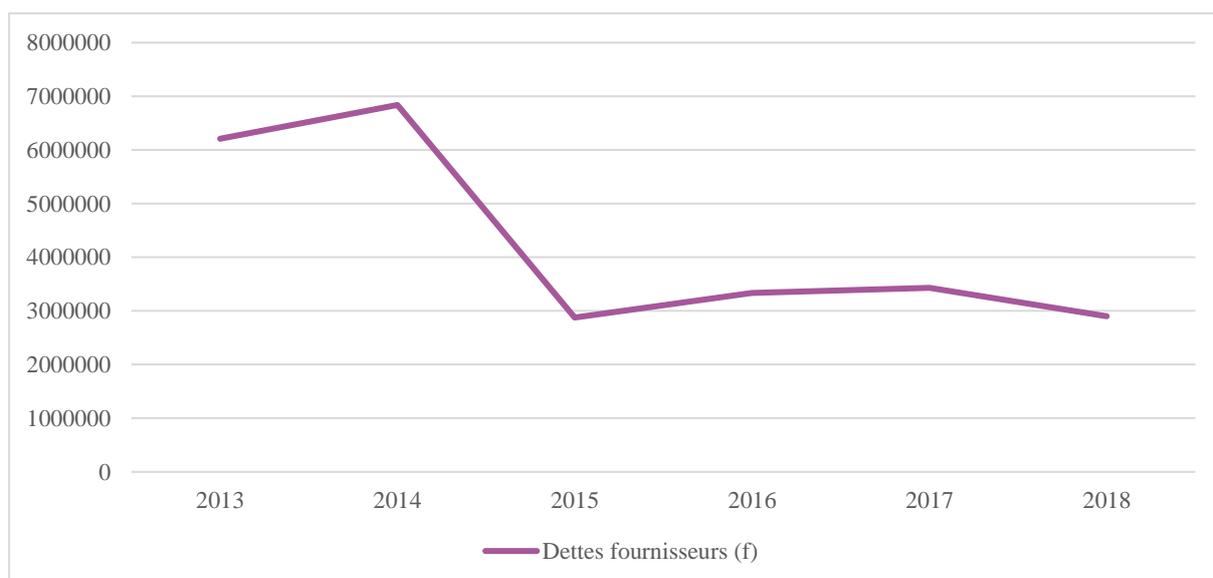


Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement et le provisoire 2018.

Le besoin en fonds de roulement augmente de 55,8 % entre 2013 et 2018, à cause essentiellement d'un allongement des encaissements de la part versée par la caisse de sécurité sociale.

Inversement, le montant des dettes fournisseurs a diminué de 53,3 % entre 2013 et 2018, passant de 6 M€ à 2,8 M€. L'établissement affiche un délai moyen de paiement fournisseurs de 25 jours sur la période. Les dettes fournisseurs représentent 42,1 jours d'exploitation en 2017 contre 83,9 jours en 2013. L'établissement se rapproche des mieux placés de sa catégorie à 37,2 jours contre 89,1 jours pour les moins bons.

**Graphique n° 3 : Dette fournisseurs**

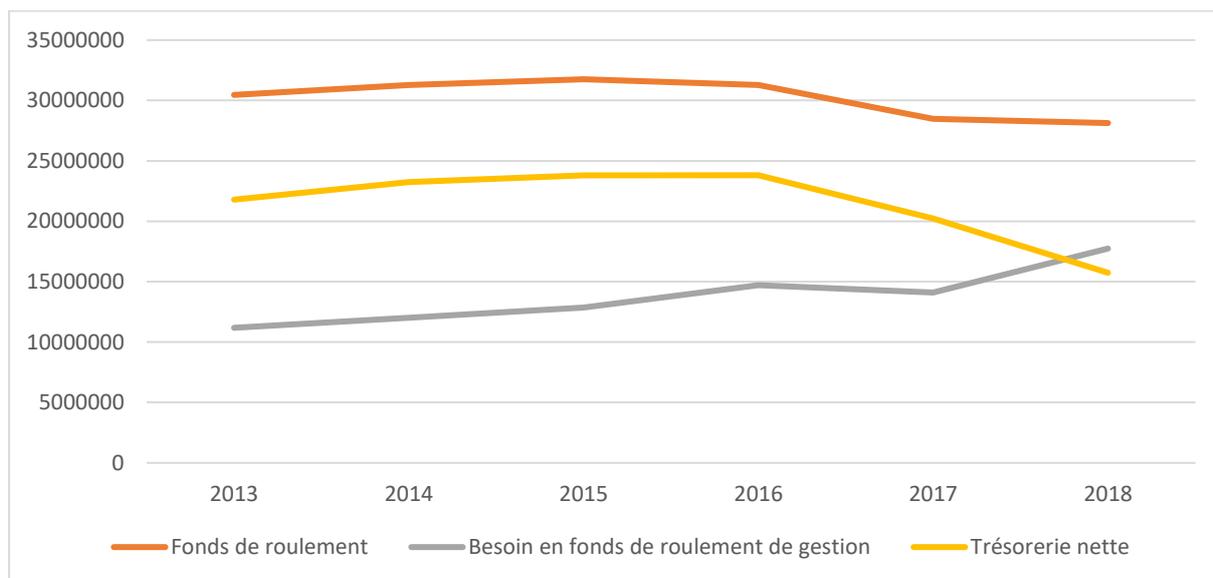


Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement et le provisoire 2018.

L'augmentation des provisions pour risques et charges est de 158,4 % sur la période avec un pic depuis 2016, lié aux travaux de réévaluation pour le passage à la certification des comptes. Ce niveau de provisions diminue significativement le besoin en fonds de roulement net global sur la période.

Le niveau de trésorerie a connu une progression constante jusqu'en 2016 puis s'est inversé en 2017 et 2018, affichant une diminution de 7,9 M€ en deux ans. Le niveau très élevé de début de période représentait 80 jours de charges courantes, il passe en 2018 à 51 jours.

**Graphique n° 4 : Evolution bilancielle**



Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier d'Abbeville et provisoire 2018.

### 3.2.5 La situation de la dette

#### 3.2.5.1 Encours de dette

La gestion de l'encours de la dette s'apprécie selon deux approches complémentaires :

- l'une privilégiant la capacité de l'établissement à apurer sa dette : le ratio de durée apparente de la dette permet de mesurer, au 31 décembre 2018, le nombre de mois nécessaires pour éteindre l'encours de la dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement était consacré à cet objectif. Il était de 5,18 années en 2016 puis 9,59 années en 2017 et 6 années en 2018, ce qui place l'établissement en-dessous du seuil de vigilance de 10 ans défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique<sup>16</sup> ;
- l'autre s'attache au respect des grands équilibres du bilan : le ratio d'indépendance financière mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents. Cet indicateur mesure en fait le taux de dépendance financière. Il oscille autour des 26,1 % entre 2013 (25,3 %) et 2018 (27,6 %). Il est donc inférieur au seuil de vigilance énoncé à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique (50 %).

