



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES SANS RÉPONSE

## CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI

*dont enquête nationale sur la complémentarité  
et la concurrence des établissements de santé*

(Département du Nord)

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 8 juillet 2022.



## **AVANT-PROPOS**

Le présent rapport d'observations définitives, une fois délibéré, est adressé aux représentants légaux des collectivités ou organismes contrôlés afin qu'ils apportent, s'ils le souhaitent, une réponse qui a vocation à l'accompagner lorsqu'il sera rendu public. C'est un document confidentiel réservé aux seuls destinataires, qui conserve un caractère confidentiel jusqu'à l'achèvement de la procédure contradictoire. Sa divulgation est donc interdite, conformément à l'article L. 241-4 du code des juridictions financières.



## **TABLE DES MATIÈRES**

SYNTHÈSE .....	3
RECOMMANDATIONS .....	4
INTRODUCTION .....	6
1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	7
1.1 L'hôpital de référence du Cambrésis .....	7
1.2 Le territoire d'attractivité de l'hôpital .....	8
1.3 Les coopérations sanitaires .....	9
1.3.1 Le groupement hospitalier de territoire « Hainaut-Cambrésis » .....	10
1.3.2 La coopération avec l'hôpital du Cateau-Cambrésis .....	12
1.3.3 Les autres partenariats public-privé .....	13
2 L'OFFRE DE SOINS .....	16
2.1 L'impact de la crise sanitaire .....	17
2.2 Les urgences .....	18
2.3 La médecine .....	19
2.4 La chirurgie .....	20
2.4.1 La chirurgie ambulatoire .....	21
2.4.2 La chirurgie en hospitalisation complète .....	22
2.4.3 La prise en charge des patients à risques .....	23
2.5 La cancérologie .....	24
2.6 Le pôle « mère-enfant » .....	24
3 LE PILOTAGE DE L'ÉTABLISSEMENT .....	27
3.1 La gouvernance .....	27
3.1.1 Les instances de pilotage .....	27
3.1.2 Les documents stratégiques .....	28
3.2 L'audit et le contrôle interne .....	31
3.2.1 Le programme des cartes d'achat .....	31
3.2.2 Les autres dispositifs de contrôle et d'audit .....	35
4 LA FIABILITÉ DES COMPTES .....	37
4.1 La certification .....	37
4.2 Le suivi patrimonial .....	38
4.3 Les comptes transitoires ou d'attente .....	38
4.4 Le remboursement des prestations entre établissements .....	39
4.5 Le principe de prudence et la constitution des provisions .....	39
4.5.1 Les provisions pour jours sur compte épargne-temps .....	39
4.5.2 Les provisions pour créances .....	40
4.5.3 Les provisions pour contentieux .....	40
4.6 La qualité de l'information financière .....	41
5 LES FINANCES .....	43
5.1 Le résultat financier .....	43

5.2 La capacité de financement .....	44
5.3 Le budget principal .....	47
5.4 Le budget de l'EHPAD .....	48
5.5 Le pilotage de la masse salariale .....	49
5.6 La trajectoire financière .....	50
5.6.1 La restauration des capacités de financement .....	51
5.6.2 La stratégie médico-économique 2022-2026 .....	52
ANNEXES .....	54

## **SYNTHÈSE**

Le centre hospitalier de Cambrai (Nord) est le troisième établissement public de santé du Hainaut-Cambrésis après ceux de Valenciennes et de Maubeuge. Il garantit une offre de soins étendue (médecine, chirurgie, obstétrique, gériatrie, psychiatrie) à la population du Cambrésis, qui présente par ailleurs des besoins de santé importants. Il gère un budget consolidé de 133 M€ en 2020, emploie 1 638 agents, dont 223 médecins, pour 751 lits et 81 places autorisés.

### ***Son offre de soins sur le Cambrésis***

Le centre hospitalier concentre la majeure partie de l'activité de médecine, mais il ne réalise que près d'un tiers des actes de chirurgie, d'obstétrique et de cancérologie sur le Cambrésis. L'établissement développe plusieurs coopérations pour renforcer son offre de soins. Sa direction est partagée, depuis 2014, avec le centre hospitalier du Cateau-Cambrésis qui coordonne, par exemple, l'activité d'addictologie pour l'ensemble de l'arrondissement. Un partenariat avec la clinique Sainte-Marie porte sur l'urologie et la cancérologie, et il pourra être étendu à l'obstétrique et à la gynécologie.

Les établissements publics de Valenciennes et de Lille assurent la prise en charge des cas les plus complexes. Depuis 2016, le groupement hospitalier de territoire cherche à organiser les filières médicales et les mutualisations, mais la participation du centre hospitalier de Cambrai aux projets numériques du groupement apparaît limitée.

### ***La gestion de l'hôpital***

Jusqu'en 2021, année de renouvellement de la commission médicale d'établissement, le centre hospitalier a connu une crise de sa gouvernance médicale qui a eu notamment des répercussions sur la certification de l'hôpital par la Haute autorité de santé en 2019. Pour renforcer son pilotage, il gagnerait à s'appuyer sur les outils prévus par le code de la santé publique, à savoir l'évaluation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et du projet d'établissement, ainsi que la mise en place d'une comptabilité analytique.

La fiabilité des comptes n'est pas assurée pour les exercices 2018 et 2019, mais la mise en place de la certification des comptes à partir de l'exercice 2020 y remédie. Toutefois, un contentieux fiscal de l'ordre de 17 M€ constitue un risque financier important pour l'établissement, en l'absence de provisionnement. Des défaillances de contrôle interne ont également été relevées par la chambre.

Le centre hospitalier fait face à une situation financière particulièrement tendue, qui continue à se dégrader. À la fin 2021, la situation reste préoccupante. Son autofinancement ne lui permet pas de couvrir la charge de sa dette et le déficit consolidé s'élève à 1,7 M€. Son financement par prélèvement sur son fonds de roulement atteint ses limites. Les mécanismes de soutien de l'État accordés durant la crise sanitaire ne suffisent pas à améliorer sa trajectoire financière, ce qui devrait l'amener à réinterroger sa stratégie médico-économique.

## RECOMMANDATIONS

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

### Rappels au droit (régularité)

	<i>Totalement mis en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mis en œuvre</i>	<i>Page</i>
<b>Rappel au droit n°1</b> : établir le rapport d'activité annuel et le présenter au conseil de surveillance, en application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.				X	31
<b>Rappel au droit n° 2</b> : fiabiliser le suivi patrimonial conformément aux préconisations de la nomenclature M21, en application de l'article 53 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.				X	38
<b>Rappel au droit n° 3</b> : établir les conventions de mise à disposition auprès d'organismes extérieurs et fiabiliser les flux comptables inhérents.				X	39

\* Voir notice de lecture en bas de page.

<i>NOTICE DE LECTURE</i>	
<i>SUR L'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DES RAPPELS AU DROIT ET DES RECOMMANDATIONS</i>	
<i>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.</i>	
<b>Totalement mise en œuvre</b>	L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre la totalité des actions ou un ensemble complet d'actions permettant de répondre à la recommandation, même si les résultats escomptés n'ont pas encore été constatés.
<b>Mise en œuvre en cours</b>	L'organisme contrôlé affirme avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires au respect de la recommandation et indique un commencement d'exécution. L'organisme affirme, de plus, avoir l'intention de compléter ces actions à l'avenir.
<b>Mise en œuvre incomplète</b>	L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires sans exprimer d'intention de les compléter à l'avenir.
<b>Non mise en œuvre</b>	Trois cas de figure : - l'organisme contrôlé indique ne pas avoir pris les dispositions nécessaires mais affirme avoir l'intention de le faire ; - ou il ne précise pas avoir le souhait de le faire à l'avenir ; - ou il ne fait pas référence, dans sa réponse, à la recommandation formulée par la chambre.

### Recommandations (performance)

	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
<b>Recommandation n° 1</b> : procéder au suivi annuel du projet d'établissement et des contrats de pôle.				X	30
<b>Recommandation n° 2</b> : émettre un titre de recettes pour l'intégralité des dépenses effectuées sans justificatif avec la carte d'achat n° 8709.				X	33
<b>Recommandation n° 3</b> : adopter le règlement interne du programme des cartes d'achat précisant les conditions d'utilisation par les titulaires, et l'annexer à la charte d'engagement signée par chaque titulaire.				X	34
<b>Recommandation n° 4</b> : réaliser le compte de résultat analytique.				X	35
<b>Recommandation n° 5</b> : établir une convention de facturation interne entre le budget principal et les budgets annexes et fiabiliser les flux comptables inhérents.				X	39

## INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Cambrai (Nord) pour les années 2017 et suivantes a été ouvert par lettres du président de la chambre, adressées le 8 juillet 2021 à M. Philippe Legros, directeur général en fonctions et ordonnateur, ainsi que, pour information, à M. François-Xavier Villain, président du conseil de surveillance.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 24 janvier 2022 avec M. Legros.

La chambre, dans sa séance du 8 février 2022, a formulé des observations provisoires transmises à l'ordonnateur par courrier du 22 mars. À la même date, des extraits ont été adressés à l'agence régionale de santé et à divers tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre dans sa séance du 8 juillet 2022, a arrêté les observations définitives suivantes. Celles-ci s'inscrivent, notamment, dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières relative à la concurrence et à la complémentarité entre les établissements de santé publics et privés et portent également sur la gouvernance de l'établissement, le contrôle interne, la fiabilité des comptes et sa situation financière.

# 1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

## 1.1 L'hôpital de référence du Cambrésis

Le centre hospitalier de Cambrai est l'établissement de référence du territoire du Cambrésis. Ses services de chirurgie, d'obstétrique et de médecine, dont une unité de soins de longue durée (USLD), se situent au cœur de la ville. Inauguré en 1968, le bâtiment principal a bénéficié d'une rénovation importante sur le même site entre 2007 et 2012<sup>1</sup>.

Plusieurs entités du centre hospitalier sont implantées sur des sites annexes : un institut de formation en soins infirmiers ; les unités de suivi psychiatrique réparties sur l'ensemble de l'arrondissement de Cambrai ; un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, composé de plusieurs résidences localisées à Cambrai qui ont une activité complémentaire au service de gériatrie<sup>2</sup>. Le programme de rénovation 2007-2012 n'a pas concerné les structures de l'unité de soins de longue durée, de gériatrie et de psychiatrie. Ces bâtiments, moins adaptés à l'activité de soins, nécessiteraient une remise aux normes dans les prochaines années. Le centre hospitalier gagnerait à engager un recensement des besoins de travaux pour évaluer, avec les autorités de tutelle, le coût de cette opération.

L'établissement regroupe des capacités de soins importantes avec 1 638 agents, soit 1 538 équivalents temps plein rémunéré (ETPR<sup>3</sup>), répartis entre le personnel médical (110 ETPR), le personnel soignant (1 036 ETPR) et les autres agents (392 ETPR).

Sur son site principal, l'hôpital a ouvert, en 2014, un centre de santé libéral, dans lequel les praticiens peuvent utiliser des locaux de consultation, et, depuis 2016, une maison médicale de garde a été installée à proximité du service des urgences. Cette structure de médecine générale accueille des médecins libéraux pour répondre aux besoins non programmés.

---

<sup>1</sup> Ce programme de travaux, qui a fait l'objet d'un contrôle de la chambre régionale des comptes Hauts-de-France en 2014, est resté inachevé faute de financement suffisant. *Chambre régionale des comptes Hauts-de-France, rapport d'observations définitives – exercices 2006-2012, relatif au centre hospitalier de Cambrai, 2014.*

<sup>2</sup> Il s'agit, pour les trois secteurs de psychiatrie générale, de l'hôpital de jour « l'Orangerie », et de cinq centres médico-psychologiques situés sur Cambrai, Rieux-en-Cambrésis, Caudry, Le Cateau-Cambrésis et Solesmes et pour l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile, d'un hôpital de jour « Les Petits Cygnes » sur Caudry, d'un centre de crise « Le Passage », et de trois centres médico-psychologiques sur Cambrai, Le Cateau-Cambrésis et Caudry ainsi qu'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Pour la gériatrie, l'hôpital assure la gestion des résidences « Godeliez », « Bolvin », « Vanderburch » et « Louis Pasteur ». Seul le pavillon Saint-Julien est intégré au site principal.

<sup>3</sup> L'équivalent temps plein rémunéré (ETPR), notion définie par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) est proportionnel à l'activité d'un agent, mesurée par sa quotité de temps de travail et par sa période d'activité sur l'année.

## 1.2 Le territoire d'attractivité de l'hôpital

L'hôpital de Cambrai se situe au sein du territoire de démocratie sanitaire<sup>4</sup> du Hainaut qui compte 991 500 habitants. La zone de répartition de ses activités de soins est celle du Cambrésis, qui correspond à l'arrondissement de Cambrai, soit à une population de 161 200 habitants. Près de 85 % de ses séjours de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (soit 18 800 sur 22 200 en 2019) concernent les habitants de la zone de santé du Cambrésis. 15 % de ses patients proviennent des communes limitrophes situées sur les autres zones de santé d'Arras, de Douai, de Valenciennes, de Saint-Quentin et de Péronne.

La structure démographique par âge de la zone de santé est proche des moyennes nationales. Les projections démographiques tablent sur une forte croissance des plus de 65 ans, malgré le maintien du taux de natalité à 13,4 %. Les indicateurs socio-économiques de la population restent peu favorables, avec une part importante qui occupe un emploi précaire (25 %) ou qui est sans-emploi (14 %)<sup>5</sup>.

Le Cambrésis présente des taux de mortalité prématurée supérieurs à la moyenne nationale avec un indice comparatif de mortalité<sup>6</sup> de 143,4. Ce territoire fait partie des douze zones de proximité<sup>7</sup> en France dont l'indice de mortalité « toutes causes » dépasse 125 qui se situent toutes au sein de la région Hauts-de-France. Le Cambrésis se caractérise, en particulier, par une mortalité élevée pour les femmes, avec un écart significatif par rapport à la moyenne départementale. Si les indicateurs de santé tendent globalement à s'améliorer, la situation sanitaire des 15-34 ans s'aggrave par rapport à la moyenne nationale<sup>8</sup>.

Le diagnostic de santé établi par l'agence régionale de santé Hauts-de-France en 2018 met en évidence des besoins de santé différenciés pour les deux agglomérations du territoire. Les actions de prévention pourraient être renforcées sur l'agglomération de Cambrai, alors que celle du Caudrésis et du Catésis nécessiterait en priorité des investissements sur le système de soins.

---

<sup>4</sup> Les territoires de démocratie sanitaire (article R. 1434-29 du code de la santé publique) sont le niveau de « mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales », tandis que les « objectifs quantifiés pour chaque activité ou équipement matériel lourd » se répartissent par zones du schéma régional de santé (articles R 1434-30 à R. 1434-32 du même code). Les territoires de démocratie sanitaire ont été fixés par décision du directeur général de l'Agence régionale de santé Hauts-de-France du 28 octobre 2016 sur lesquels sont constitués un conseil territorial de santé (CTS).

<sup>5</sup> Source : INSEE, 2018.