Au 31 décembre 2018, le capital restant dû était de 14,7 M€, en diminution de 3 M€ par rapport à 2013 (17,8 M€).

**Tableau n° 22 : Les indicateurs relatifs à l'endettement**

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation annuelle moyenne
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	25,31 %	24,69 %	24,38 %	25,74 %	28,93 %	27,44 %	1,7 %
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute)	3	5	5	5	10	5	14,0 %
Dette financière rapportée au total des produits	15,85 %	15,43 %	14,93 %	13,96 %	13,33 %	12,51 %	- 4,6 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement.

<sup>16</sup> « Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé : le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ; la durée apparente de la dette excède dix ans ; l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %. Ces critères sont calculés à partir du compte financier du dernier exercice clos de l'établissement selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. La procédure d'autorisation n'est pas applicable aux emprunts dont le terme est inférieur à douze mois. Le directeur de l'établissement adresse sa demande d'autorisation assortie d'un plan global de financement pluriannuel mis à jour afin d'évaluer l'impact prévisionnel du projet d'emprunt sur l'équilibre financier de l'établissement. Si l'établissement est soumis à l'obligation de produire un plan de redressement conformément à l'article L. 6143-3, le directeur présente une actualisation de ce plan en précisant la trajectoire de désendettement qui en résulte. »

L'examen de ces deux ratios démontre que la situation d'endettement de l'établissement se situe bien en-dessous des seuils de vigilance défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique. Il en est de même pour l'encours de dette rapporté au total des produits qui est de 12,5 % en 2018 et en diminution depuis 2013 (15,8 %). Selon l'article précité, le seuil est de 30 %.

### 3.2.5.2 Nature de la dette

La dette de l'établissement se décompose de la manière suivante :

- 61 % sont constitués d'un produit structuré à risque, emprunt coté 3E<sup>17</sup> sur la charte Gissler<sup>18</sup>. Il a été contracté avec Dexia en décembre 2006 pour un montant de 10,75 M€ sur 30 ans ;
- 39 % sont sécurisés par un emprunt coté 1A<sup>19</sup> sur la charte Gissler. Il a été contracté avec le crédit local de France en 2006 pour un montant de 9,016 M€ à taux fixe de 4,26 % sur 30 ans.

Jusqu'en 2030, une incertitude pèse sur l'établissement pour les échéances trimestrielles de la dette contractée auprès de Dexia. Le capital restant dû au 31 décembre 2018 est de 9 M€.

---

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*L'analyse financière rétrospective montre une progression plus rapide des charges par rapport aux produits, ce qui crée un effet ciseau à partir de 2014 où le résultat net devient négatif, et le reste jusqu'en 2018. C'est la dégradation du budget H qui en est la cause principale. La CAF brute permet encore de rembourser l'annuité du capital de la dette mais le financement propre disponible est insuffisant pour faire face aux investissements qui sont en forte progression, après une période de faiblesse de 2013 à 2016.*

*Le fonds de roulement permet de couvrir le besoin de financement lié au cycle d'exploitation sur la période, même s'il diminue de 8,7 % (- 2,6 M€). Le niveau de trésorerie a connu une progression constante jusqu'en 2016 puis s'est inversé en 2017 et 2018, affichant une diminution de 7,9 M€ en deux ans.*

*L'encours de dette (dette/CAF brute) représente 5 années en 2018, sous le seuil de vigilance des 10 ans, de même que le taux de dépendance financière (dette/ressources stables) à 12,5 % pour un seuil à 50 %.*

*L'examen des bilans démontre que l'établissement peut s'appuyer sur une structure financière solide avec un niveau de fonds de roulement conséquent et un endettement faible.*

---

<sup>17</sup> 3E : écarts d'indices zone euro - multiplicateur jusqu'à 5.

<sup>18</sup> La classification Gissler, destinée à favoriser une meilleure compréhension des emprunts des collectivités locales, permet de les ranger selon une matrice à double entrée : le chiffre (de 1 à 5) traduit la complexité de l'indice servant au calcul des intérêts et la lettre (de A à E) exprime le degré de complexité de la formule de calcul des intérêts.

<sup>19</sup> 1A : indices zone euro - taux fixe simple, taux variable simple échange de taux fixe contre taux variable ou inversement. Echange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique). Taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel).

### 3.3 L'analyse prospective

#### 3.3.1 L'état prévisionnel des dépenses et recettes 2019

##### 3.3.1.1 Les produits

Le montant total des produits prévisionnels a été arrêté à 105 200 990 € pour 2019. La prévision a été établie sur la base de l'état prévisionnel des dépenses et recettes (EPRD) 2018 modifié par les mesures du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) 2018, et auquel a été appliquée une augmentation de 0,8 %, pour prendre en compte l'effet du CREF en année pleine. Ont été ajoutées, dans un second temps les mesures du CREF 2019, ainsi que l'optimisation du codage pour un gain espéré de 250 000 €, et l'utilisation des lits identifiés « soins palliatifs » pour un objectif de recettes supplémentaires de 200 000 €, soit un total de 450 000 €.

Les mesures du CREF représentent un total de 1 827 267 € se décomposant comme suit :

- optimisation du fonctionnement de l'unité médico chirurgicale ambulatoire (UMCA) : 35 000 € ;
- consultations avancées en ophtalmologie et développement de la chirurgie cataractes : 85 600 € ;
- développement de la chirurgie vasculaire : 15 000 € ;
- ouverture de 15 lits de médecine polyvalente post urgences : 1 666 667 € ;
- augmentation de l'activité « hospitalisation à domicile » : 25 000 €.

##### 3.3.1.2 Les charges

Les charges de personnel pour 2019 ont été évaluées sur la base de la paie d'octobre 2018, corrigée des variations saisonnières, des charges incidentes, et extrapolées sur 12 mois. Ont été ajoutés l'évolution des taux de charges et de cotisations, l'impact du glissement vieillesse technicité<sup>20</sup>, les mesures 2018 du CREF en année pleine et celles de 2019 (- 658 500 €).

Les charges du titre 2 sont basées sur celles de 2018 modifiées des mesures du CREF de la même année, auxquelles est appliquée une évolution de 0,8 %, représentant l'effet de l'augmentation de l'activité. Les mesures du CREF 2019 sont ensuite intégrées pour un montant de - 223 000 €.

Le montant du titre 3 s'établit sur la base des montants 2018 modifiés des mesures du CREF de la même année, avec application d'une évolution de 0,5 %, pour prendre en compte l'incidence de l'inflation, puis l'intégration des mesures du CREF 2019 (- 28 000 €).

---

<sup>20</sup> Glissement vieillesse technicité (GVT) : augmentation annuelle de la masse salariale découlant de l'application du statut de la fonction publique (avancements d'échelons, promotions...) ou du vieillissement des agents.

Les dépenses du titre 4 prennent en compte la mobilisation des emprunts relatifs au projet de modernisation, conformément au Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) 2019-2023.

Au total, les charges prévisionnelles s'établiraient à 105 297 089 €.

### 3.3.1.3 Le résultat de l'exercice 2019

Compte tenu des prévisions de produits et de charges, le résultat prévisionnel de l'exercice 2019 s'établirait à - 96 099 €, soit un déficit en légère amélioration par rapport aux projections du CREF (- 104 547 €) de près de 8 500 €.

**Tableau n° 23 : Résultat comptable prévisionnel**

	Charges	Produits	
Titre1 : Charges de personnel	72 020 000 €	86 675 884 €	Titre1 : Produits versés par l'AM
Titre2 : Charges à caractère médical	18 165 456 €	7 400 065€	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	9 425 343 €	11 125 041 €	Titre3 : autres produits
Titre 4: charge d'amortissement, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	5 686 290 €		
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>105 297 089 €</b>	<b>105 200 990 €</b>	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>		<b>-96 099 €</b>	<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>
TOTAL EQUILIBRE CRPP	<b>105 297 089 €</b>	<b>105 297 089 €</b>	TOTAL EQUILIBRE CRPP

Source : EPRD 2019 du centre hospitalier d'Abbeville.

## 3.3.2 Le plan global de financement pluriannuel

À la demande de l'agence régionale de santé, le PGFP porte sur la période allant de 2019 à 2023, avec une projection jusque 2027 afin de mesurer l'impact des travaux sur la situation financière. La chambre observe, toutefois, qu'une prévision s'inscrivant au-delà de 2023 doit être appréhendée avec prudence compte tenu des nombreux facteurs pouvant influencer d'ici là le fonctionnement et les finances de l'établissement, tels la tarification et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) arrêté par l'État.

Le plan d'investissement pluriannuel prévoit les investissements de rénovation/agrandissement sur la période 2019-2022, et à plus long terme (de 2023 à 2027), les travaux de rénovation de l'EHPAD Georges Dumont, l'acquisition d'un nouveau scanner et un programme de renouvellement des équipements et de travaux courants.

L'évolution des dépenses et recettes du cycle d'exploitation (hors impact des mesures du CREF) est bâtie sur une augmentation similaire de 0,8 %, hormis les titres 3 en recettes et 4 en dépenses qui progressent à leur valeur réelle.

Le résultat deviendrait excédentaire à partir de 2020, en accord avec les prévisions du CREF. En 2027, l'épuisement de la provision, constituée grâce à des subventions de l'ARS, pour régler les amortissements des travaux de modernisation, provoquerait le retour d'un déficit.

Le résultat prévisionnel des budgets annexes a été arrêté à l'équilibre, ne suivant pas en cela le CREF qui prévoit un résultat excédentaire, ceci afin de tenir compte de la politique baissière des tarifs des financeurs et de l'exécution budgétaire. Seule la DNA est projetée avec un excédent de 20 000 € annuels.

La CAF consolidée progresserait sur la période de 4,7 M€ en 2019 à 6,3 M€ en 2027. Elle permettrait de faire face aux remboursements des emprunts sur toute la période et aux travaux courants, à l'exception des années 2023 et 2024, où le montant des investissements serait plus élevé.

Selon le tableau de financement prévisionnel (*cf.* annexe n° 7), la reconstitution du fonds de roulement s'amorcerait en 2021, après deux années de prélèvements importants pour assurer le financement du projet de reconstruction. Le fonds de roulement revient ainsi à son niveau de 2019 en 2027.

La trésorerie au 31 décembre resterait positive, avec une baisse annuelle jusqu'à un plancher de 5,2 M€ en 2024, puis une remontée pour atteindre 9,2 M€ en 2027.

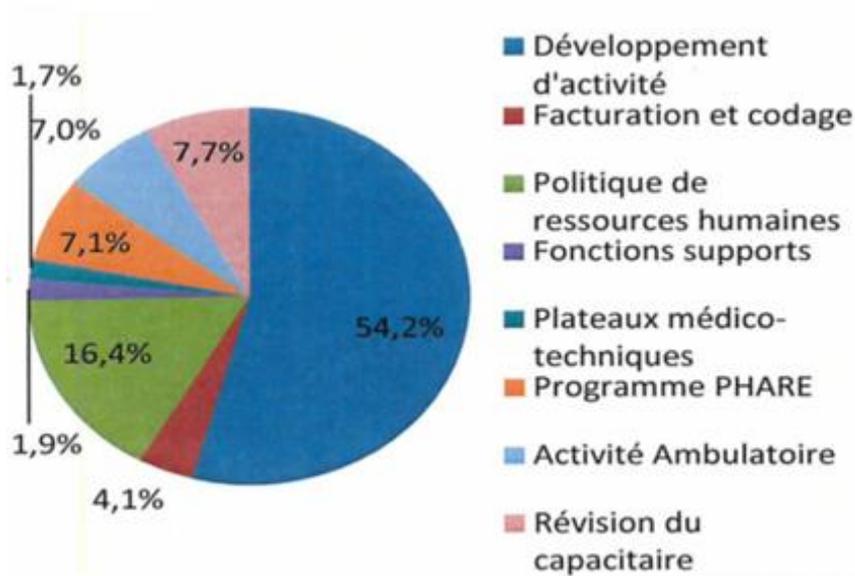
### **3.3.3 Le contrat de retour à l'équilibre**

Signé en octobre 2018, pour cinq ans, il est basé sur 27 actions issues des travaux de diagnostic. Ces actions portent sur le développement de l'activité, la facturation et le codage, les ressources humaines, les fonctions support, les plateaux médico-techniques, le programme PHARE<sup>21</sup>, l'activité ambulatoire et le capacitaire (*cf.* annexe n° 8).

---

<sup>21</sup> PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables.

Graphique n° 5 : Répartition des gains PRE H par grands thèmes



Source : contrat de retour à l'équilibre du centre hospitalier d'Abbeville.

Les prévisions de résultat sur les cinq ans du contrat doivent permettre à l'établissement de renouer avec un résultat excédentaire dès 2020.

Tableau n° 24 : Résultats prévisionnels du PRE

(en €)	PRE 2018	PRE 2019	PRE 2020	PRE 2021	PRE 2022
Résultat	- 1 848 450	- 102 453	380 171	548 012	604 768

Source : contrat de retour à l'équilibre du centre hospitalier d'Abbeville.

Le résultat de l'exercice 2018 (cf. chapitre 3.2.1, tableau n° 21) s'établit à - 1,26 M€, soit 0,56 M€ de mieux que l'objectif prévisionnel. Le résultat de 2019, affiché à l'EPRD, s'il est réalisé, serait également plus favorable de 6 354 €. La confirmation de cette tendance pourrait permettre à l'établissement d'atteindre les objectifs du CREF plus tôt que prévu.