<sup>6</sup> Les données ici présentées sont les dernières disponibles en fonction du traitement statistique réalisé par l'observatoire régional de la santé du social (OR2S) qui recalcule ces indices pour la zone de proximité du Cambrésis sur les périodes 1999-2006, 2007-2012 et 2010-2013.

<sup>7</sup> Observatoire régional de santé Nord - Pas-de-Calais, cartographie de la mortalité toute cause, période 2008-2011, traitement IGN, CépiDC, décembre 2014.

<sup>8</sup> Agence régionale de santé Hauts-de-France - observatoire régional de la santé et du social (OR2S), *Diagnostic territorialisé de santé, 2018*.

L'offre de soins du Cambrésis reste structurellement inférieure en moyenne par rapport à la région Hauts-de-France et à la France métropolitaine<sup>9</sup>, et elle connaît une transition démographique accélérée pour la médecine de ville. Ainsi, 75 communes de l'arrondissement ne disposent plus de médecin généraliste<sup>10</sup> et 63 % des médecins de ville avaient plus de 60 ans en 2020. Les acteurs de santé du Cambrésis parviennent à stabiliser, voire à améliorer, l'implantation des professionnels de santé, malgré cette démographie médicale défavorable. C'est pourquoi, contrairement aux autres zones de proximité du Hainaut, l'agence régionale de santé ne classe pas le Cambrésis en zone d'intervention prioritaire pour les dispositifs de soutien à l'installation des praticiens mais en zone d'actions complémentaires<sup>11</sup>.

### **1.3 Les coopérations sanitaires**

Le Cambrésis dispose d'un maillage hospitalier dense. À proximité de Cambrai, se situent, en effet, les hôpitaux de Douai (24 km), du Cateau-Cambrésis (25 km), Valenciennes (29 km), Arras (36 km), Saint-Quentin (37 km). Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille se situe à 52 km.

Le centre hospitalier participe à cinq types de coopération sur le territoire de proximité du Cambrésis, selon les principes énoncés dans son projet d'établissement : répondre à des besoins de santé et aux besoins des patients en privilégiant la proximité ; travailler dans une logique de complémentarité et non de concurrence ; avoir un objectif de développement de l'activité au travers des partenariats. La chambre en a examiné les dispositions principales.

---

<sup>9</sup> La densité de médecins pour 100 000 habitants est de 90,1 sur le territoire de démocratie sanitaire, contre 90,6 pour la région Hauts-de-France et 91,8 pour la France métropolitaine – source : agence régionale de santé Hauts-de-France - observatoire régional de la santé et du social (OR2S), Diagnostic territorialisé de santé, 2018.

<sup>10</sup> Source : Caisse primaire d'assurance maladie.

<sup>11</sup> Au regard de la situation constatée en 2016.

### **Les structures de coopérations sanitaires**

La **direction commune**, prévue par le décret n° 2005-920 du 2 août 2005, constitue un regroupement d'établissements publics de santé, qui conservent leur personnalité juridique tout en partageant une même équipe de direction. La direction peut être partagée dans le cadre d'un intérim temporaire.

Les établissements concernés conservent leur autonomie juridique et financière et les liaisons opérationnelles qui pourront se nouer entre eux devront s'appuyer sur les dispositifs juridiques existants pour les partenariats. Chaque établissement maintient également des instances propres (conseil de surveillance, directoire, conférence médicale d'établissement...).

Le **groupement hospitalier de territoire (GHT)** est défini à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique : *« II.- Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. »* Ces structures couvrent l'ensemble du territoire national.

Le **groupement de coopération sanitaire (GCS)** prévu à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique est le support juridique pour mutualiser des activités (logistique, administrative, technique, médicotechnique, recherche et enseignement) ou pour assurer en commun la gestion d'un équipement ou d'un site.

### **1.3.1 Le groupement hospitalier de territoire « Hainaut-Cambrésis »**

#### 1.3.1.1 Les fonctions assurées par l'établissement support (centre hospitalier de Valenciennes)

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) du Hainaut-Cambrésis, créé en 2016, comporte douze établissements publics pour un budget consolidé de l'ordre de 933 M€ et un effectif total de plus de 730 personnels médicaux, avec près de 3 000 lits et places, dont près de 2 170 en médecine, chirurgie et obstétrique. Chaque année, les instituts de formation en soins infirmiers de Valenciennes, Cambrai et Maubeuge accueillent près de 600 élèves et étudiants. Le centre hospitalier de Cambrai est le troisième établissement de cet ensemble, après ceux de Valenciennes et de Maubeuge.

Le projet médical partagé (PMP), adopté par le groupement en 2017, après concertation avec les établissements-membres, pour une durée de cinq ans, comporte sept filières prioritaires : vasculaire, plaies et cicatrisation, addictologie, cancérologie, gynécologie et obstétrique, gériatrie et psychiatrie. Des filières préexistantes sont déjà opérationnelles : la cardiologie interventionnelle, les interventions neuro-vasculaires et la périnatalité (avec la maternité niveau 3 du centre hospitalier de Valenciennes). L'agence régionale de santé engage des appels à projet pour le déploiement des autres filières, dont celle dédiée aux plaies et cicatrisations pilotée par le centre hospitalier de Cambrai. L'objectif est d'organiser ces parcours de soins au sein des trois zones de proximité (Cambrésis, Sambre-Avesnois et Valenciennois), en tenant compte des spécificités locales.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2024 de l'établissement-support du GHT donne la priorité à la convergence des systèmes d'information des laboratoires et à la consolidation des fonctions mutualisées (achats, informatique).

Les achats du centre hospitalier de Cambrai sont, ainsi, intégrés au fur et à mesure des renouvellements des contrats au sein de groupements de commandes portés par l'hôpital de Valenciennes. Cependant, il n'a pas été destinataire du plan d'action des achats du groupement prévu à l'article R. 6132-16 du code de la santé publique. Si plusieurs segments d'achats sont couverts par un plan sectoriel, ce qui permet normalement d'anticiper l'analyse des besoins et la programmation des procédures, la direction des achats de l'hôpital de Cambrai n'y est toutefois pas associée. Sur près de 1 000 procédures de mise en concurrence nécessaires au fonctionnement de l'hôpital de Cambrai, le GHT assure la gestion de 19 % d'entre elles. L'analyse économique réalisée par la direction des achats de l'établissement-support peut le conduire à orienter des familles d'achat vers des groupements d'achat régionaux ou nationaux déjà existants<sup>12</sup>, mais il a pu également tenir compte des spécifications attendues par chaque établissement. C'est le cas pour les prestations d'ambulance, pour lesquelles un allotissement géographique peut se justifier par les distances entre les établissements. De la même manière, le contrat de reprographie, commun aux hôpitaux de Cambrai et du Cateau-Cambrésis, demeure réservé à un établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Le centre hospitalier de Cambrai conserve la gestion de l'exécution des contrats.

Outre la mutualisation des achats informatiques, l'établissement-support de Valenciennes initie deux projets d'infrastructures numériques (une plate-forme d'échange de données et des outils d'analyse biologique). Ceux-ci rencontrent des difficultés importantes de déploiement et une participation limitée de l'hôpital de Cambrai. Par ailleurs, l'établissement n'adhère pas au groupement de coopération sanitaire (GCS) Sambre Hainaut Artois Biologie, créé en décembre 2021, qui est constitué par les laboratoires des centres hospitaliers de Valenciennes et de Sambre-Avesnois, et de trois laboratoires du groupe de santé « Filieris ».

#### 1.3.1.2 Un projet de groupement spécifique au Cambrésis

Les conseils de surveillance des établissements du Cateau-Cambrésis et de Cambrai ont adopté le principe de la création d'un groupement hospitalier de territoire spécifique au Cambrésis, ce qui les conduirait à sortir du groupement hospitalier de territoire du Hainaut. Leur demande, transmise au directeur général de l'agence régionale de santé, reste à l'état de projet à ce jour.

---

<sup>12</sup> L'ensemble des achats de médicaments (32 % des procédures) passent par le groupement régional « PHARMA », le matériel médical (14 % des procédures) par le groupement national « UNIHA » et les achats informatiques par le groupement de coopération sanitaire « AMETIC » ou par la centrale d'achat de l'informatique hospitalière (CIAH). Cinq autres groupements sont aussi utilisés pour des familles d'achats hospitaliers spécifiques.

Cette initiative fait suite à la parution des décrets du 27 mai 2021<sup>13</sup> qui visent à renforcer l'intégration d'un groupement hospitalier de territoire autour de l'établissement support. Les hôpitaux du Cambrésis font aussi valoir l'absence d'association des établissements privés de santé au groupement hospitalier de territoire actuel<sup>14</sup>, bien que ceux-ci représentent près de 40 % de l'activité sur l'ensemble du Hainaut-Cambrésis.

### 1.3.2 La coopération avec l'hôpital du Cateau-Cambrésis

Depuis 2014, le directeur général de l'hôpital de Cambrai assure l'intérim de direction sur l'établissement du Cateau-Cambrésis<sup>15</sup>. Avec 416 agents et 121 lits, ce dernier comprend quatre pôles de médecine, de chirurgie et d'obstétrique<sup>16</sup> et répond aux besoins de santé les plus courants au sein de sa zone d'attractivité sur l'agglomération du Caudrésis et du Catésis. L'activité de cet établissement est plus recentrée que celle du centre hospitalier de Cambrai : 80 % de ses actes portent sur une trentaine de pathologies. Depuis 2007, trois structures privées sont intégrées sur le même site : la clinique des Hêtres avec cinq spécialités chirurgicales<sup>17</sup>, un centre d'imagerie médicale libéral et une maison médicale de garde. Cet ensemble constitue le pôle de santé du Pays de Matisse.

La coopération renforcée entre les deux hôpitaux publics repose sur quatre axes : un groupement de coopération sanitaire (GCS) « pôle du Pays de Matisse », la répartition de l'activité médicale, l'harmonisation des pratiques médicales et la gestion des ressources humaines.

Constitué en 2019, le GCS « pôle du Pays de Matisse » associe, outre les hôpitaux de Cambrai et du Cateau-Cambrésis, la clinique des Hêtres. Il concerne la chirurgie, mais aussi l'anesthésie, avec une équipe commune d'infirmiers-anesthésistes. Les établissements prévoient d'intégrer à ce groupement la chirurgie viscérale et ortho-traumatologique.

---

<sup>13</sup> Ces décrets sont pris en application de l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital et le décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement. Ces décrets prévoient notamment que les recrutements des chefs de pôles médicaux soient réalisés de manière conjointe par le président de la commission médicale du groupement et le directeur de l'établissement membre.

<sup>14</sup> Le code de la santé publique prévoit que les établissements privés de santé peuvent être associés aux groupements hospitaliers de territoire.

<sup>15</sup> Cet intérim relève des dispositions de l'article 6 du décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>16</sup> Médecine – urgence ; Mère – enfant ; addictologie ; gériatrie.

<sup>17</sup> Un service comprend la chirurgie viscérale, gynécologique et vasculaire. Un second service porte sur la chirurgie orthopédique et traumatologique.

Sur le plan médical, des fédérations médicales inter-hospitalières sont mises en place pour la maternité en 2015, la pédiatrie en 2016 et les urgences en 2017. Les équipes médicales organisent en commun des consultations pour le traitement de la douleur et pour la chirurgie. Le « groupement gériatrique de coordination du Cambrésis-Catésis », piloté par le centre hospitalier du Cateau-Cambrésis, est le point d'appui de la labellisation de la filière gériatrique en 2021. La zone de proximité comprend vingt-six établissements d'hébergement pour personnes âgées et des établissements privés pour adultes dépendants.

Cette coopération conduit à répartir entre les deux établissements la prise en charge de certains types de pathologies spécifiques. Ainsi, les cures d'alcoologie de niveau 1 en hôpital de jour sont assurées par le centre hospitalier du Cateau-Cambrésis pour l'ensemble du Cambrésis.

La gestion croisée des ressources humaines concerne le personnel médical, notamment les équipes en anesthésie, et le personnel administratif. Une directrice déléguée assure l'encadrement des équipes administratives. Plusieurs directions de l'hôpital de Cambrai apportent un appui aux équipes du Cateau-Cambrésis.

Afin de poursuivre le développement de ces initiatives, le centre hospitalier de Cambrai pourrait utilement définir, en concertation avec celui du Cateau-Cambrésis, un schéma pluriannuel de mutualisation et de coopération au sein du prochain projet d'établissement. Le rapport d'activité annuel pourrait aussi comprendre un bilan des activités communes, qui en détaillerait la comptabilité.

### **1.3.3 Les autres partenariats public-privé**

L'hôpital de Cambrai s'appuie sur plusieurs partenariats, avec des établissements ou avec des réseaux professionnels, pour renforcer son offre de soins.

La principale coopération concerne la clinique Sainte-Marie<sup>18</sup>, qui est le deuxième acteur de santé du Cambrésis. Cet organisme comprend, notamment, un service de chirurgie qui traite dix spécialités chirurgicales, des services d'anesthésie et d'imagerie médicale, une maternité de niveau 2A et un service de néonatalogie, un service de diabétologie et un centre de l'obésité labellisé en 2021. Le service d'oncologie-chimiothérapie a pour ambition de devenir un pôle référent en cancérologie pour le territoire. 80 % de l'activité de cet établissement se concentre sur 37 types de pathologies. Les deux établissements sont associés au sein du groupement d'imagerie médicale du Cambrésis, constitué avec le cabinet libéral de radiologie Saint-Pol.

---

<sup>18</sup> La clinique Sainte-Marie est devenue un établissement de santé privé sans but lucratif à la suite de son intégration en 2012 au groupe des hôpitaux de l'institut catholique de Lille, qui lui confère le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). À ce titre, les actes d'hospitalisation sont facturés uniquement aux tarifs conventionnels de secteur 1.

L'hôpital de Cambrai indique avoir défini un partenariat en 2017 avec cet établissement<sup>19</sup>. Sur plusieurs disciplines médicales, les praticiens répartissent leur activité entre les deux structures. Toutefois, le centre hospitalier de Cambrai n'a transmis à la chambre aucun document relatif au bilan de ce partenariat, qui pourra faire l'objet d'une évaluation dans le cadre du CPOM 2019-2024.

Pour répondre à la saturation de ses capacités d'accueil sur les soins de suite et de réadaptation et sur les soins palliatifs, l'hôpital de Cambrai a également mis en place un partenariat avec la clinique Saint-Roch et avec un centre associatif situé à Biastre ; et il est membre du réseau de santé « Rescom-Cambrésis » pour la coordination des soins palliatifs.

L'ensemble des acteurs de santé du Cambrésis travaillent, par ailleurs, avec le CHU de Lille pour favoriser l'accueil des praticiens hospitaliers à l'issue de leurs études de médecine. Ces actions restent ponctuelles, alors qu'elles paraissent démontrer leur efficacité pour assurer le remplacement des praticiens partant à la retraite dans certaines spécialités (dermatologie, chirurgien-dentiste...).