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

*Les documents prospectifs, élaborés par le centre hospitalier et approuvés par l'agence régionale de santé, se caractérisent par la prudence et le réalisme des hypothèses affichées. Le premier exercice du contrat de retour à l'équilibre aboutit à un résultat plus favorable que les prévisions qui, s'il est confirmé à l'issue de l'exercice 2019, augurerait d'un redressement spectaculaire des finances de l'établissement. Néanmoins, la situation appelle à une vigilance continue pour maintenir l'activité et dégager les économies nécessaires à l'atteinte des objectifs.*

## **4 LE PROJET DE MODERNISATION**

Après étude d'une reconstruction de l'hôpital sur un autre site, en périphérie d'Abbeville, en lien avec la clinique privée Sainte Isabelle, décision a été prise de faire une extension/rénovation du site actuel. Ce projet consiste à modifier l'entrée de l'hôpital par une extension, représentant 11 681 m<sup>2</sup> supplémentaires de plancher, où seront localisés l'accueil, une cafétéria, un plateau technique avec les blocs opératoires, les urgences, le pôle femme-enfant. Une rénovation extension de la pharmacie et des bâtiments historiques aura lieu dans un second temps. Le projet est affiché pour une estimation globale de 45 M€ HT à ce jour. L'achèvement des travaux est prévu pour la fin de l'année 2022.

### **4.1 La phase de conception et d'études**

Le dossier a été initié par la désignation d'un programmiste, puis d'une assistance à maîtrise d'ouvrage et enfin d'un maître d'œuvre après un concours d'architecture. Les différentes procédures d'appel public à la concurrence ont été pilotées par le centre hospitalier, maître d'ouvrage du projet et pouvoir adjudicateur.

Le projet est décomposé en cinq phases :

- Phase 0 : travaux préparatoires, déménagement de différents services, durée six mois
- Phase 1 : construction de l'extension, bâtiment PT-FE, durée 30 mois
- Phase 2 : restructuration des étages du bâtiment E et réhabilitation des unités de soin dans les étages des bâtiments BCD, démolition du bâtiment F
- Phase 3 : extension de la pharmacie
- Phase 4 : réhabilitation du secteur consultation

Seules les phases 0 et 1 sont actuellement autorisées et financées.

#### **4.1.1 Les appels d'offres de conception**

Un programmiste et une assistance à maîtrise d'ouvrage ont été sélectionnés après appels publics à la concurrence. L'examen des deux procédures n'a pas révélé d'anomalie.

Le choix du maître d'œuvre a été réalisé sous forme de concours d'architecture et d'ingénierie. Un jury de concours de maîtrise d'œuvre a été spécialement constitué pour l'occasion.

Après examen des candidatures, trois groupements ont été autorisés à poursuivre la procédure. Après analyse par une commission technique, le jury a retenu comme lauréat du concours le groupement classé premier. Compte tenu de la qualité des offres remises, il a été décidé d'attribuer aux deux candidats non retenus, la totalité de l'indemnité forfaitaire prévue au règlement du concours, soit 159 600 €.

### 4.1.2 Les études

Au cours de cette phase, des modifications ont été demandées par les services de secours concernant l'implantation de l'hélistation, et par l'architecte des bâtiments de France (ABF) qui a refusé la démolition d'une partie des bâtiments anciens (« le peigne ») au motif que cet élément reste une architecture sanitaire atypique au niveau national. La proximité de monuments historiques inscrits à l'inventaire du patrimoine<sup>22</sup> a également généré des prescriptions de l'ABF.

Les services déconcentrés de l'État et les instances obligatoirement consultées ont rendu un avis favorable, début 2018, au dossier de permis de construire. Ce dernier, déposé le 12 décembre 2017, a fait l'objet d'un arrêté d'autorisation en date du 27 juin 2018.

### 4.1.3 L'appel d'offres de travaux

Dans le même temps, le maître d'œuvre a préparé le dossier de consultation des entreprises, pour les phases 0 et 1, et l'appel d'offres a été lancé le 31 août 2018, sous forme ouverte.

Le délai d'exécution prévu est de 37,5 mois, pour une estimation globale de 25 M€ HT.

Entre temps, la constitution du GHT Somme littoral sud a dessaisi le CH d'Abbeville de ses attributions en matière de marchés publics qui ont été transférées à l'établissement support du groupement, à savoir le CHU d'Amiens (*cf. supra*). Le pouvoir adjudicateur est désormais la directrice de l'établissement. Le CH d'Abbeville conserve sa responsabilité de maître d'ouvrage. Ce dernier n'a cependant plus la maîtrise du calendrier des opérations.

Les travaux sont répartis en 11 lots séparés. Parmi ceux-ci, neuf ont été déclarés infructueux pour cause d'offres supérieures à l'estimation, ou irrégulières. Le lot 6 « fluides médicaux – réseaux pneumatiques » a été attribué et le lot 11 « hélistation » a été déclaré sans suite, étant en totalité optionnel, ce qui est interdit par la législation.

La décision de relancer les lots en procédure négociée a été actée, de même que la notification du lot 6. Après plus de quatre mois de concertation entre l'établissement et la direction des achats du GHT, la procédure a été réactivée.

La directrice du CHU d'Amiens indique, en réponse à des extraits du rapport d'observations provisoires, que la qualité perfectible des documents produits par la maîtrise d'œuvre et le fait que le CH d'Abbeville n'ait pas souhaité modifier le cahier des charges et ait tenu compte tardivement des alertes de la direction des achats du GHT, sont à l'origine des retards constatés.

Ces retards entraînent la réactualisation du montant initial des travaux sur la base de l'indice BT 01. Il en coûtera, au final, un montant accru au centre hospitalier d'Abbeville. L'augmentation est ainsi estimée à plus de 100 000 € par mois de retard.

---

<sup>22</sup> Eglise Saint Vulfran, porte Louis XV, hôtel de Rambure.

#### 4.1.4 Le financement du projet

Le financement du projet est prévu en partie sur fonds propres et par un emprunt de 30 M€ obtenu auprès de la banque postale, avec un déblocage sur trois ans de 10 M€ par an à partir de 2019. La chambre constate qu'une utilisation plus importante du fonds de roulement, dont le niveau est élevé (*cf. supra*), aurait pu minorer le recours à l'emprunt.

Le coût des études engagées depuis 2015 est conforme au plan prévisionnel (*cf. annexe n° 9*).

## 4.2 L'examen du projet

La chambre a examiné le dossier au travers des plans « architecte ». Les objectifs de l'opération consistent en l'amélioration de la prise en charge des patients (dont création de chambres individuelles avec douche), l'optimisation de l'organisation de l'activité médicale, la mise en conformité, la prise en compte des nouveaux modes de prise en charge (ambulatoire).

**Tableau n° 25 : Les prestations d'hébergement du projet**

Etage	Service	Lits	Avec douche	Douches communes	Commentaire
1	Chirurgie	45	1	3	1 douche commune / 15 patients
2	Neurovasculaire	27	5	2	1 douche commune / 11 patients
	Cardiologie	25	7	2	1 douche commune / 7 à 8 patients
3	Gastro-entérologie	27	2	2	1 douche commune / 14 patients
	Pneumologie	28	7	1	1 douche commune / 19 patients
4	Médecine interne	27	4	2	1 douche commune / 11 à 12 patients
	Gériatrie	28	22	1	1 douche commune / 6 patients

Source : chambre régionale des comptes à partir des plans « architecte ».

De cet examen, il ressort que les chambres individuelles représentent près de 64 % de l'hébergement. Par contre, une majorité d'entre-elles, qu'elles soient doubles ou individuelles, ne sont équipées que d'un cabinet de toilette. Des douches communes sont prévues dans chaque service.

L'objectif affiché de confort des patients semblerait donc difficile à atteindre et le projet pourrait déboucher sur un équipement relevant davantage des standards de la fin du XX<sup>e</sup> siècle que de la période actuelle, et ce alors que la durée de vie de ces nouvelles installations sera d'environ 50 ans.

Il est encore loisible aux différents responsables du projet de chercher à évaluer l'enveloppe financière supplémentaire qui serait nécessaire pour accéder à des normes de confort qui soient davantage conformes aux attentes et aux besoins actuels des patients.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Le projet de modernisation du centre hospitalier d'Abbeville est mené conformément à la loi sur la maîtrise d'ouvrage publique, les procédures engagées n'appelant pas de remarque particulière à ce stade. La chambre souligne cependant le retard pris dans la passation des marchés de travaux, et les surcoûts qui en découleront. Elle observe que l'utilisation d'une partie du fonds de roulement disponible (27,8 M€ en 2018) pour financer le projet, aurait permis de minorer d'autant le recours à l'emprunt.*

---

\*  
\* \*

## ANNEXES

Annexe n° 1.	Détail des amortissements par composant .....	53
Annexe n° 2.	Evolution des charges à caractère hôtelier et général .....	54
Annexe n° 3.	Résultat consolidé .....	55
Annexe n° 4.	Soldes intermédiaires de gestion.....	56
Annexe n° 5.	La variation du fonds de roulement et la capacité d'autofinancement .....	57
Annexe n° 6.	Le tableau de financement .....	58
Annexe n° 7.	Tableau de financement prévisionnel .....	59
Annexe n° 8.	Gains estimés sur l'application des actions du plan de retour à l'équilibre...	60
Annexe n° 9.	Financement du projet .....	61
Annexe n° 10.	Glossaire – 1/2 .....	62

**Annexe n° 1. Détail des amortissements par composant**

Catégorie	Méthodes	Durée d'amortissement en années
Agencement et installation de terrain	Linéaire	20
Bâtiments	Linéaire	10 à 20
<i>Gros œuvre y compris ravalement</i>	Linéaire	20
<i>Electricité</i>	Linéaire	15
<i>Chauffage / froid</i>	Linéaire	15
<i>Plomberie / sanitaire</i>	Linéaire	15
<i>Ascenseur</i>	Linéaire	15
<i>Menuiseries extérieures</i>	Linéaire	15
<i>Toiture / étanchéité</i>	Linéaire	20
<i>Menuiseries intérieures</i>	Linéaire	10

Source : chambre régionale des comptes à partir des données transmises par la direction des services financiers du centre hospitalier.

## Annexe n° 2. Evolution des charges à caractère hôtelier et général

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
<b>602 – Achats stockés - autres approvisionnements</b>	<b>2 933 912</b>	<b>2 843 644</b>	<b>2 868 020</b>	<b>2 777 650</b>	<b>2 793 254</b>	<b>2 526 667</b>	<b>- 13,9 %</b>
<b>603 – Variation des stocks</b>	<b>250 412</b>	<b>299 802</b>	<b>302 798</b>	<b>326 145</b>	<b>226 739</b>	<b>285 993</b>	<b>14,2 %</b>
<b>606 – Achats non stockés matières et fournitures</b>	<b>1 393 981</b>	<b>1 310 246</b>	<b>1 068 095</b>	<b>1 065 591</b>	<b>1 053 110</b>	<b>1 367 388</b>	<b>- 1,9 %</b>
<b>61 – Services extérieurs</b>	<b>1 474 992</b>	<b>1 491 025</b>	<b>1 653 059</b>	<b>1 813 084</b>	<b>1 708 112</b>	<b>1 792 811</b>	<b>21,5 %</b>
6122 – Crédit-bail mobilier	0	0	0	0	0	0	
6132 – Location à caractère non médical	37 107	43 256	26 035	56 739	112 701	149 280	302,3 %
dont locations immobilières	31 438	24 527	20 426	17 719	17 779	17 889	- 43,1 %
614 – Charges locatives et de copropriété	11 989	17 998	0	8 006	7 028	7 693	- 35,8 %
6152 – Entretien et réparation des biens à caractère non médical	878 414	916 636	1 120 680	1 137 599	1 199 631	1 238 872	41,0 %
616 – Primes d'assurances	466 933	481 359	475 338	485 555	315 247	317 786	- 31,9 %
617 – Etudes et recherches	0	0	0	41 486	0	0	
618 – Documentation	80 548	31 776	31 006	83 700	73 504	79 181	- 1,7 %
<b>62 – Autres services extérieurs (hors 621)</b>	<b>2 766 099</b>	<b>3 238 366</b>	<b>3 166 615</b>	<b>3 190 430</b>	<b>2 874 210</b>	<b>1 995 004</b>	<b>- 27,9 %</b>
<b>63 – Impôts, taxes et versements assimilés</b>	<b>737</b>	<b>221</b>	<b>0</b>	<b>619</b>	<b>79 130</b>	<b>677</b>	<b>- 8,1 %</b>
<b>65 – Autres charges de gestion courante</b>	<b>247 932</b>	<b>292 550</b>	<b>227 832</b>	<b>310 577</b>	<b>334 056</b>	<b>1 347 868</b>	<b>443,6 %</b>
651 – Redevance pour concessions, brevets	0	1 143	3 601	3 226	2 240	2 265	
652 – Contribution au GCS et au GIE	0	0	0	0	0	1 084 809	
653 – Contributions aux groupements hospitaliers de territoire – GHT						102 469	
654 – Créances admises en non-valeurs	162 607	192 460	120 578	161 696	136 084	104 744	- 35,6 %
657 – Subventions	33 621	48 219	50 573	91 902	152 795	10 127	- 69,9 %
6581 – Frais de culte et d'inhumation	754	1 881	774	850	892	850	12,7 %
6585 – Reversement quote-part des radiologues	0	0	0	0	0	0	
6587 – Participation frais de stage	28 014	28 014	28 014	28 014	27 742	27 549	- 1,7 %
6588 – Autres charges diverses de gestion courante	22 936	20 833	24 292	24 888	14 303	15 056	- 34,4 %
<b>Total Titre 3</b>	<b>9 068 064</b>	<b>9 475 854</b>	<b>9 286 419</b>	<b>9 484 094</b>	<b>9 068 611</b>	<b>9 316 409</b>	<b>2,7 %</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement.