Pour les personnels infirmiers, le Cambrésis bénéficie d'une forte implantation liée à l'institut de formation en soins infirmiers de Cambrai (IFSI), qui déploie une offre de formation continue en partenariat avec l'ensemble des acteurs de santé. Depuis 2019, il propose des formations en pratiques avancées<sup>20</sup>, mais celles-ci ont un impact limité (un infirmier en psychiatrie pour 2022). Cet effort pourrait être poursuivi en élargissant l'éventail des formations proposées pour répondre aux enjeux de santé et de prévention sur le territoire, et en incluant cette dimension au sein des contrats et projets de santé.

Deux initiatives viennent aussi renforcer cette coopération. D'une part, la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)<sup>21</sup>, dont le projet de santé a été écrit en 2020, regroupe les professionnels libéraux de santé, ainsi que les établissements de santé. La CPTS s'est mobilisée à l'occasion de la crise sanitaire pour suivre le déploiement des tests et de la vaccination, et elle prévoit à présent le recrutement d'un coordinateur. D'autre part, les collectivités territoriales de l'arrondissement ont engagé en 2021 l'élaboration d'un contrat local de santé. Le centre hospitalier commence à être associé à ces deux démarches, sans pouvoir en être un élément moteur. Pour renforcer la cohérence entre ces différentes coopérations sanitaires, celles-ci pourraient s'inscrire au sein d'un projet territorial de santé du Cambrésis, qui a vocation à relier l'ensemble des dispositifs existants<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Ce partenariat porte sur une analyse en commun des coopérations en cours et des projets potentiels (soins palliatifs, éducation thérapeutique...) ; la présentation des projets de développement de chacune des structures ; l'avenir des spécialités au sein de chaque établissement ; la construction d'un partenariat basé sur la complémentarité ; le champ des coopérations, en particulier dans le cadre de la filière cancérologie et de la filière « mère-enfant ».

<sup>20</sup> L'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux introduit par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et par le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 créant le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (IPA). Cet exercice professionnel reste conditionné à un médecin référent.

<sup>21</sup> L'article L. 1434-12 du code de la santé publique, issu de la loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016, fixe les modalités d'organisation de cette instance qui doit élaborer un projet de santé.

<sup>22</sup> Le projet territorial de santé est un dispositif de coordination de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Ce dispositif est défini aux articles L. 1434-10 et D. 1434-40-1 du code de la santé publique, créé par le décret n° 2020-229 du 9 mars 2020 en application de la loi du 14 juillet 2019 « Ma santé 2022 ».

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Le centre hospitalier de Cambrai est un hôpital généraliste. En médecine, en chirurgie et en obstétrique, il assure près d'un tiers de l'offre de soins sur le Cambrésis, dont la population présente des besoins de santé élevés. Les bâtiments de la psychiatrie et de la gériatrie, qui n'ont pas fait l'objet d'une réhabilitation récente, sont à présent moins adaptés.*

*Il organise de nombreuses coopérations sanitaires, qui structurent la complémentarité de l'offre de soins des établissements de santé du Cambrésis. Une direction partagée avec le centre hospitalier du Cateau-Cambrésis est, notamment, mise en place depuis 2014. L'hôpital de Cambrai intègre à ce titre le groupement de coopération sanitaire du Pays de Matisse déjà constitué avec la clinique des Hêtres, avec l'objectif de renforcer les interventions des équipes d'anesthésistes sur les établissements du Cateau-Cambrésis.*

*Il est membre, depuis 2016, du groupement hospitalier de territoire du Hainaut-Cambrésis. Malgré des avancées sur la mutualisation des achats et l'élaboration d'un projet médical partagé, sa participation aux initiatives numériques du groupement apparaît, à ce jour, limitée.*

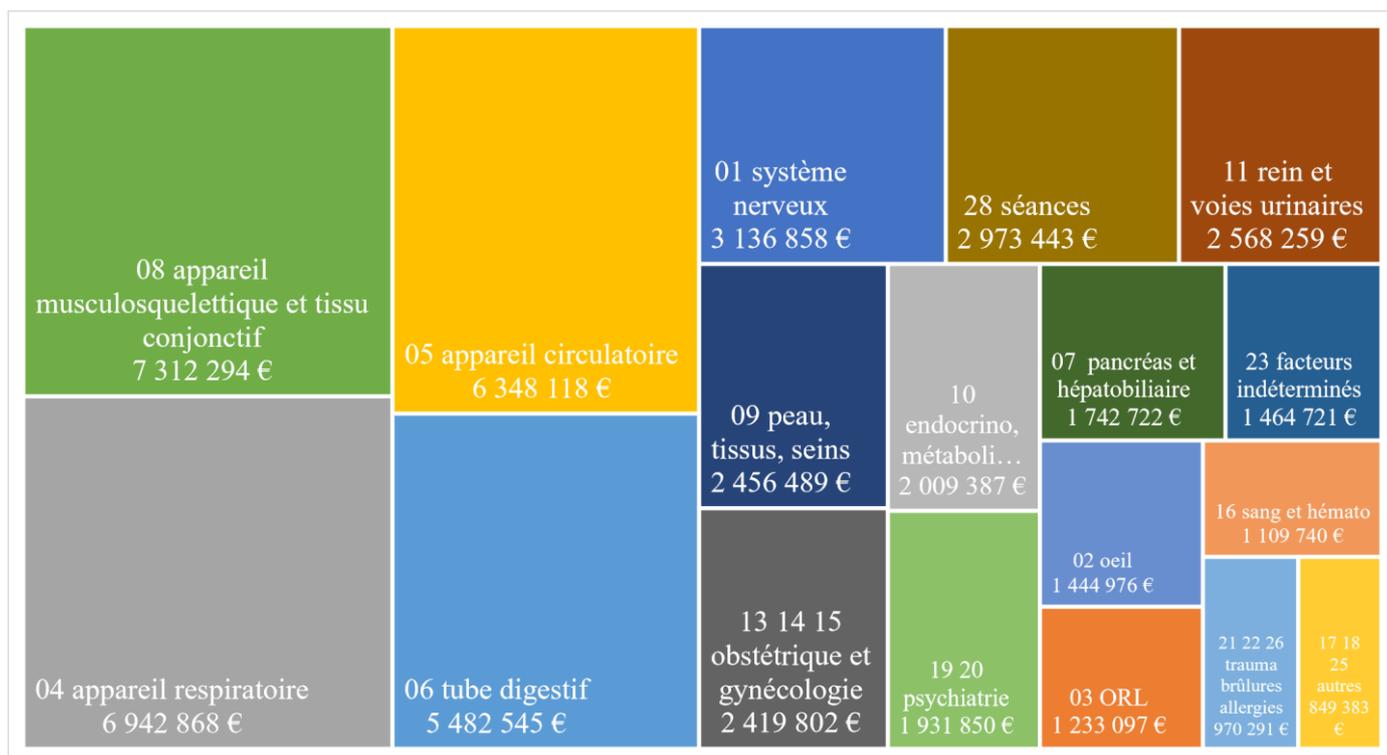
---

## 2 L'OFFRE DE SOINS

Le centre hospitalier de Cambrai accueille chaque année plus de 21 000 séjours<sup>23</sup>, 25 000 passages aux urgences et près de 9 000 séances (principalement d'hémodialyses) pour une recette de soins annuelle de 53 M€ en 2019. Son offre est importante en pneumologie, en gastro-entérologie, en cardiologie et en diabétologie. En tant qu'établissement généraliste, il assure le suivi d'une grande diversité de pathologies (avec 391 groupes différents). 80 % des séjours se répartissent sur 134 groupes d'activités<sup>24</sup>.

Le centre hospitalier de Cambrai est l'établissement le plus attractif du Cambrésis. Après avoir connu une forte croissance de son activité entre 2013 et 2016, l'établissement reste dynamique en chirurgie, mais connaît des évolutions plus contrastées en médecine et en obstétrique. Il fait face à un niveau de concurrence élevé, notamment en chirurgie. Au sein de sa zone d'attractivité, son activité en médecine, en chirurgie et en obstétrique (MCO) ne représente que 38 % des prises en charge des patients en 2020.

Schéma n° 1 : Recettes de soins par catégories de soins (2019)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Cambrai.

<sup>23</sup> Pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, hors psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>24</sup> L'activité d'un établissement de santé se décompose entre plus de 500 groupes homogènes de malades en fonction des séjours qui présentent une similitude et un coût voisin.

Cette part reste globalement constante en 2020 et en 2021 par rapport à 2019, malgré les effets de la crise sanitaire. Les établissements privés assurent quant à eux 36,2 % de l'activité de soins. Le taux de fuite vers des établissements extérieurs au Cambrésis s'élève ainsi en 2020 à 29,6 %.

Cette concurrence s'organise en fonction de trois facteurs déterminants : l'attribution des autorisations par l'agence régionale de santé, le fonctionnement d'un plateau technique avec l'appareillage de pointe adéquat, le recrutement des chirurgiens par spécialités.

## **2.1 L'impact de la crise sanitaire**

Sur le Cambrésis, alors que les effets de la première vague d'avril 2020 étaient atténués, la deuxième d'octobre 2020, puis celle d'avril 2021, se sont traduites par une augmentation des hospitalisations liées à la Covid, et des décès hospitaliers. Sur l'ensemble de l'exercice 2020, les patients pris en charge à ce titre ont représenté 8 % de l'activité du centre hospitalier de Cambrai.

Pour faire face à l'afflux de patients, l'établissement a dû adapter ses capacités d'accueil. L'agence régionale de santé Hauts-de-France a piloté la gestion de la crise sanitaire en région. Elle a fixé, à l'échelle du territoire de santé du Hainaut-Cambrésis, des objectifs de capacité en soins critiques pour répondre aux pics de contamination. Le centre hospitalier de Valenciennes, en tant qu'établissement support du groupement hospitalier de territoire, a assuré un rôle de régulation entre les établissements de santé, ce qui a été facilité par les coopérations déjà existantes, en fonction des projections des taux de contamination<sup>25</sup>.

Dans ce cadre, l'hôpital de Cambrai s'est doté de vingt-quatre lits en soins critiques, avec la transformation de l'unité de soins continus et de la salle de surveillance post-interventionnelle. Ces capacités pouvaient être complétées par une prise en charge sur l'hôpital du Cateau-Cambrésis avec six lits supplémentaires. À l'issue de la première vague, l'établissement a maintenu dix-neuf lits en soins critiques. Pour les soins conventionnels, les patients ont continué à être accueillis en chambre individuelle.

Cette capacité à adapter le nombre de lits en soins critiques a permis, lors de chaque pic de contamination, de répondre aux besoins constatés sur le territoire. En 2020, 5,3 % des patients Covid de l'établissement ont été admis en service de réanimation et 6,8 % ont été suivis en soins intensifs ou en soins continus. Le secteur gériatrique de l'hôpital a été le plus fortement touché par la crise sanitaire avec une surmortalité (pour l'ensemble des causes de décès) de l'ordre de + 50 % en 2020 par rapport à 2019.

La contraction de l'activité de soins hors Covid est importante depuis mars 2020. Alors que le centre hospitalier de Cambrai avait pris en charge 30 737 patients en 2019, il enregistre une diminution de - 10,19 % (correspondant à 3 133 séjours et séances) en 2020. L'impact de la crise sanitaire est très variable entre les secteurs médicaux. Ainsi, l'activité s'est maintenue pour l'obstétrique et pour les séances d'hémodialyse. La baisse est aussi un peu moins marquée pour les traumatismes (- 8 %), et elle est de - 10 % sur les interventions de chirurgie.

---

<sup>25</sup> Pour une analyse nationale du rôle des soins critiques dans la gestion de la crise sanitaire, voir Cour des comptes, *Les soins critiques, 2021*.

*A contrario*, le non-recours aux soins lié à la crise sanitaire est très important pour les troubles psychiatriques (- 25 %), ainsi que pour les affections (- 15 %). Pour ces dernières, les effets de la crise ont été très hétérogènes : - 38 % pour les affections de la bouche et de l'appareil respiratoire, - 16 % sur l'appareil circulatoire, - 14 % sur la partie digestive. La baisse de l'activité est plus réduite pour les autres types de pathologies.

## 2.2 Les urgences

Le service des urgences de l'hôpital de Cambrai assure un volume d'activité important (25 681 actes sans hospitalisation en 2019) et en augmentation régulière<sup>26</sup>. Le service des urgences organise aussi la permanence d'accès aux soins de santé (PASS)<sup>27</sup> au sein de l'espace Saint-Martin qui apporte une aide médicale et sociale pour toute personne démunie, en situation de précarité. Le centre hospitalier du Cateau-Cambrésis dispose également d'un service d'urgences qui génère une activité conséquente (10 619 actes sans hospitalisation en 2019).

Le service des urgences, par son ouverture continue, est le premier chaînon nécessaire à la continuité des soins sur le territoire. L'activité générée est structurante pour le centre hospitalier de Cambrai. Ainsi, 72,7 % des prises en charge en urgence ont débouché sur une hospitalisation complète en 2019<sup>28</sup>. Le centre hospitalier suit, par exemple, la totalité des patients atteints d'un traumatisme crânien sur sa zone d'attractivité.

La typologie des admissions dans les services de médecine est très hétérogène. Elles peuvent nécessiter un suivi médical pour quelques heures uniquement ou pour plusieurs jours ; il peut aussi bien s'agir d'un malaise qui va rester bénin, que d'un infarctus du myocarde. Les deux établissements publics du Cambrésis réalisent ainsi respectivement 16 % et 8 % des séjours de douleurs thoraciques de très courtes durées (qui peuvent être liés à un symptôme d'un infarctus du myocarde ou d'une embolie pulmonaire), et 6 % et 5 % des patients pris en charge pour éthyliste aigu de l'ensemble des séjours réalisés au sein du Hainaut-Cambrésis.

---

<sup>26</sup> D'après les données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation., le nombre d'actes réalisés par le service des urgences de l'hôpital de Cambrai étaient de 23 149 en 2017 et de 22 054 en 2015.

<sup>27</sup> En application de l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Celles-ci comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

<sup>28</sup> Ce taux sur des établissements comparables est de 54,9 % pour l'hôpital de Denain, et de 54,5 % pour l'hôpital d'Arras. Des taux similaires à l'hôpital de Cambrai se retrouvent sur les hôpitaux de Sambre-Avesnois, d'Abbeville ou de Château-Thierry.

## 2.3 La médecine

L'activité du pôle de médecine de l'hôpital de Cambrai se répartit principalement entre les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, du système nerveux et du tube digestif, ainsi que des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles et de néphrologie. Sur ces différents secteurs, le centre hospitalier dispose d'une capacité de prise en charge élevée. L'hôpital assure la quasi-totalité des séjours de médecine générale<sup>29</sup>.

Après avoir connu une progression significative, la part d'activité de l'hôpital en médecine connaît un recul depuis 2016. Elle passe de 49,1 % à 45,6 % en 2019 sur sa zone d'attractivité. Elle reste toutefois à un niveau élevé, correspondant aux besoins importants de la population en médecine générale sur l'agglomération de Cambrai. Le nombre de séjours réalisés dépend ainsi du lien avec son service des urgences, d'une part, et de la structuration de la concurrence, d'autre part. L'hôpital de Cambrai n'est pas confronté à une forte concurrence des cliniques privées sur les activités de médecine. Il est, par exemple, le seul établissement du Cambrésis doté d'un service de néphrologie au sein duquel sont assurées les séances d'hémodialyse<sup>30</sup> (5 % de ses recettes de soins). Il prend aussi en charge la quasi-totalité des affectations de l'appareil circulatoire (hypertension artérielle, arythmies et insuffisances cardiaques...), la moitié des séjours découlant des urgences (syncopes et infarctus du myocarde).

La clinique Sainte-Marie présente aussi une activité de médecine avec 16 % des séjours en 2019, sans entrer pour autant en concurrence avec l'hôpital de Cambrai. Celle-ci se concentre sur le diabète, sur l'apnée du sommeil (dans le cadre de son activité sur l'obésité) et sur des séjours liés à ses activités de chirurgie (comme l'endoscopie). L'établissement accueille aussi un grand nombre de séjours de très courte durée pour lesquels le diagnostic reste indéterminé<sup>31</sup>. La part de ces séjours représente près de 5 % des séjours du Hainaut-Cambrésis contre 11 % pour le centre hospitalier de Cambrai.

Le taux de fuite en médecine vers les établissements de santé extérieurs au Cambrésis est de 25 %. Près de la moitié de ces séjours relèvent du centre hospitalier de Valenciennes et de celui de Lille. Ces deux établissements publics accueillent ainsi plus d'un tiers des séjours issus du Cambrésis en rhumatologie et sur les affections du système nerveux. Il s'agit, pour l'essentiel, de pathologies plus complexes ou de certaines spécialités qui ne sont pas couvertes par l'hôpital de Cambrai.

---

<sup>29</sup> Liés aux affections de l'appareil respiratoire (bronchite...), du système nerveux (commotion cérébrale, accidents vasculaires intracérébraux, épilepsie...), du tube digestif (gastroentérite et douleurs abdominales). C'est le cas également en maladie infectieuse, en rhumatologie, en endocrinologie, et en cardio-vasculaire.

<sup>30</sup> L'hémodialyse est un traitement essentiel de l'insuffisance rénale qui consiste à épurer le sang du patient à la place des reins défectueux. L'hémodialyse se déroule en plusieurs séances hebdomadaires dans un centre de dialyse.

<sup>31</sup> Code PMSI : 23M20T « autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée ».

## 2.4 La chirurgie

La chirurgie représente 13 % des séjours de l'hôpital, pour 28 % de ses recettes de soins. Les interventions en orthopédie, en ophtalmologie et en gastro-entérologie représentent plus de la moitié de cette activité. Le centre hospitalier fait face à une concurrence élevée, en particulier sur ces trois secteurs. Il n'a réalisé en 2020 que 25,6 % des séjours de chirurgie sur le Cambrésis, alors que la clinique Sainte-Marie en a accueilli 24,9 %, la clinique du Cambrésis 10,2 %, et la clinique des Hêtres 4 %.

**Tableau n° 1 : L'activité de chirurgie sur le Cambrésis**

(en nombre d'actes)	2017	2018	2019	2020
<b>Cambrai</b>				
Centre hospitalier de Cambrai	4 324	4 276	4 274	3 769
Clinique Sainte-Marie avec une orientation médico-chirurgicale	5 943	5 393	5 076	3 872
Clinique du Cambrésis avec une orientation chirurgicale	3 409	3 350	3 264	2 299
<b>Cateau-Cambrésis</b>				
Clinique des Hêtres à vocation chirurgicale	2 144	2 161	1 800	1 553

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.*

L'hôpital de Cambrai ne dispose pas de l'ensemble des autorisations en chirurgie, ce qui détermine la répartition de l'activité sur plusieurs secteurs spécifiques. C'est le cas pour la chirurgie viscérale cancérologique, dont l'autorisation est détenue par la clinique Sainte-Marie. Disposant des capacités en réanimation, le centre hospitalier de Cambrai a renouvelé une demande d'autorisation pour cette activité auprès de l'agence régionale de santé, qui ne lui a pas été accordée. Des chirurgiens de l'établissement réalisent, par conséquent, leurs interventions au sein de la clinique Sainte-Marie.

Les parcours de soins définis dans le cadre du groupement hospitalier de territoire orientent une partie des patients vers d'autres structures présentes à Valenciennes, qui disposent des autorisations plus spécialisées. Ainsi, aucun établissement du Cambrésis ne possède l'autorisation nécessaire à la pose de stimulateur cardiaque. D'ailleurs, le centre hospitalier de Cambrai n'a pas d'autorisation pour déployer un plateau technique de coronarographie, ce qui conduit à réaliser les actes de diagnostics par voies vasculaires au centre hospitalier de Valenciennes, mais aussi à la polyclinique Vauban.

Le taux de fuite en chirurgie vers les autres établissements extérieurs au Cambrésis s'est élevé à 35,3 % en 2020. Pour le secteur public, le centre hospitalier de Valenciennes réalise 5,2 % de l'activité, celui de Lille 5,2 %, et les autres établissements publics 6,9 %. Pour le secteur privé, la clinique ophtalmique de Somain<sup>32</sup> bénéficie d'une forte attractivité sur l'ensemble du Hainaut-Cambrésis liée à sa spécialisation avec 5,7 % de l'activité, alors que les autres cliniques privées accueillent 12,3 % des séjours. Ce taux de fuite connaît une augmentation rapide en chirurgie ambulatoire au profit de ces cliniques extérieures au Cambrésis, alors que l'hôpital de Cambrai conforte sa position sur la chirurgie en hospitalisation complète.

### **2.4.1 La chirurgie ambulatoire**

L'hôpital de Cambrai perd des parts d'activité en chirurgie ambulatoire, où la concurrence avec le secteur privé est exacerbée. Elle est passée de 20,3 % en 2017 à 17,5 % en 2020, avec une contraction des recettes de près de 800 000 €.

La majeure partie de son activité en ambulatoire correspond à la chirurgie de l'œil, de la main, ainsi que sur la gastro-entérologie et la stomatologie. L'établissement ne dispose que d'un chirurgien de la main, et il a pu maintenir une activité à temps partiel de deux stomatologues, de deux chirurgiens-dentistes et de deux ophtalmologues.

Le virage ambulatoire accéléré des établissements privés renforce leur position. Celui-ci paraît lié au traitement standard des interventions moins complexes avec un taux de rotation des équipements élevé. La clinique Sainte-Marie est présente sur l'ensemble des secteurs de chirurgie ambulatoire, qui correspond à 66 % de son activité. Pour autant, la majeure partie de ses opérations concernent des actes pour lesquels l'hôpital est peu présent. Les interventions sur les amygdales, les végétations et les drains pour les oreilles représentent un tiers de l'activité de la clinique en ambulatoire.

De la même manière, la chirurgie de l'œil (23 % des séjours et 9 % des recettes de chirurgie de l'hôpital de Cambrai) s'exerce en grande partie en ambulatoire. Il s'agit essentiellement d'opérations de la cataracte pour lesquelles l'établissement réalise 11 % des séjours du Hainaut-Cambrésis, malgré une forte concurrence de l'institut ophtalmique de Somain.

---

<sup>32</sup> L'institut ophtalmique de Somain qui appartient au groupe « ELSAN » réalise 41 % des séjours issus du Cambrésis en ophtalmologie contre 33 % en 2019, devant l'hôpital de Cambrai qui passe à 27 % en 2020 contre 30 % en 2019.

## 2.4.2 La chirurgie en hospitalisation complète

À l'inverse, l'hôpital de Cambrai connaît une forte progression de ses parts d'activités de chirurgie en hospitalisation complète. Celles-ci sont passées de 22 % en 2014, à 27 % en 2017, puis à 31,6 % en 2019. La chirurgie complète concerne un volume de séjours plus réduit (près de 2 300 en 2019) par rapport à la médecine et à la chirurgie ambulatoire, mais il s'agit là des interventions les plus complexes qui génèrent 25 % de son volume d'activité. Celle-ci se répartit entre l'ensemble des secteurs de chirurgie. L'orthopédie représente près de 40 % des séjours d'hospitalisation complète, suivie par la chirurgie viscérale et digestive (près de 17 %), l'urologie (14 %) et les interventions sur les tissus (près de 9 %), l'ophtalmologie (moins de 5 %).

Pour quatre secteurs, l'activité au sein du Cambrésis est ainsi concentrée sur un seul établissement. La clinique Sainte-Marie est très présente en ORL (amygdales, sinus...) et pour l'obésité. L'hôpital de Cambrai réalise la majeure partie des interventions en chirurgie vasculaire et en ophtalmologie (interventions sur la rétine).

Les trois établissements implantés à Cambrai se partagent trois champs d'activité, avec des dynamiques de concurrence et de complémentarité qui évoluent en fonction de leur faculté à mobiliser des praticiens spécialisés.

En orthopédie, l'hôpital de Cambrai se trouve confronté à une forte concurrence de la clinique du Cambrésis, très présente sur les prothèses de la hanche et du genou. Il conserve, cependant, une part d'intervention importante, liée aux traumatismes pris en charge par le service des urgences. Entre 2017 et 2019, après avoir renforcé son équipe de chirurgiens, il a augmenté de 36 % son volume d'intervention pour les chirurgies majeures de l'appareil locomoteur (hanche, fémur, genou, épaule) par rapport aux deux autres établissements.

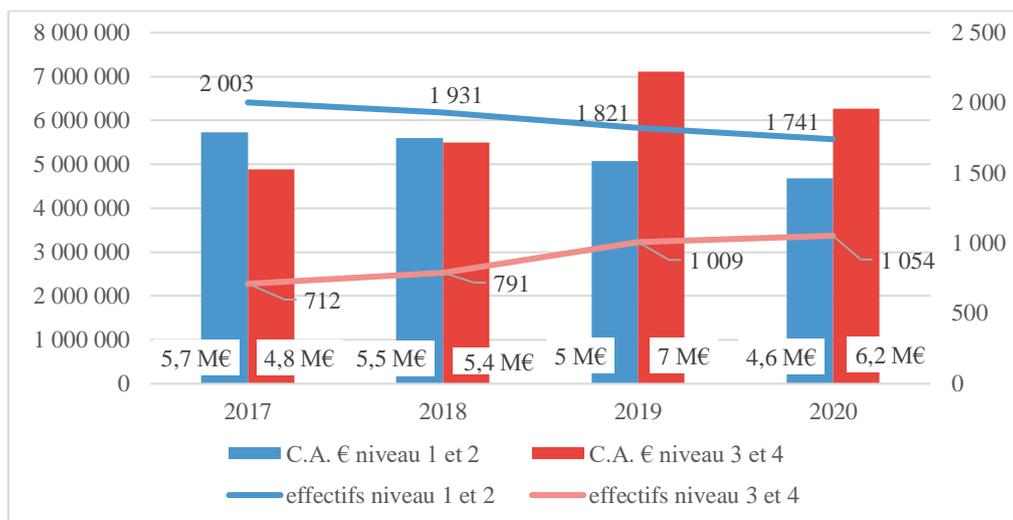
En urologie, l'hôpital de Cambrai et la clinique Sainte-Marie assurent une part d'activité équivalente, notamment pour le traitement des calculs rénaux qui représente la moitié de ces séjours. L'autre partie de l'activité de la clinique est liée au traitement des cancers. Les deux établissements ont mis en place un partenariat qui prévoit la possibilité pour les chirurgiens de la clinique Sainte-Marie de réaliser des interventions au sein de l'hôpital. Ce dispositif a contribué, entre 2017 et 2019, à une forte croissance des séjours accueillis par ce dernier (près de + 60 %).

La chirurgie viscérale et digestive se répartit entre l'hôpital de Cambrai, la clinique Sainte-Marie et la clinique du Cambrésis. L'hôpital accueille un plus grand nombre de patients de niveau 3 et 4 qui présentent un risque de comorbidité important, et il réalise la moitié des interventions de chirurgie digestive majeure (œsophage, estomac, intestin), pour lesquelles sa position se conforte légèrement entre 2017 et 2019.

### 2.4.3 La prise en charge des patients à risques

Entre 2017 et 2020, les services de chirurgie ont renforcé considérablement leur capacité à assurer les interventions pour les patients qui présentent des risques de comorbidité élevés ; avec une croissance de 174 séjours, entre 2017 et 2019 pour des patients de niveau 3 et 4<sup>33</sup>.

**Graphique n° 1 : Comparaison des séjours de chirurgie de niveau 1-2 et de niveau 3-4**



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

Alors que les séjours liés aux patients sans comorbidité (niveau 1) étaient moins nombreux en 2019 par rapport à 2017 (- 246 séjours), les niveaux 2, 3 et 4 ont augmenté respectivement de + 64, + 225 et + 72. L'activité pour les séjours de niveau 3 et 4 se concentre sur l'orthopédie, sur la chirurgie digestive et de la peau, et dans une moindre mesure sur la chirurgie vasculaire et en urologie. La clinique du Cambrésis et la clinique Sainte-Marie accueillent, chacune dans leurs domaines de spécialisation, près d'une centaine de patients présentant ces niveaux de sévérité associée.

La consolidation de la prise en charge des patients de niveau 3 et 4 a un impact important sur le volume d'interventions en chirurgie. Celui-ci a progressé de 14 % (+ 1,4 M€), alors que le nombre global de séjours n'a crû que de 3 % dans le même temps. Les séjours de niveau 3 et 4 sont passés de 25 % en 2017 à 34 % en 2019 par rapport à l'ensemble des séjours, puis à 36 % en 2020. Parallèlement, leur part dans l'activité de la chirurgie a évolué de 46 % en 2017 à 58 % en 2019.

<sup>33</sup> Les niveaux de complication et morbidité associée (CMA) sont des diagnostics associés significatifs (de 1 à 4) pour le patient pris en charge, qui rallongent significativement la durée de séjour et donc le coût du séjour. Par conséquent, ils sont pris en compte par la tarification à l'acte par l'assurance maladie et permettent généralement une augmentation du tarif du séjour.

## 2.5 La cancérologie

Le centre hospitalier ne dispose pas d'autorisation en cancérologie. Il accueille des consultations réalisées par des spécialistes du CHU de Lille (poumons, tube digestif...), et des séances de chimiothérapie pour des affections sans tumeur.

Son activité se situe ainsi à un niveau proche de celle de la clinique Sainte-Marie, qui dispose des autorisations en cancérologie sur le Cambrésis pour les pathologies digestives et urologiques. Cette clinique est l'un des trois établissements du Hainaut-Cambrésis à réaliser des interventions pelviennes majeures pour tumeur, opérations qui se répartissent à parts égales avec la polyclinique Vauban et le centre hospitalier de Valenciennes. Elle a accueilli, par ailleurs, plus de 2 600 séances de chimiothérapie en 2019.

La principale difficulté pour assurer la prise en charge des patients tient à l'articulation entre les activités de chirurgie et le parcours en cancérologie qui est très segmenté, avec une capacité de prise en charge limitée sur le Cambrésis. Le taux de fuite vers les établissements extérieurs au Cambrésis s'est élevé, ainsi, à 46,7 % en 2019. L'activité en cancérologie se répartit selon les pathologies entre Lille (pneumologie/thoracique et hépatique) et Valenciennes (sénologie, gynécologie).