## Annexe n° 3. Résultat consolidé

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Résultat net comptable consolidé</b>	<b>511 226</b>	<b>- 154 222</b>	<b>- 1 084 677</b>	<b>- 894 018</b>	<b>- 3 166 580</b>	<b>- 1 264 620</b>
<i>en % du total des produits</i>	0,45 %	- 0,14 %	- 0,98 %	- 0,78 %	- 2,74 %	- 1,07 %
<b>Résultat net du <u>budget principal</u></b>	<b>100 564</b>	<b>- 430 729</b>	<b>- 1 333 979</b>	<b>- 1 299 601</b>	<b>- 3 322 755</b>	<b>- 1 192 890</b>
<i>en % du total des produits du budget H</i>	0,10 %	- 0,45 %	- 1,41 %	- 1,33 %	- 3,36 %	- 1,17 %
<b>Résultat net des <u>budgets E2 - EHPAD</u></b>	<b>272 240</b>	<b>151 630</b>	<b>84 867</b>	<b>128 456</b>	<b>84 231</b>	<b>- 91 133</b>
<i>en % du total des produits du budget E2</i>	2,01 %	1,12 %	0,62 %	0,93 %	0,60 %	- 0,65 %
<b>Résultat net du <u>budget C0 - IFSI</u></b>	<b>77 486</b>	<b>86 243</b>	<b>117 815</b>	<b>242 314</b>	<b>37 157</b>	<b>- 6 771</b>
<i>en % du total des produits du budget C0</i>	3,54 %	4,02 %	5,40 %	10,48 %	1,67 %	- 0,31 %
<b>Résultat net des <u>budgets P0 - CAMSP</u></b>	<b>41 332</b>	<b>19 537</b>	<b>9 737</b>	<b>13 656</b>	<b>14 067</b>	<b>4 852</b>
<i>en % du total des produits du budget P0</i>	12,32 %	5,68 %	2,80 %	3,92 %	4,01 %	1,36 %
<b>Résultat net du <u>budget A0 - DNA</u></b>	<b>19 605</b>	<b>19 096</b>	<b>36 883</b>	<b>21 158</b>	<b>20 720</b>	<b>21 321</b>
<i>en % du total des produits du budget A0</i>	87,25 %	83,20 %	91,03 %	91,33 %	89,35 %	89,57 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement.

**Annexe n° 4. Soldes intermédiaires de gestion**

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution période valeur absolue	Evolution période
Produits d'exploitation	107 287 877	106 307 579	105 878 933	108 714 338	109 228 697	113 394 797	<b>6 106 920</b>	<b>6 %</b>
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	732 955	766 364	868 845	874 676	1 215 377	979 187	<b>246 232</b>	<b>33,6 %</b>
- Achats	17 089 769	16 571 813	15 987 331	17 117 998	17 956 488	18 499 871	<b>1 410 102</b>	<b>8,3 %</b>
- Services extérieurs	3 012 649	3 403 004	3 514 779	3 894 356	3 787 888	3 894 438	<b>881 789</b>	<b>29,3 %</b>
- Autres services extérieurs	5 452 112	5 777 765	5 661 235	5 643 147	5 411 973	4 330 376	<b>- 1 121 736</b>	<b>- 20,6 %</b>
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	3 782	3 729	3 284	3 279	83 114	5 718	<b>1 936</b>	<b>51,2 %</b>
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	17 082	29 479	2 458	54 241	<b>54 241</b>	<b>NC</b>
<b>= Valeur ajoutée</b>	<b>80 996 609</b>	<b>79 784 904</b>	<b>79 860 541</b>	<b>81 210 360</b>	<b>80 776 316</b>	<b>85 739 449</b>	<b>4 742 840</b>	<b>6 %</b>
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	<i>75,49 %</i>	<i>75,05 %</i>	<i>75,43 %</i>	<i>74,70 %</i>	<i>73,95 %</i>	<i>75,61 %</i>		
+ Autres subventions	458 490	384 743	437 220	419 916	356 143	337 366	<b>- 121 124</b>	<b>- 26,4 %</b>
- Charges totales de personnel	77 940 964	78 779 235	79 586 719	80 587 757	82 436 913	84 181 278	<b>6 240 314</b>	<b>8,0 %</b>
+ Remboursement de frais entre budgets	2 852 470	2 671 319	2 633 745	2 604 929	2 624 055	2 451 103	<b>- 401 367</b>	<b>- 14,1 %</b>
<b>= Résultat économique brut</b>	<b>6 366 605</b>	<b>4 061 731</b>	<b>3 344 788</b>	<b>3 647 448</b>	<b>1 319 601</b>	<b>4 346 641</b>	<b>- 2 019 964</b>	<b>- 32 %</b>
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	<i>5,93 %</i>	<i>3,82 %</i>	<i>3,16 %</i>	<i>3,36 %</i>	<i>1,21 %</i>	<i>3,83 %</i>		
+ Autres produits de gestion	820 184	737 797	979 469	843 620	700 466	645 923	<b>- 174 261</b>	<b>- 21,2 %</b>
- Autres charges de gestion	297 403	364 868	291 432	386 241	376 750	1 277 804	<b>980 401</b>	<b>329,7 %</b>
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>6 889 386</b>	<b>4 434 660</b>	<b>4 032 826</b>	<b>4 104 827</b>	<b>1 643 316</b>	<b>3 714 760</b>	<b>- 3 174 626</b>	<b>- 46 %</b>
<i>Taux de marge brute*</i>	<i>6,35 %</i>	<i>4,13 %</i>	<i>3,76 %</i>	<i>3,73 %</i>	<i>1,49 %</i>	<i>3,25 %</i>		
+ Quote-part des subventions d'investissement transférées	92 839	118 133	168 278	156 829	107 368	103 643	<b>10 804</b>	<b>11,6 %</b>
- Dotations nettes aux amortissements	4 579 797	4 787 345	4 412 404	4 366 329	4 457 113	4 140 993	<b>- 438 804</b>	<b>- 9,6 %</b>
- Dotations nettes aux provisions	732 010	- 547 322	154 241	- 230 146	367 616	189 960	<b>- 542 050</b>	<b>- 74 %</b>
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>1 670 418</b>	<b>312 770</b>	<b>- 365 541</b>	<b>125 473</b>	<b>- 3 074 045</b>	<b>- 512 550</b>	<b>- 2 182 968</b>	<b>- 131 %</b>
+ Produits financiers réels (y c. gains de change)	0	0	5	5	5	5	<b>5</b>	<b>NC</b>
- Frais financiers nets réels	908 906	709 832	686 661	664 654	639 117	614 964	<b>- 293 942</b>	<b>- 32,3 %</b>
<b>Résultat courant</b>	<b>761 512</b>	<b>- 397 062</b>	<b>- 1 052 197</b>	<b>- 539 176</b>	<b>- 3 713 157</b>	<b>- 1 127 509</b>	<b>- 1 889 021</b>	<b>- 248 %</b>
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	527 179	597 321	815 354	624 271	1 254 114	456 569	<b>- 70 610</b>	<b>- 13,4 %</b>
+ Produits de cessions des éléments d'actifs	15 000	208 167	6 827	0	380 292	210 825	<b>195 825</b>	<b>1305,5 %</b>
- Charges exceptionnelles réelles	792 466	547 970	854 656	979 107	652 824	770 476	<b>- 21 990</b>	<b>- 2,8 %</b>
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	0	14 677	0	0	435 000	34 025	<b>34 025</b>	<b>NC</b>
<b>Résultat exceptionnel</b>	<b>- 250 287</b>	<b>242 841</b>	<b>- 32 475</b>	<b>- 354 836</b>	<b>546 582</b>	<b>- 137 107</b>	<b>113 180</b>	<b>45,2 %</b>
<b>Résultat net comptable</b>	<b>511 226</b>	<b>- 154 222</b>	<b>- 1 084 677</b>	<b>- 894 018</b>	<b>- 3 166 580</b>	<b>- 1 264 620</b>	<b>- 1 775 846</b>	<b>- 347 %</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement.