## 2.6 Le pôle « mère-enfant »

Le pôle « mère-enfant » du centre hospitalier regroupe les trois spécialités d'obstétrique, de pédiatrie et de gynécologie. Les naissances assurées par sa maternité correspondent à 3,8 % de l'activité de l'établissement et à 3,6 % de ses recettes de soins.

Pour les nouveau-nés et les jeunes enfants, l'offre de soins reste segmentée sur le Cambrésis. L'agence régionale de santé a réparti les autorisations d'obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie entre trois établissements. Les hôpitaux publics de Cambrai et du Cateau-Cambrésis disposent chacun d'une maternité de niveau 1A<sup>34</sup>. La clinique Sainte-Marie comprend, quant à elle, un service de néonatalogie et une maternité de niveau 2A. Malgré une reprise constatée en 2021 pour l'hôpital de Cambrai, ces trois maternités connaissent toutes une baisse continue de leur activité depuis 2015. Le nombre de naissances de l'hôpital de Cambrai correspond à moins de la moitié de l'activité réalisée par des centres hospitaliers très proches géographiquement et de taille comparable<sup>35</sup>. Le maintien de cette tendance à long terme rapprocherait cette maternité du seuil réglementaire de 300 accouchements par an.

---

<sup>34</sup> L'organisation des maternités définie par les décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 codifiés aux articles D. 6124-35 à D. 6124-63 prévoit la classification suivante : niveau 1 pour les grossesses sans problème identifié, niveau 2 en cas de besoins de soins de néonatalogie et niveau 3 pour les grossesses à risques.

<sup>35</sup> Les maternités des centres hospitaliers de Denain et d'Arras accueillent en moyenne 1 000 accouchements par an, et le centre hospitalier de Saint-Quentin 1 350 accouchements par an.

La clinique Sainte-Marie réalise 44 % des accouchements sans complication de l'arrondissement de Cambrai pour 30 % sur la maternité de l'hôpital de Cambrai et 24 % sur l'hôpital du Cateau-Cambrésis. Pour les maternités des deux hôpitaux publics, le taux de césariennes est inférieur à la moyenne nationale et le nombre de sages-femmes est moindre. Les trois établissements de l'arrondissement accueillent un niveau similaire d'accouchements avec complication, mais aucun ne dispose de l'ensemble des infrastructures nécessaires en néonatalogie, en réanimation pédiatrique et en pédiatrie. Ainsi, la clinique Sainte-Marie et l'hôpital du Cateau-Cambrésis ne possèdent pas les capacités en soins critiques, présentes à l'hôpital de Cambrai. Celui-ci a renouvelé sa demande d'autorisation de niveau 2 auprès de l'agence régionale de santé, qui n'y a pas donné une suite favorable. Avec l'attribution de l'autorisation de néonatalogie à la clinique Sainte-Marie, celle-ci réalise 42 % des séjours liés aux nouveau-nés et à la période périnatale contre 28,5 % pour l'hôpital de Cambrai, et 8,1 % pour l'hôpital du Cateau-Cambrésis. La séparation des services de pédiatrie et de néonatalogie ne facilite pas la coordination de leurs activités, qui pourrait être améliorée<sup>36</sup>. Le taux de fuite vers les établissements extérieurs au Cambrésis poursuit une trajectoire à la hausse. Il est supérieur à 20 %, avec une augmentation de + 2 points entre 2017 et 2019. Le centre hospitalier de Valenciennes renforce son activité (+ 1,4 point), notamment vers sa maternité de niveau 3, sur la prise en charge des situations complexes.

La gynécologie, quant à elle, représente 1 % de l'activité de l'hôpital de Cambrai, qui n'assure que 19 % des séjours du Cambrésis en 2019. La part du secteur privé est, en effet, prépondérante pour cette activité. Le taux de fuite vers les établissements extérieurs au Cambrésis est de 50 % (dont la moitié vers le secteur public), ce qui met en lumière une difficulté à attirer des spécialistes dans ce domaine, aussi bien en médecine de ville que pour les trois établissements de santé.

---

<sup>36</sup> La Cour des comptes avait déjà relevé en 2015 la nécessité d'une meilleure coordination entre les établissements du Cambrésis dans son rapport sur les maternités. Cour des comptes, *Les maternités, 2015*, tome 1 – analyse générale, tome 2 : analyses régionales.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Le centre hospitalier de Cambrai assure, en partenariat avec celui du Cateau-Cambrésis, la continuité de soins sur l'arrondissement. Le service des urgences voit son activité augmenter chaque année, et la majeure partie de ses patients pris en charge sont hospitalisés au sein de l'hôpital. En tant qu'hôpital général, son activité de médecine couvre un grand nombre de disciplines pour lesquelles il pourra chercher à conforter sa position.*

*Le centre hospitalier de Cambrai ne dispose pas de l'ensemble des autorisations en obstétrique et en cancérologie, qui relèvent soit de la clinique Sainte-Marie (néonatalogie, cancérologie), soit des établissements de Valenciennes ou de Lille pour certaines spécialités. La clinique du Cambrésis spécialisée en chirurgie orthopédique et l'institut ophtalmologique de Somain exercent une forte attractivité. Ce niveau élevé de concurrence réduit d'autant le nombre de patients pris en charge par l'hôpital de Cambrai, ce qui pèse sur son volume d'activité. En chirurgie ambulatoire, il perd de l'activité, notamment sur la cataracte et sur la libération du canal carpien. A contrario, pour la chirurgie en hospitalisation complète, l'établissement a su renforcer sa capacité de prise en charge des patients qui présentent des complications ou des comorbidités élevées, en particulier en chirurgie orthopédique et en chirurgie digestive, ce qui vient conforter ses recettes.*

---

## 3 LE PILOTAGE DE L'ÉTABLISSEMENT

### 3.1 La gouvernance

#### 3.1.1 Les instances de pilotage

Le conseil de surveillance est présidé par M. François-Xavier Villain, député-maire de la ville de Cambrai. Son organisation est conforme à la réglementation<sup>37</sup>.

Le directeur, M. Philippe Legros, assure la gestion et la conduite générale de l'établissement depuis le 3 février 2014, assisté par le directoire. Cette instance collégiale, composée de sept membres, majoritairement de personnels médicaux, prépare et approuve le projet médical. Elle se réunit en moyenne six fois par an, ce qui est non conforme à l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique qui prévoit au moins huit réunions.

La commission médicale d'établissement (CME) est présidée par un médecin, élu au sein de la commission, pour une période de quatre ans, de 2017 à 2021. Instance représentative de la communauté médicale, elle est composée de quarante-huit membres et son fonctionnement est conforme à la réglementation. Le président de la commission médicale de l'établissement est le vice-président du directoire.

La gouvernance des établissements publics de santé s'organise au travers du conseil de surveillance, du directoire et de la commission médicale de l'établissement, et autour d'un dialogue entre la communauté médicale et la direction de l'établissement. Au sein du centre hospitalier de Cambrai, ce dialogue entre les représentants de la CME et le directeur est resté limité, ce qui a pu nuire au bon fonctionnement de l'établissement.

Après une mission de médiation réalisée à la demande de l'agence régionale de santé, en 2016, la situation est restée bloquée, et les préconisations du rapport de médiation n'ont pas été mises en œuvre. En 2017, la CME a adopté une « motion de défiance » à l'encontre du directeur. Ses représentants ont cessé de siéger au sein du conseil de surveillance et son président n'a plus assisté aux réunions du directoire. En réponse aux observations de la chambre, le directeur général de l'établissement rappelle qu'« *il s'agit d'une absence, d'une « politique de la chaise vide»*. *L'ensemble des instances décisionnelles (conseil de surveillance, direction, directoire, comité des chefs de pôles) ont parfaitement fonctionné. Les instances consultatives (CTE, CHSCT, CSIRMT) se sont réunies également, y compris la CME à laquelle le directeur et son équipe ont participé sans exception.* ». En 2018, le directeur du centre hospitalier a pris l'initiative de relancer un comité des chefs de pôle<sup>38</sup>. Cette instance informelle, qui réunit quatre fois par an l'ensemble des chefs de pôle, a vu son champ d'action progressivement élargi à l'ensemble des compétences de la CME.

---

<sup>37</sup> Articles L. 6143-1 et suivants et R. 6143-1 et suivants du code de la santé publique.

<sup>38</sup> Les chefs de pôle médico-techniques sont membres de droit de la commission médicale de l'établissement.

Comme lors de la précédente certification, l'établissement a de nouveau dû faire face en 2019 à des réserves lors du processus de certification mené par la Haute autorité de santé<sup>39</sup> (HAS), qui a maintenu une certification de niveau « C » avec l'obligation de présenter un plan sous six mois. Ces réserves portaient notamment sur les droits des patients et le « management de la qualité et des risques ». Le rapport de certification relève un manque de formalisation du programme d'amélioration de la qualité-sécurité de soins, qui n'a pas été présenté à la commission médicale de l'établissement. La levée des réserves a été opérée par l'hôpital, avec le suivi de l'agence régionale de santé, au travers d'un plan d'amélioration à la fin de l'année 2019. Le 26 janvier 2021, la Haute autorité de santé a pris en compte ces mesures correctrices, notamment sur le management de la qualité. Elle a accordé une certification de niveau « B », assortie de recommandations d'amélioration sur la gestion des risques liés à l'organisation de la gouvernance. Le centre hospitalier a signé, par ailleurs, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins avec l'agence régionale de santé dès 2017. Celle-ci a évalué en 2019 la mise en œuvre des objectifs à hauteur de six points sur un total de huit, et accordé le versement à l'établissement d'un intéressement de 25 142 €.

Ces difficultés de gouvernance médicale ont perduré jusqu'au renouvellement de la composition de la CME en 2021. Le nouveau président élu se fixe pour objectif de restaurer le dialogue interne à l'établissement.

### 3.1.2 Les documents stratégiques

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu pour une durée de cinq ans a été signé par l'établissement le 30 juin 2012 (puis prorogé jusqu'au 31 août 2018). Un nouveau contrat couvrant la période 2019-2024 a été conclu le 31 décembre 2018. Il décline les priorités du schéma régional de santé<sup>40</sup>. En comparaison avec le contrat précédent, celui en cours comprend vingt-et-une orientations stratégiques supplémentaires. Si l'introduction d'indicateurs d'évaluation dès la définition du CPOM 2019-2024 facilitera son évaluation, la démultiplication des orientations et objectifs à poursuivre simultanément et/ou successivement est un facteur de complexité.

La mise en œuvre du contrat ne fait pas l'objet d'un suivi annuel. De plus, le centre hospitalier de Cambrai n'a pas transmis à la chambre le rapport final du contrat 2012-2017, prévu à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique, ainsi que, pour le contrat en cours, les comptes rendus des réunions de revue annuelle du contrat et le rapport annuel d'étape.

---

<sup>39</sup> La Haute autorité de santé est un organisme public qui a pour mission d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés ainsi que les prestations délivrées par les établissements de santé, publics et privés. La certification vise à favoriser une amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle comprend quatre niveaux : A – satisfaisant, B – recommandation d'amélioration, C – obligation d'amélioration, D – non certification.

<sup>40</sup> Un premier avenant, signé le 1<sup>er</sup> juillet 2019, liste les orientations stratégiques, activités de soins, financements et permanence des soins en établissement de santé au travers de quatre annexes. Un second avenant porte sur la contribution financière de l'agence régionale de santé au titre d'actions diverses.

Le projet d'établissement 2019-2023, quant à lui, résulte de plusieurs mois de travail, d'analyses et d'échanges depuis le lancement du premier comité de pilotage le 29 juillet 2016<sup>41</sup>. Délibéré en conseil de surveillance le 28 février 2019<sup>42</sup>, ce document<sup>43</sup> couvre l'intégralité des activités du centre hospitalier, reliées pour certaines au projet régional de santé et aux engagements du CPOM qui en découlent. L'établissement a informé la chambre de sa volonté de le compléter, compte tenu des dispositions de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, par l'ajout d'un volet sur le projet de gouvernance et de management. Compte tenu de la suspension de sa mise en œuvre depuis mars 2020 en raison de la crise sanitaire, le conseil de surveillance du 15 décembre 2021, après concertation avec les instances, a prorogé sa durée d'un an.

Très exhaustif, ce projet d'établissement comporte trente-six orientations stratégiques, elles-mêmes déclinées en actions. Leur juxtaposition nuit, cependant, à la lisibilité de la stratégie globale d'ensemble et ne permet pas d'identifier clairement le fil directeur qui relie les différents volets du projet pour les inscrire dans une vision commune.

À l'examen des documents, deux axes stratégiques se dégagent néanmoins, ainsi que les enjeux médico-économiques de l'entité : le développement des activités et la place du centre hospitalier sur son territoire, en lien avec ses partenaires, d'une part ; l'attractivité de l'hôpital auprès des patients et des professionnels de santé, d'autre part. Toutefois, il convient d'observer qu'aucun dispositif d'évaluation intermédiaire du projet d'établissement n'a été mis en place à ce jour.

Conformément au code de la santé publique<sup>44</sup>, l'activité de soins est organisée autour de huit pôles médicaux<sup>45</sup>, dont les objectifs, qui intègrent quarante projets médicaux, et leur suivi ont été établis pour une durée de quatre ans, selon les modalités décrites dans les contrats de pôles en 2019. Alors que chaque contrat prévoit l'élaboration d'un bilan annuel, aucun suivi n'a été réalisé depuis la signature. Cette première génération de contrats de pôles définit une feuille de route entre la direction de l'établissement et chaque pôle, sans pour autant constituer un outil de pilotage à part entière, en l'absence de suivi annuel. La chambre recommande d'y remédier.

---

<sup>41</sup> Sur la période antérieure à 2019, aucun projet d'établissement n'a été adopté. Seul un projet médical validé couvre la période 2006-2011, dont un bilan avait été réalisé et présenté en instance (janvier 2011). Le projet médical 2013-2018 n'a jamais fait l'objet d'une validation interne. Le directoire a finalement adopté le projet médical de l'établissement le 15 juin 2017.

<sup>42</sup> Le projet d'établissement a été soumis pour avis au comité des chefs de pôle en séance du 27 février 2019 et à la concertation du directoire en date du 27 février 2019.

<sup>43</sup> Le projet d'établissement est composé du projet médical, du projet de soins et de prise en charge, du projet psychologique, du projet social, du projet qualité et du schéma directeur du système d'information.

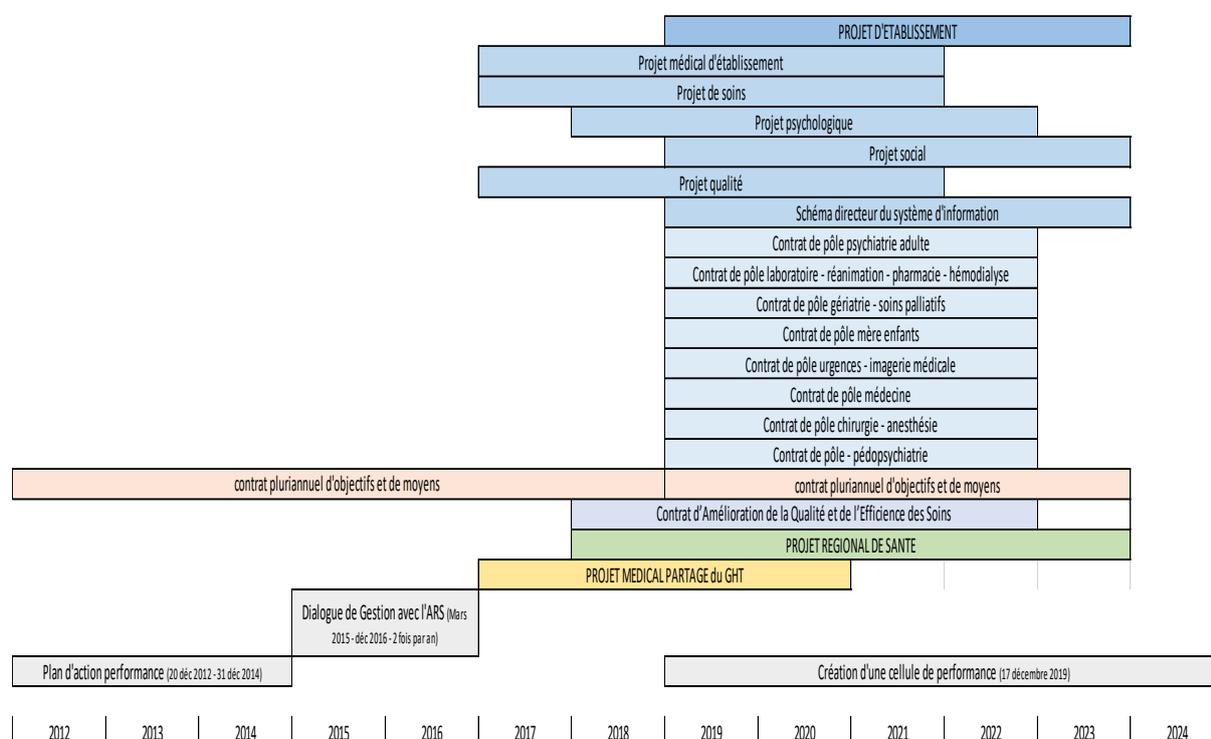
<sup>44</sup> L'article L. 6146-1 du code de la santé publique prévoit l'obligation, pour les hôpitaux, de s'organiser autour de « pôles d'activité », définis par le directeur, après avis du président de la commission médicale. L'article R. 6146-8 du même code détaille le contenu du contrat de pôle.

<sup>45</sup> Pôle 1: Psychiatrie adulte ; Pôle 2 : Laboratoire – Réanimation – Surveillance continue - Pharmacie – Stérilisation – Dépôt de sang - Hémodialyse ; Pôle 3 : Gériatrie – Soins Palliatifs ; Pôle 4 : Mère-Enfant ; Pôle 5 : Urgences – Imagerie Médicale ; Pôle 6 : Médecine – Médecine polyvalente – Diabétologie – Néphrologie - Cardiologie – Hépatogastroentérologie – Pneumologie ; Pôle 7 : Chirurgie – Anesthésie et Spécialités Chirurgicales ; Pôle 8 : Psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de la Parentalité.

**Recommandation n° 1 : procéder au suivi annuel du projet d'établissement et des contrats de pôle.**

En réponse aux observations de la chambre, le directeur général fait état de son intention de mettre en œuvre cette recommandation dès 2022 et fait valoir que « le projet d'établissement a fait l'objet d'une délibération par le conseil de surveillance en février 2019, soit un an avant le début de la crise sanitaire. Cette dernière est venue interrompre, pendant deux ans, le processus d'évaluation de ce projet ». La chambre rappelle qu'un dispositif de suivi et d'évaluation doit être établi dès l'adoption du projet pour garantir la continuité des méthodes et des données.

**Organigramme n° 1 : Documents stratégiques et opérationnels**



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

La stratégie de l'établissement est déterminée par les différents documents prévus par le code de la santé publique (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, projet médical partagé, projet médical d'établissement, projet de soins et projet qualité), fondant des obligations à l'égard de partenaires divers mais sans lisibilité d'ensemble et sans dimension économique et financière.

L'absence de documents de suivi ne permet pas de rendre compte de l'avancement de ces objectifs. L'article L. 6143-1 du code de la santé publique prévoit que le conseil de surveillance délibère sur le rapport d'activité du directeur de l'établissement, et que cette instance communique le cas échéant ses observations au directeur général de l'agence régionale de santé. Ce rapport d'activité n'a pas été réalisé sur la période, et il nécessitera de l'être.

**Rappel au droit n° 1 : établir le rapport d'activité annuel et le présenter au conseil de surveillance, en application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.**

En réponse, le directeur général s'y engage dès 2022.

## **3.2 L'audit et le contrôle interne**

Le contrôle interne<sup>46</sup> a pour objectif de garantir la conformité par rapport aux lois et règlements, mais aussi de veiller à la mise en œuvre des mesures d'amélioration. La chambre s'est intéressée à deux procédures de contrôle interne déployées par l'établissement : le programme des cartes d'achat et les comptes épargne-temps.

### **3.2.1 Le programme des cartes d'achat**

Le centre hospitalier dispose d'un programme de carte d'achat pour répondre aux besoins des structures géographiquement dispersées et pour simplifier le processus des achats de faible montant. Son déploiement relève d'un contrat passé en application du code de la commande publique, auprès d'un établissement bancaire. Celui-ci met à disposition de l'hôpital des cartes d'achat. Il assure la gestion d'un compte courant sur lequel l'avance de fonds permet le règlement des achats. Le centre hospitalier règle dans un second temps ces sommes à la banque.

Au travers de ce programme, l'ordonnateur délègue, sous son contrôle, au titulaire de la carte d'achat, un droit de commande pour des acquisitions de biens et de services de faible montant (dans la limite de plafonds d'opérations préalablement déterminés<sup>47</sup>). Cette organisation doit, par conséquent, s'accompagner d'un plan de contrôle interne, axé sur les risques identifiés selon les termes d'un règlement intérieur.

Ces cartes d'achat sont réparties entre les services internes et les différentes antennes externalisées (maisons de retraite, services psychiatriques et institut de formation aux soins infirmiers), soit seize cartes<sup>48</sup> à partir de l'exercice 2019. Cela correspond à un volume d'achat de 264 500 € sur la période 2017 à 2020, soit un montant annuel moyen de 66 125 €.

---

<sup>46</sup> Le contrôle interne est un dispositif organisé, permanent et documenté qui vise à maîtriser le fonctionnement et les activités d'une structure, à s'assurer de la réalisation et de l'optimisation de ses opérations, à garantir la protection de ses actifs et de ses ressources financières, ainsi que la qualité des informations qu'elle produit, en particulier comptables, tout en veillant à la conformité des lois et règlements.

<sup>47</sup> Le montant des dépenses est plafonné à la fois par opération et par mois. À titre d'exemple, la carte n° 8709 attribuée à la directrice des soins est plafonnée à 500 € par opération dans la limite de 1 500 € par mois. Celle attribuée au directeur général de l'établissement est limitée à 2 000 € mensuels. La plupart des cartes ne sont utilisables qu'en semaine et de 8h à 18h. Une seule carte logistique, qui peut être utilisée pour des besoins de l'ensemble des services administratifs et techniques, n'a pas de plafond défini.

<sup>48</sup> L'établissement n'a pas communiqué à l'équipe de contrôle la liste des cartes en circulation de 2017 à 2019.

### 3.2.1.1 Des achats non conformes

L'examen de l'ensemble des pièces du programme des cartes d'achat entre 2017 et 2020 conduit à formuler plusieurs observations.

Premièrement, les utilisations dérogatoires par rapport aux principes de la commande publique sont multiples. En effet, plusieurs achats (papier de bureau, boissons...) relèvent de catégories pour lesquelles le centre hospitalier dispose de contrats de marchés publics constituant un droit d'exclusivité pour les fournisseurs concernés.

Deuxièmement, la majeure partie des achats sont insuffisamment justifiés quant à leur objet ou à la qualité des personnes concernées, ce qui conduit à interroger l'intérêt de ces dépenses pour le centre hospitalier. C'est le cas des achats récurrents en grande surface qui comportent de rares mentions portant sur des ateliers pédagogiques, des notes de restaurant, des achats de viennoiseries sans aucune précision. L'établissement s'engage à améliorer la justification de ces achats qui concernent en majeure partie des activités thérapeutiques en psychiatrie et en gérontologie.

Plusieurs cartes sont concernées par un défaut de pièces justificatives au moins une fois sur la période. Ceci constitue un manquement pour le titulaire de la carte qui ne peut pas démontrer le lien avec l'hôpital, ni attester du service fait. Au vu des documents remis à la chambre, la direction « logistique-travaux-achats » transmet des messages électroniques informels aux titulaires de cartes concernés, afin d'obtenir des justificatifs. Cependant, l'absence de transmission des pièces n'a pas conduit l'établissement à suspendre l'utilisation des cartes par leur titulaire. Sur la carte n° 8154, le centre hospitalier n'a pas rectifié le nom de l'utilisateur de la carte sur une période de quatre ans après avoir procédé à son changement de service.

### 3.2.1.2 Le cas spécifique de la carte n° 8709

#### 3.2.1.2.1 Irrégularité des dépenses

Les relevés de compte sur la carte n° 8709 pour un montant de 18 630,69 € mettent en évidence une série d'achats non conformes, réalisés entre février 2018 et juin 2019.

D'une part, l'agent concerné n'a pas transmis de pièces justificatives relatives à des dépenses, qui s'élèvent à 17 739,34 €, y compris après plusieurs relances de l'établissement hospitalier, ce qui ne permet pas d'attester du lien de ces dépenses avec le service.

**Tableau n° 2 : Les dépenses réalisées sur la carte n° 8709**

	Montant
<b>Total des dépenses</b>	<b>18 630,69 €</b>
Dépenses justifiées	891,34 €
Dépenses non justifiées	17 739,34 €

Source : chambre régionale des comptes, à partir des relevés de comptes du Crédit mutuel Nord Europe.

D'autre part, l'utilisation de cette carte apparaît sans lien avec les activités hospitalières. L'analyse des relevés de comptes du Crédit mutuel Nord Europe met, ainsi, en évidence des achats intervenus en dehors des horaires de travail, notamment le week-end, qui s'élèvent à 6 011,66 € et des achats payés en dehors de la région Hauts-de-France pour un montant de 2 329,74 €. En l'absence d'ordre de mission, tout lien avec les activités thérapeutiques de l'hôpital ou l'activité professionnelle de l'agent peut être exclu.

Ces achats ont, notamment, porté sur des dépenses alimentaires, restauration, hôtellerie, fleuriste, ameublement, habillement, bijouterie, clinique vétérinaire, coiffure, produits pharmaceutiques, contravention, billets de train ou de métro.

Les autres dépenses réalisées en grande distribution peuvent éventuellement entrer dans le cadre d'achats en lien avec les activités thérapeutiques, mais une part importante est intervenue le week-end, en dehors du temps de travail, ce qui paraît davantage correspondre à une destination à des fins non professionnelles.

L'absence de transmission des justificatifs est un manquement au devoir de probité incombant à tout agent public (article L. 121-1 du code général de la fonction publique).

#### 3.2.1.2.2 Défaillance du contrôle interne

Malgré le constat, par la direction « logistique-travaux-achats », de l'absence de justification des achats, ce service a transmis la mise en paiement à la direction des finances, qui a procédé au remboursement de l'établissement bancaire sur la période en cause.

L'utilisation inadaptée de la carte n° 8709 n'a été formellement constatée qu'en mai 2019. À partir de cette date, les démarches réalisées pour obtenir les pièces justificatives auprès de sa titulaire ont été vaines. De plus, l'établissement s'est abstenu de procéder à une analyse exhaustive de la totalité des dépenses pour vérifier le montant précis des sommes à récupérer. Il n'a émis aucun titre de recettes en bonne et due forme pour clore cette procédure.

Néanmoins, à la suite d'une demande formelle, l'agent en cause a remboursé la somme de 4 476 €, qui pourrait correspondre à des dépenses considérées comme étant sans lien avec l'activité de l'hôpital. Aucun élément ne permet cependant de garantir que les autres dépenses d'un montant de 14 154 € sont effectivement liées au service.

La chambre estime que la totalité des dépenses sans justificatifs doit faire l'objet d'un remboursement de la part de l'agent concerné et recommande au centre hospitalier d'émettre le titre de recettes correspondant, en application de l'article 10 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique

<b>Recommandation n° 2 : émettre un titre de recettes pour l'intégralité des dépenses effectuées sans justificatif avec la carte d'achat n° 8709.</b>
---

En réponse, le directeur général s'engage à mettre en œuvre cette recommandation.

### 3.2.1.3 Un contrôle à renforcer afin de sécuriser la dépense

Le centre hospitalier a déployé un processus de contrôle interne *a posteriori*. Les deux étapes de vérification qu'il comporte, par la direction « logistique-travaux-achats » sur les factures et tickets de caisse, et par la direction des finances avant mandatement, n'ont pas suffi à éviter les anomalies identifiées.

En 2019, le centre hospitalier a pris des mesures pour conforter ses procédures de vérification. Cela a permis une amélioration des pratiques. L'établissement a nommé une nouvelle responsable du programme et a désigné de nouveaux titulaires des cartes qui ne sont pas nécessairement responsables de services. Chaque titulaire signe une charte d'engagement qui établit sa responsabilité administrative et juridique. Une note interne, diffusée en 2019, doit cependant, être plus strictement respectée, car ces nouvelles règles de contrôle n'ont pas mis un terme à l'ensemble des anomalies identifiées.

Le centre hospitalier n'a donc pas encore suffisamment formalisé le processus de contrôle interne, et surtout, il n'a pas adopté de règlement intérieur spécifique. Dès lors, la responsable du programme ne peut pas s'appuyer sur un document prescriptif pour obtenir toutes les justifications nécessaires à l'attestation du service fait.

En complément de ces mesures, la chambre recommande donc l'adoption d'un tel règlement interne, de manière à définir les règles d'utilisation par les titulaires des cartes. Ainsi, tous les achats ne répondant pas à un caractère urgent et qui seraient programmables devraient faire l'objet d'un achat par bon de commande et paiement par mandat administratif. Le code de la commande publique impose également que les achats par carte ne doivent pas relever d'un autre contrat de marché public déjà existant. À cette fin, la liste de ces contrats doit être transmise aux titulaires des cartes d'achat, ainsi qu'un recensement des prestataires référencés. Il conviendrait également de prévoir systématiquement que l'identification des participants à une activité soit ajoutée à celle des pièces justificatives exigibles. Par ailleurs, le règlement intérieur pourrait prévoir que certains types de dépenses soient exclus du programme des cartes, qu'il s'agisse d'achats faisant déjà l'objet d'un contrat comme les boissons ou les contraventions pour des infractions routières. Le nombre élevé de cartes utilisées au sein de l'établissement (16 en tout) accroît le risque de non-conformité. La responsable du programme pourrait évaluer chaque année l'utilité des cartes d'achat en circulation.