\* Taux de marge brute = marge brute d'exploitation/produits d'exploitation.

### Annexe n° 5. La variation du fonds de roulement et la capacité d'autofinancement

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Résultat net comptable	511 226	- 154 222	- 1 084 677	- 894 018	- 3 166 580	- 1 264 620
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	5 736 645	4 791 595	4 716 216	5 220 235	5 632 588	4 944 870
- Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (C 78)	424 838	551 572	149 571	1 084 052	807 860	613 917
+ Valeur nette des éléments d'actifs cédés	-	14 677	-	-	435 000	34 025
- Produits de cessions des éléments d'actifs	15 000	208 167	6 827	-	380 292	210 825
- Quote-part des subventions d'investissement transférées	92 839	118 133	168 278	156 829	107 368	103 643
<b>CAF / IAF BRUTE</b>	<b>5 715 194</b>	<b>3 774 178</b>	<b>3 306 863</b>	<b>3 085 336</b>	<b>1 605 488</b>	<b>2 785 889</b>
- Annuité en capital de la dette	666 055	618 051	629 358	605 235	587 807	596 147
<b>CAF / IAF NETTE (a)</b>	<b>5 049 139</b>	<b>3 156 127</b>	<b>2 677 505</b>	<b>2 480 101</b>	<b>1 017 681</b>	<b>2 189 742</b>
+ Apports en capital	1 000	-	-	6 551	-	-
+ Subventions d'équipement reçues	117 682	304 365	73 963	88 174	6 360	2 362 764
+ Produits de cession	15 000	208 167	6 827	-	380 292	210 825
+ Annulation de mandats sur exercices clos	231					
<b>= Recettes d'investissement hors emprunt (b)</b>	<b>133 913</b>	<b>512 532</b>	<b>80 790</b>	<b>94 725</b>	<b>386 651</b>	<b>2 573 589</b>
<b>= Financement propre disponible (a+b)</b>	<b>5 183 052</b>	<b>3 668 660</b>	<b>2 758 294</b>	<b>2 574 826</b>	<b>1 404 334</b>	<b>4 763 330</b>
- Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)	2 675 165	2 913 818	2 061 578	2 419 883	3 909 252	5 262 927
dont immobilisations incorporelles	161 957	300 663	256 472	147 855	158 987	232 465
dont terrains, constructions et agencements	-	-	17 701	28 876	451 748	-
dont autres immobilisations corporelles	1 828 293	2 156 508	1 447 701	1 320 063	1 285 725	1 978 466
dont immobilisations en cours	684 915	456 647	339 704	923 089	2 012 792	3 051 996
- Prises de participations nettes	-	-	-	-	-	- 15 000
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	-	- 1 476	- 341	- 759	-	-
<b>= Besoin (-) ou capacité (+) de financement propre</b>	<b>2 507 886</b>	<b>756 318</b>	<b>697 057</b>	<b>155 702</b>	<b>- 2 504 918</b>	<b>- 484 596</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement.

**Annexe n° 6. Le tableau de financement**

(en €)	intitulés	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>CAF</b>		<b>5 715 194</b>	<b>3 774 179</b>	<b>3 306 863</b>	<b>3 085 336</b>	<b>1 605 490</b>	<b>2 785 889</b>
Titre 1	Emprunts	10 292 453	0	0	0	0	0
Titre 2	Dotations et subventions	118 682	375 845	73 963	94 725	473 982	2 362 764
Titre 3	Autres ressources	15 231	209 643	7 968	759	380 292	225 825
<b>TOTAL DES RESSOURCES (A)</b>		<b>16 141 560</b>	<b>4 359 667</b>	<b>3 388 794</b>	<b>3 180 820</b>	<b>2 459 764</b>	<b>4 952 212</b>
IAF							
Titre 1	Remboursement dettes financières	10 958 508	618 051	629 358	605 235	587 807	596 147
Titre 2	Immobilisations	2 675 165	2 913 818	2 061 578	2 419 883	3 909 252	5 262 927
Titre 3	Autres emplois	0	71 480	800	0	467 623	0
<b>TOTAL DES EMPLOIS (B)</b>		<b>13 633 673</b>	<b>3 603 349</b>	<b>2 691 737</b>	<b>3 025 119</b>	<b>4 964 682</b>	<b>5 859 074</b>
<b>APPORT AU FOND DE ROULEMENT (A-B) OU PRÉLÈVEMENT SI (A-B) NÉGATIF</b>		<b>2 507 887</b>	<b>756 318</b>	<b>697 057</b>	<b>155 702</b>	<b>- 2 504 918</b>	<b>- 906 862</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers de l'établissement.