Des rappels systématiques auprès des titulaires pourraient intervenir, concernant l'interdiction de prêter la carte, l'utilisation de la fiche de suivi, les risques juridiques encourus pour la personne et l'établissement. Ainsi, le centre hospitalier pourrait indiquer qu'un titre de recettes à l'encontre des titulaires serait émis en cas de non-production du ou des justificatifs, après deux relances restées infructueuses. L'ensemble de ces dispositifs feraient l'objet d'un règlement intérieur. Celui-ci serait notifié à chaque titulaire de carte lors de la signature de la charte d'engagement.

<b>Recommandation n° 3 : adopter le règlement interne du programme des cartes d'achat précisant les conditions d'utilisation par les titulaires, et l'annexer à la charte d'engagement signée par chaque titulaire.</b>
---

En réponse, l'établissement prévoit d'adopter ce règlement interne.

### 3.2.2 Les autres dispositifs de contrôle et d'audit

Les autres dispositifs de contrôle en vigueur au sein de l'établissement concernent le contrôle de la performance, et quelques procédures mises en place dans le cadre de la certification des comptes.

La direction du contrôle de gestion pilote le contrôle de la performance. Ce service se compose de deux agents, dont le directeur. Il assure le suivi des données financières essentielles, en partenariat avec le médecin responsable de l'information médicale, et mène quelques études financières. Toutefois, l'établissement n'établit plus de comptabilité analytique<sup>49</sup>, telle qu'elle est prévue à l'article R. 6145-7 du code de la santé publique. Celle-ci est pourtant nécessaire à l'élaboration d'un compte de résultat analytique et indispensable pour assurer le pilotage financier de l'activité. De ce fait, le chef de pôle et les cadres de santé ne disposent plus d'indicateurs de suivi financier de leurs activités permettant d'assurer la meilleure allocation des ressources.

La chambre recommande donc à l'établissement d'y remédier.

<b>Recommandation n° 4 : réaliser le compte de résultat analytique.</b>
---

En réponse aux observations de la chambre, l'établissement prévoit d'instaurer ce compte de résultat analytique.

En l'absence de compte de résultat analytique, une cellule de performance médico-économique a été mise en place en 2019, pour faire face au déficit du compte financier. Celle-ci se compose de la directrice des finances et du directeur du contrôle de gestion. Cette cellule est chargée de viser l'ensemble des charges d'exploitation de l'hôpital pour garantir leur adéquation aux besoins, ce qui doit participer d'une bonne régulation de la dépense.

Ce contrôle s'appuie principalement sur cette procédure de visa des dépenses « au fil de l'eau ». La chambre s'interroge sur l'efficacité de ce dispositif, dès lors que les émetteurs des bons de commande n'ont pas connaissance des arbitrages budgétaires. Cette mesure ne permet qu'un freinage temporaire des dépenses d'exploitation, en cas de dépassement des prévisions budgétaires. Pour les années suivantes, cet objectif pourrait être atteint au travers d'un processus d'arbitrage budgétaire associant l'ensemble des directions jusqu'à l'approbation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.

En réponse aux observations de la chambre, le directeur général de l'hôpital de Cambrai met en avant « l'amélioration du résultat comptable entre 2019 et 2020 ». Toutefois, la chambre rappelle que le résultat de l'exercice 2020 est issu d'une part, des mesures conservatoires comptables apportées et d'autre part, des mesures compensatoires liées à la crise sanitaire. Les finances de l'établissement se présentent en 2021 dans une situation dégradée

---

<sup>49</sup> « La comptabilité analytique est fondée sur la comptabilité générale. Elle a pour objet (...) de mesurer les coûts d'une structure, d'une fonction, d'un projet, d'un bien produit ou d'une prestation réalisée et, le cas échéant, des produits afférents en vue d'éclairer les décisions d'organisation et de gestion » (article 59 du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique).

Malgré la taille de l'établissement, en dehors de cette cellule et du contrôle des cartes d'achat, les procédures de contrôle interne restent limitées. La chambre relève ainsi des anomalies dans la gestion de la paye, notamment sur l'indemnisation de jours correspondant à des comptes épargne-temps<sup>50</sup> et sur le versement d'indemnités<sup>51</sup> et dans le suivi des contrats d'activité libérale des praticiens hospitaliers<sup>52</sup>. À la suite du rapport de certification pour l'exercice 2020 établi par le commissaire aux comptes, l'hôpital a mis en place en 2021 une procédure de contrôle sur les comptes épargne-temps. Le déploiement des procédures de contrôle interne pourra être poursuivi et devra s'accompagner de mesures diligentes de traitement des non-conformités, en particulier sur la gestion de la paye.

---

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

*L'instabilité de la collaboration entre la commission médicale de l'établissement (CME) et la direction a pesé sur le pilotage de l'établissement. La démarche engagée par la direction de l'hôpital en octobre 2018 concernant la substitution de cette commission par un comité des chefs de pôle démontre la volonté d'une partie de la communauté médicale de sortir de cette crise institutionnelle. Le renouvellement de la composition de la CME, ainsi que de son président lors des élections de septembre 2021, permet d'envisager un retour aux prérogatives de cette instance.*

*Malgré l'adoption d'un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en 2019 pour une durée de cinq ans, celui-ci n'a donné lieu à aucun rapport annuel et d'étape avec l'agence régionale de santé. En outre, la cohérence de l'ensemble des documents stratégiques manque de lisibilité et de suivi. De plus, le rapport d'activité du directeur, actuellement inexistant, devra être établi et présenté au conseil de surveillance.*

*Enfin, le contrôle interne doit encore être développé. Si le centre hospitalier a renforcé son processus de contrôle du programme des cartes d'achat en 2019, celui-ci reste perfectible. L'adoption d'un règlement intérieur apparaît nécessaire. D'autres procédures commencent à être déployées, notamment sur le contrôle des comptes épargne-temps à la suite de la certification des comptes. Toutefois, l'absence de comptabilité analytique, et donc de compte de résultat analytique, nuit au pilotage du projet médico-économique du centre hospitalier. Il convient d'y remédier.*

---

---

<sup>50</sup> 15 agents ayant bénéficiés de versements ne paraissent pas disposer d'un compte épargne-temps.

<sup>51</sup> Sur un échantillon de dossiers, les arrêtés correspondant à une indemnité de travaux supplémentaires, à une indemnité compensatrice de logement, à une indemnité de sujétion spéciale étaient manquants.

<sup>52</sup> Un médecin exerçant une activité libérale a perçu une « indemnité de service public exclusif » mensuelle de 493,35 € jusqu'en octobre 2020, pour un total de 22 694,10 €.

## 4 LA FIABILITÉ DES COMPTES

### 4.1 La certification

Le centre hospitalier s'est engagé dans une démarche de certification des comptes à partir de l'exercice 2017. Elle est devenue obligatoire pour l'établissement pour l'exercice 2019. Ces travaux viennent chaque année améliorer la fiabilité des comptes, mais l'importance des rectifications réalisées sur les exercices 2018 et 2019 empêchent toute analyse bilancielle détaillée.

Le premier « audit blanc » conduit par le cabinet KPMG a mis en lumière plusieurs points d'amélioration sur les provisions, la dépréciation des créances et les amortissements<sup>53</sup>. L'ensemble de ces préconisations, si elles avaient été mises en œuvre, auraient eu pour effet de porter le déficit de l'établissement de - 364 000 € à - 4 372 000 € pour l'exercice 2017. Le centre hospitalier a voulu en intégrer certaines, mais il n'a toutefois pas mené à bien l'ensemble de ces écritures. D'après l'ordonnateur, la non prise en charge, par le comptable public de l'établissement, des certificats de corrections d'erreurs sur les exercices 2018-2019 expliquerait les divergences constatées sur les résultats entre les comptabilités tenues sur le logiciel de la trésorerie (Hélios) et celui de l'hôpital. Cela a conduit à un écart de près de - 1 M€ entre le résultat attesté par le compte financier et le montant de la délibération du conseil de surveillance du 3 juillet 2019. Une délibération modificative d'affectation du résultat pour l'exercice 2018 a, cependant, permis de régulariser ces divergences.

Dans son rapport pour l'exercice 2019, le cabinet KPMG note qu'il lui est impossible de certifier les comptes en raison d'une « insuffisance de formalisation et de mise en œuvre des procédures de contrôle interne sur la chaîne de facturation, le codage des recettes et le suivi des interfaces automatiques ». Ni l'exhaustivité, ni l'exactitude des recettes d'hospitalisation n'ont pu être attestées. Le rapport pour l'exercice 2020 fait état de corrections apportées sur l'exercice 2019 à hauteur de - 8,1 M€, qui viennent s'intégrer au report à nouveau déficitaire. Elles portent pour l'essentiel sur les provisions liées au compte épargne-temps des personnels médicaux (3,6 M€) et sur les créances irrécouvrables (1,4 M€).

Il appartient, à présent, à la direction des finances de déployer des procédures de contrôle interne à même de fiabiliser les flux comptables, et en particulier renforcer les admissions en non-valeurs des créances irrécouvrables.

En réponse aux observations de la chambre, le directeur général fait valoir que « la fiabilité des comptes a été assurée pour les exercices 2018 et 2019 ». Ce n'est pourtant pas le cas. La chambre maintient son appréciation sur l'absence de fiabilité des comptes sur ces deux exercices comptables au regard de l'ampleur des désordres constatés.

---

<sup>53</sup> L'amortissement des immobilisations est la constatation comptable d'un amoindrissement de la valeur d'un élément d'actif et a pour but d'assurer les ressources nécessaires à son renouvellement, sous la forme d'une dotation qui constitue une dépense obligatoire.

## 4.2 Le suivi patrimonial

Déjà constaté dans le précédent rapport de la chambre en 2014, la fiabilité du patrimoine de l'hôpital est toujours insatisfaisante. Le commissaire aux comptes indique qu'il n'a pas pu « apprécier l'existence, l'exactitude et l'exhaustivité de la valeur nette comptable ». Les immobilisations corporelles inscrites au compte financier au 31 décembre 2020 s'élèvent à 114 524 000 €.

La méthode suivie est détaillée dans le compte financier : seuls les biens dont la valeur d'achat est supérieure à 600 € et dont la durée de vie dépasse une année sont retracés dans l'inventaire. Les licences présentent des durées variables. Selon les cas, elles sont amorties en 2, 5 voire 10 ans, ce qui traduit une absence de permanence de méthode.

La comparaison des soldes des comptes d'immobilisations du compte financier 2019 et de l'état d'actif 2019 tenu par l'hôpital révèle un écart de plus de 100 M€. À titre d'exemple, le compte 21311 « Bâtiments hospitaliers et administratifs » affiche un solde débiteur de 170 778 412 €, alors que le montant en débit à l'inventaire est de 112 209 063 €, soit un écart de plus de 58,5 M€.

Un travail de rapprochement semble avoir été initié avec la certification du commissaire aux comptes sur l'exercice 2020 et l'établissement a enregistré les premières opérations correctrices. Les immobilisations amorties sont sorties de l'actif. Ces efforts de fiabilisation du patrimoine sont à poursuivre.

**Rappel au droit n° 2 : fiabiliser le suivi patrimonial, conformément aux préconisations de la nomenclature M21, en application de l'article 53 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.**

## 4.3 Les comptes transitoires ou d'attente

L'instruction M21 prévoit que 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 « Comptes transitoires ou d'attente ». Ces opérations doivent être apurées dès que possible, par imputation au compte définitif. L'établissement l'effectue pour la quasi-totalité des dépenses à régulariser et à classer.

En revanche, les « recettes à classer ou à régulariser » (compte 471) se situent à un niveau élevé, et en particulier sur le compte 4718 « Autres recettes à régulariser ». Alors que l'hôpital avait entrepris le traitement de ces recettes en 2018 et en 2019, sous l'effet de la crise sanitaire, le volume de recettes à régulariser revient à un niveau de 5,8 M€ pour l'exercice 2020. Ce montant s'explique par des versements reçus des tiers payants, c'est-à-dire des organismes auxquels sont affiliés les patients pour leur couverture maladie, notamment la caisse primaire d'assurance maladie. Or, il existe systématiquement un décalage entre le versement sur le compte de l'hôpital des remboursements qui lui sont dus et la transmission des pièces justificatives, permettant leur imputation comptable. Ces efforts de traitement pourront être poursuivis, notamment lors de la période du mois complémentaire, en fin d'exercice comptable.

## 4.4 Le remboursement des prestations entre établissements

Entre 2017 et 2019, les remboursements du budget de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes vers le budget principal et le budget de l'unité de soins longue durée (USLD) ont augmenté de 6 % pour s'établir à 3,8 M€ en 2019, avec 95 % vers le budget principal et 5 % vers le budget de l'USLD. Ces remboursements étaient de 3,6 M€ en 2017 par rapport à 2,4 M€ en 2014. Cette tendance s'explique par l'augmentation des remboursements au titre des dépenses de personnel liées à des transferts d'agents de l'hôpital vers l'EHPAD et à la forfaitisation de leur rémunération. La ventilation des dépenses entre les budgets est différente selon les prestations. Les frais de blanchisserie et de restauration, ainsi que les achats stockés sont facturés en fonction des consommations. Les autres dépenses, notamment de personnel, s'appuient sur une évaluation forfaitaire.

La chambre recommande de procéder à une refacturation adaptée entre budgets.

**Recommandation n° 5 : établir une convention de facturation interne entre le budget principal et les budgets annexes et fiabiliser les flux comptables inhérents.**

Par ailleurs, le centre hospitalier de Cambrai met des agents à disposition de celui du Cateau-Cambrésis, sans que cela se traduise par une convention en bonne et due forme et un flux financier entre les deux établissements<sup>54</sup>. La chambre rappelle l'obligation d'établir des conventions de mise à disposition.

**Rappel au droit n° 3 : établir les conventions de mise à disposition auprès d'organismes extérieurs et fiabiliser les flux comptables inhérents.**

En réponse aux observations de la chambre, le directeur général indique qu'il mettra en œuvre cette recommandation et ce rappel au droit.

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

### 4.5.1 Les provisions pour jours sur compte épargne-temps

Entre 2017 et 2019, le centre hospitalier provisionnait uniquement les jours épargnés par les personnels non médicaux. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les modalités de calcul des provisions pour comptes épargne-temps doivent suivre la méthode de calcul au coût réel<sup>55</sup>. La provision pour les personnels non médicaux du centre hospitalier de Cambrai passe alors de 838 000 € en 2019 à 1,4 M€ en 2020 (correspondant à 5 853 jours épargnés au 31 décembre). Celle pour les personnels médicaux s'établit à 3 692 000 €.