**Annexe n° 7. Tableau de financement prévisionnel**

	PRE 2019	PRE 2020	PRE 2021	PRE 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
CAF	4 748 875	5 339 114	5 774 061	6 006 645	6 117 128	6 094 044	6 126 730	6 215 537	6 321 608	6 440 729
Titre 1 - Emprunts	10 000 000	10 000 000	10 000 000							
Titre 2 - Dotations et subventions										
Titre 3 - Autres ressources										
<b>TOTAL ressources</b>	14 748 875	15 339 114	15 774 061	6 006 645	6 117 128	6 094 044	6 126 730	6 215 537	6 321 608	6 440 729
Titre 1 - Remboursement dettes financières	962 085	1 132 967	1 436 040	1 476 111	1 517 702	1 560 879	1 605 709	1 652 263	1 700 617	1 750 848
Titre 2 - Immobilisations	15 441 655	18 652 963	13 373 437	5 407 415	5 162 000	5 502 000	3 380 000	2 870 000	2 870 000	2 870 000
Titre 3 - Autres emplois										
<b>TOTAL emplois</b>	16 403 740	19 785 930	14 809 477	6 883 526	6 679 702	7 062 879	4 985 709	4 522 263	4 570 617	4 620 848
Fonds de roulement net global	23 742 857	19 296 041	20 250 625	19 383 743	18 821 170	17 852 334	18 993 355	20 686 629	22 437 621	24 257 502
<b>Apport ou prélèvement sur FRNG</b>	<b>- 1 654 855</b>	<b>- 4 446 816</b>	964 584	<b>- 876 881</b>	<b>- 562 574</b>	<b>- 968 835</b>	1 141 021	1 693 274	1 750 991	1 819 881
Prévisions PRE	<b>- 2 061 205</b>	<b>- 4 792 163</b>	1 284 597	<b>- 555 408</b>						

Source : chambre régionale des comptes à partir du plan global de financement pluriannuel de l'établissement.

### Annexe n° 8. Gains estimés sur l'application des actions du plan de retour à l'équilibre

IMPACT DU PRE SUR LE RESULTAT DU BUDGET H DE L'ETABLISSEMENT							
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	1 459 733 €	2 284 851 €	1 271 184 €	1 009 200 €	100 000 €	-	6 124 968 €
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	25 000 €	-	-	-	-	-	25 000 €
Titre 3 - Autres produits	-	-	-	-	-	-	0 €
<b>TOTAL Produits</b>	<b>1 484 733 €</b>	<b>2 284 851 €</b>	<b>1 271 184 €</b>	<b>1 009 200 €</b>	<b>100 000 €</b>	<b>0 €</b>	<b>6 149 968 €</b>
Titre 1 - Charges de personnel	178 433 €	-90 074 €	651 500 €	388 500 €	-25 000 €	-	1 103 359 €
Charges de personnel médical	90 267 €	-46 907 €	198 500 €	148 500 €	-	-	390 360 €
Charges de personnel non médical	88 167 €	-43 167 €	453 000 €	240 000 €	-25 000 €	-	713 000 €
Titre 2 - Charges à caractère médical	-110 000 €	-223 000 €	-111 000 €	-31 000 €	-	-	-475 000 €
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	23 000 €	-28 860 €	6 000 €	50 000 €	-	-	50 140 €
Titre 4 - Charges financières	-	28 600 €	-	-	-	-	28 600 €
<b>TOTAL Charges</b>	<b>91 433 €</b>	<b>-313 334 €</b>	<b>546 500 €</b>	<b>407 500 €</b>	<b>-25 000 €</b>	<b>0 €</b>	<b>707 099 €</b>
<b>IMPACT SUR LE RESULTAT H</b>	<b>1 393 300 €</b>	<b>2 598 185 €</b>	<b>724 684 €</b>	<b>601 700 €</b>	<b>125 000 €</b>	<b>0 €</b>	<b>5 442 869 €</b>
<b>IMPACT SUR LA MARGE BRUTE H</b>	<b>1 393 300 €</b>	<b>2 626 785 €</b>	<b>724 684 €</b>	<b>601 700 €</b>	<b>125 000 €</b>	<b>0 €</b>	<b>5 471 469 €</b>

Source : contrat de retour à l'équilibre du centre hospitalier d'Abbeville.

**Annexe n° 9. Financement du projet****Echelonnement prévisionnel des opérations, tranches 0 – 1 (HT)**

Exercice	Nature des opérations	Chiffrage
2014 au 31-12-2016	études	605 321 €
2017	études	1 251 642 €
2018	études	2 688 951 €
2019	o VRD/ dévoiement de réseau o installation de chantier o désamiantage o démolition de bâtiment o gros œuvre (fondation)	12 096 655 €
2020	o clos couvert o Hélistation	15 972 963 €
2021	o corps d'état secondaires o VRD o fin de mise en place SSI o Démolition du bâtiment X (Standard / PC de sécurité)	10 698 437 €
2022	achèvement des travaux	2 217 415 €
<b>TOTAL</b>		<b>45 531 384 €</b>

Source : plan global de financement pluriannuel 2018 du centre hospitalier d'Abbeville.

**Annexe n° 10. Glossaire – 1/2**

ABF :	Architecte des Bâtiments de France
AMA :	Assistant médico-administratif
AMO :	Assistance à maîtrise d'ouvrage
ARE :	Allocation d'aide au retour à l'emploi
ARS :	Agence régionale de Santé
ARU :	Anesthésie – Réanimation – Urgences
AS :	Aide-soignant
CAF :	Capacité d'autofinancement
CAMSP :	Centre d'action médico-social précoce
CDU :	Commission des usagers (ex CRUQPC)
CET :	Compte épargne-temps
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CME :	Commission médicale d'établissement
CNRACL :	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CREF :	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRUQPC :	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSE :	Comité social et économique
CSIRMT :	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CSP :	Code de la santé publique
CSPS :	Coordonnateur de sécurité et de protection de la santé
CSSI :	Coordination des systèmes de sécurité incendie
CTE :	Comité technique d'établissement
DAF :	Dotations annuelles de financement
DCE :	Dossier de consultation des entreprises
DEEE :	Déchets issus des équipements électriques et électroniques
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DIF :	Droit individuel à la formation
DIM :	Département d'information médicale
DNA :	Dotations non affectées
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD :	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP :	Equivalent temps plein
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
GIE :	Groupement d'Intérêt Economique
GVT :	Glissement vieillissement technicité
HAD :	Hospitalisation à domicile
HC :	Hospitalisation complète
HPST :	Hôpital Patients Santé Territoire
IDE :	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
MOA :	Maîtrise d'ouvrage
MAPA :	Marché à procédure adaptée
MCO :	Médecine – Chirurgie - Obstétrique
MIGAC :	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation

**Glossaire – 2/2**

MOE :	Maîtrise d'œuvre
MOP :	Maîtrise d'ouvrage publique
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPC :	Organisation, pilotage et coordination
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
PGFP :	Plan global de financement pluriannuel
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRE :	Plan de retour à l'équilibre
RESAH :	Réseau des acheteurs hospitaliers
SCM :	Société civile de moyens
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
TBFEPS :	Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé
TCAM :	Taux de croissance annuel moyen
UMCA :	Unité médico chirurgicale ambulatoire
VRD :	Voirie et réseaux divers





# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES SANS RÉPONSE

## CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE (Département de la Somme)

Exercices 2013 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- Mme Catherine Fivet : pas de réponse.
- M. Hervé Ducroquet : pas de réponse.
- M. Georges Nivesse : pas de réponse.
- Mme Corine Sénéschal : 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).





Les publications de la chambre régionale des comptes  
Hauts-de-France  
sont disponibles sur le site :

[www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-France](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-France)

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

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