---

<sup>54</sup> En 2019, le centre hospitalier a comptabilisé 417 000 € en produits à recevoir correspondant à un forfait global de l'ordre de 100 000 € pour l'ensemble des agents. En 2020, ce produit à recevoir est supprimé du compte financier après une observation du commissaire aux comptes sur l'absence de convention de prestation.

<sup>55</sup> Avis du conseil de normalisation des comptes publics n° 2018-05 du 5 avril 2018.

En 2020, le centre hospitalier a opéré une régularisation importante portant le montant total provisionné au titre des jours placés sur des comptes épargne-temps (CET) à près de 4 918 000 €. Plus de 3,6 M€ ont, en effet, été provisionnés en opérations non budgétaires au compte 1531 « CET personnel médical », sur lesquelles seuls les mouvements de l'année (soit 373 371 €) ont donné lieu à contrepartie dans les comptes 68. Les régularisations ont été passées au compte 119 « Report à nouveau ». Ce dispositif est venu accroître le déficit du compte de report à nouveau de 3,6 M€.

Les chiffres du suivi effectué par le centre hospitalier ne recourent pas ceux du compte financier. Les opérations comptables de provision sur les comptes épargne-temps devront être fiabilisées à l'avenir<sup>56</sup>.

#### 4.5.2 Les provisions pour créances

La provision pour dépréciation de comptes de tiers (compte 491) à réaliser est estimée en 2019 à 1 461 000 € selon le commissaire aux comptes, alors que l'hôpital n'a effectivement provisionné que 316 000 € (correspondant au solde de sortie de ce compte).

Le centre hospitalier a augmenté significativement cette provision sur l'exercice 2020 en appliquant la méthode préconisée par le commissaire aux comptes. Une mauvaise prise en charge des opérations comptables est également à relever, les contreparties des opérations de provisions n'ayant pas été passées. Le compte de gestion de 2020 retrace ainsi 1 512 776 € au compte 491 mais seulement 42 257 € au compte 68147.

Au vu du volume des créances douteuses et des impayés chaque année, il serait de bonne gestion que l'hôpital provisionne sur ce compte à chaque exercice. Avant 2020, le montant provisionné pour dépréciation des comptes de tiers représentait moins de 15 % des restes à recouvrer. Ce ratio est de 72,4 % en 2020. Les restes à recouvrer sont en augmentation, en particulier ceux en phase contentieuse. Le centre hospitalier pourrait renforcer ses actions de recouvrement.

#### 4.5.3 Les provisions pour contentieux

L'établissement est en contentieux avec l'administration fiscale concernant le paiement de la TVA liée à la rénovation des bâtiments entre 2007 et 2012, pour un montant de près de 17 M€<sup>57</sup>. Si le centre hospitalier a engagé une requête introductive d'instance devant le tribunal administratif, il n'en demeure pas moins redevable de ce montant depuis le 23 novembre 2021. Ce contentieux ne fait pas l'objet d'une provision.

---

<sup>56</sup> En 2019, il y a une erreur d'imputation de la contrepartie du compte 1532 qui a été passée au compte 681531 au lieu du compte 681532. En 2020, les opérations sur les budgets annexes ne sont pas équilibrées.

<sup>57</sup> L'administration fiscale a procédé en 2018 à un contrôle sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 juin 2018 qui a donné lieu à un redressement, notifié le 13 décembre 2018. Une mise en demeure de payer cette dette fiscale est intervenue le 23 novembre 2021, après l'épuisement des voies de recours gracieux par le centre hospitalier.

En application de la réglementation, le centre hospitalier devrait comptabiliser cette somme au titre des provisions pour risques et charges inscrite au passif du bilan (entre les capitaux propres et les dettes), et au compte de résultat, qui réduirait par conséquent le résultat de l'année de sa comptabilisation. Au regard du montant de ce contentieux, et pour assurer la meilleure transparence de l'information comptable, la chambre lui recommande d'inscrire le montant de cette dette fiscale dans une annexe spécifique au compte financier et aux documents budgétaires, afin de bien en conserver l'information.

Par ailleurs, le centre hospitalier fait face à un faible nombre de contentieux. Trois litiges avec des agents sont en cours en 2020, pour un risque évalué à 153 000 €.

#### **4.6 La qualité de l'information financière**

Le centre hospitalier réalise les rapports de présentation des documents budgétaires et financiers. Ceux-ci ne sont pas établis en relation avec le trésorier de l'organisme, et ils ne comportent qu'une analyse succincte des prévisions budgétaires et des réalisations financières, ce qui limite l'information présentée au conseil de surveillance. Conformément au code de la santé publique, celui-ci délibère chaque année sur le compte financier et sur l'affectation du résultat. Il entend, notamment, le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses, ainsi que sur le programme d'investissement. La direction de l'établissement présente un « point financier » à chaque conseil de surveillance. Toutefois, l'ensemble de ces informations financières restent succinctes.

À titre d'exemple, l'hôpital fait face à une forte contrainte financière sur les crédits limitatifs<sup>58</sup> liés aux agents contractuels et à la permanence des soins sur l'ensemble de la période. Le montant de ces postes de dépense paraît plus difficile à prévoir et les crédits prévisionnels sont systématiquement sous-estimés. Cela conduit à adopter, chaque année, une décision modificative pour ces différents postes. Celle-ci s'élève à 1,3 M€ en 2018 et à 1 M€ en 2017. Sur ces deux exercices, cette augmentation est équilibrée par une réduction correspondante sur les crédits dédiés aux traitements des personnels titulaires et stagiaires. Une décision modificative d'un montant équivalent a été adoptée en 2019. Pour autant, le centre hospitalier justifie cette dernière par les coûts induits par des prescriptions issues de la certification de la qualité des soins par la Haute autorité de santé, ce qui paraît incomplet, voire inexact. En effet, pour l'agence régionale de santé, « la décision modificative n° 1 est néanmoins approuvée telle que présentée, afin de permettre le mandatement de la paie de novembre 2019 », alors que « la majeure partie des mesures prises [par la HAS] relève avant tout d'une mise en conformité réglementaire ».

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, la trésorerie hospitalière du Cateau-Cambrésis assure le traitement comptable du centre hospitalier de Cambrai. La chambre invite celui-ci à renforcer la qualité des informations financières en lien avec le comptable public, notamment en ce qui concerne le suivi des comptes, la trajectoire financière pluriannuelle et les mesures de gestion structurelles. Ainsi, en réponse aux observations de la chambre, le directeur général a transmis le rapport de présentation du compte financier 2021 établi avec le comptable public.

---

<sup>58</sup> Les crédits limitatifs sont définis à l'article R. 6145-14 du code de la santé publique et par l'arrêté du 6 août 2015. Ils correspondent aux traitements des personnels d'un établissement de santé.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*La fiabilité des comptes du centre hospitalier n'était pas assurée entre 2017 et 2020, ce qui a limité la qualité de l'information financière présentée au conseil de surveillance. C'est le cas, en particulier, de l'affectation du résultat de l'exercice 2018.*

*La certification a eu pour résultat de corriger certaines anomalies, notamment en matière de provisionnement, et ainsi d'améliorer la fiabilité des comptes. Mais l'ampleur de ces corrections ne permettent plus de comparer le bilan comptable sur les exercices successifs. Un travail sur la fiabilisation de l'inventaire doit être poursuivi afin de le rapprocher de l'actif du comptable public.*

*Enfin, l'établissement n'a pas réglé la TVA due au titre des travaux de rénovation de l'hôpital réalisés il y a dix ans. Ce contentieux fiscal s'élève à présent à près de 17 M€. À défaut de provisionnement pour contentieux, cette information devrait au moins figurer au niveau des documents budgétaires et comptables, jusqu'à son règlement définitif.*

---

## 5 LES FINANCES

Le budget du centre hospitalier de Cambrai comprend un budget principal (budget H) et trois budgets annexes : « Unité de soins longue durée » (budget E1 - USLD), « Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (budget E2 - EHPAD), « Institut de formation en soins infirmiers » (budget C1 - IFSI)<sup>59</sup>. Les produits d'exploitation consolidés s'élèvent à 142,5 M€ en 2021, dont 127,4 M€ pour le budget principal, soit 89 % du périmètre budgétaire consolidé.

### 5.1 Le résultat financier

La trajectoire financière du centre hospitalier de Cambrai est préoccupante. Tous budgets confondus, les résultats sont négatifs et se dégradent avant la crise, de - 0,3 M€ en 2017 à - 3,5 M€ en 2019.

Le budget de l'EHPAD est déficitaire sur toute la période. Il passe de - 0,2 M€ en 2017 à - 1,9 M€ en 2018, pour s'établir à - 2,4 M€ en 2021. Celui de l'institut de formation en soins infirmiers est déficitaire en 2017 et en 2019. Seul le budget annexe de l'unité de soins de longue durée est excédentaire chaque année.

**Tableau n° 3 : Le résultat consolidé**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
Produits	122 886 136	123 633 955	124 748 533	133 172 197	142 571 525
Charges	123 250 230	123 305 609	128 272 072	134 362 591	144 297 435
<b>Résultat net comptable consolidé</b>	<b>- 364 093</b>	<b>-322 584</b>	<b>-3 523 539</b>	<b>- 1 190 818</b>	<b>- 1 725 910</b>
<i>dont budget principal</i>	- 383 487	1 511 524	- 2 188 903	8 258	175 266
<i>dont USLD</i>	292 324	16 696	547 365	525 268	526 427
<i>dont EHPAD</i>	- 252 301	- 1 913 146	- 1 800 606	- 1 923 699	- 2 429 032
<i>dont Institut formation infirmiers</i>	- 21 629	56 907	- 91 195	207 214	2 442
<i>dont PO</i>	1 000	5 436	9 800	- 7 100	- 913
<i>dont AO</i>	-	-	-	- 335	- 100
Résultat consolidé/total produits	- 0,30 %	- 0,26 %	- 2,82 %	- 0,89 %	- 1,21 %

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

<sup>59</sup> Le budget A0 correspondant à la dotation non affectée constituée de terrains agricoles, et le budget PO « fondation Vanderbuch », dont les montants sont faibles, vont être clôturés par le centre hospitalier.

La trajectoire nette consolidée du centre hospitalier met en évidence des fragilités sur la marge brute d'exploitation<sup>60</sup> et la capacité d'autofinancement brute consolidée. Entre 2017 et 2019, la progression des produits (1,8 M€) est insuffisante pour pallier celle des charges (5 M€).

Les déficits résultent, pour l'essentiel, des déséquilibres cumulés du budget principal et de celui de l'EHPAD, qui y contribuent respectivement à hauteur de 30 % et de 68 %. Pendant la crise sanitaire, les résultats de 2020 et de 2021 sont restés déficitaires, en dépit du dispositif de garantie de financement mis en place par l'État, qui a permis de maintenir les produits à leur niveau de 2019. En 2021, le déficit s'établit à - 1,7 M€.

En réponse aux observations de la chambre, le directeur fait valoir l'amélioration du déficit du budget principal entre 2019 et 2020. La chambre rappelle toutefois que le résultat de 2019 ne peut pas être comparé à celui de l'exercice 2020 à cause d'une part, des difficultés comptables constatées (cf. *supra*) et d'autre part, des aides exceptionnelles versées par l'État pour faire face aux conséquences financières de la crise sanitaire.

## 5.2 La capacité de financement

Au 31 décembre 2021, la situation financière du centre hospitalier de Cambrai reste préoccupante. Elle se caractérise principalement par une capacité d'autofinancement brute<sup>61</sup> insuffisante pour faire face au remboursement en capital de sa dette. En effet, au cours de la période sous revue, la capacité d'autofinancement nette<sup>62</sup> est systématiquement négative. Elle atteint - 3,7 M€ en 2019. Cette tendance se confirme en 2021 (avec - 2,7 M€), en dépit des mécanismes de soutien financier mis en place par l'État. Les finances de l'établissement ne lui permettent pas, en l'absence de mesure structurelle, de rétablir un autofinancement net positif.

**Tableau n° 4 : La capacité d'autofinancement**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
Capacité d'autofinancement brute	3 192 630	4 984 479	1 369 994	3 951 955	2 832 237
Annuité de la dette	5 080 155	5 077 139	5 152 293	5 377 102	5 558 187
Capacité d'autofinancement nette	- 1 887 525	- 92 660	- 3 782 299	- 1 425 147	- 2 725 950

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

<sup>60</sup> La marge brute est le premier indicateur de l'équilibre financier de l'établissement à long terme. Composante du résultat d'exploitation, elle correspond aux produits courants de fonctionnement auxquels sont retirées les charges nettes courantes de fonctionnement. La marge brute donne donc la capacité économique de l'établissement à couvrir par les recettes de son activité les investissements courants, ainsi que les charges de la dette.

<sup>61</sup> La CAF brute correspond à l'excédent brut de fonctionnement (différence entre les produits et les charges de gestion) augmenté du résultat financier et des produits et charges exceptionnels réels.

<sup>62</sup> La CAF nette, qui correspond à la CAF brute diminuée des remboursements de dettes en capital, mesure la capacité d'un organisme à financer ses dépenses d'investissement grâce à ses ressources propres, une fois acquittée la charge obligatoire de la dette.

Ces difficultés de financement le conduisent à différer une partie de ses investissements. Les décisions d'emprunt de l'établissement sont soumises à un accord préalable de l'agence régionale de santé depuis 2011. Lors des cinq exercices examinés, le centre hospitalier de Cambrai a rempli les trois critères de vigilance définis par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique. En 2021, son taux d'endettement (68,7 %) représente, ainsi, plus du double du taux réglementaire de 30 %, la durée apparente de sa dette (40 ans) est quatre fois supérieure au seuil d'alerte fixé à 10 ans, et son taux d'indépendance financière (75 %) excède largement le seuil réglementaire de 30 %.

La structure de la dette ne comporte pas d'emprunts risqués. En 2021, la totalité de sa dette, qui s'élève à 85,3 M€, est cotée 1A sur la charte Gissler<sup>63</sup>. L'encours de la dette<sup>64</sup> est resté globalement stable, diminuant légèrement de 87,5 M€ en 2017 à 85,3 M€ en 2021, mais la durée apparente (encours de dette/capacité d'autofinancement) s'est dégradée, passant de 20,4 à 40,4 années en raison de la baisse de la capacité d'autofinancement et des nouveaux emprunts (21 M€).

L'effort d'investissement est en augmentation, mais aucune dépense n'a concerné des équipements et matériels lourds ou des infrastructures, en dépit d'un taux de vétusté des équipements qui reste supérieur à 88 %. Ces dépenses, hors remboursement en capital de la dette, se sont élevées à 15,1 M€ entre 2017 et 2021, en retrait de 6,2 M€ par rapport à la programmation initiale. Leur financement est plus que couvert par l'emprunt (près de 21 M€).

Contrairement au scénario de financement prévu par l'établissement<sup>65</sup>, les emprunts réalisés ont été supérieurs à la programmation des investissements et ont servi en grande partie, dans un contexte de capacité d'autofinancement nette négative et de déficits chroniques, à financer indument le cycle d'exploitation.

Pour pallier le niveau réduit d'autofinancement brut et les difficultés de recours à l'emprunt, le financement des investissements est complété chaque année par des prélèvements sur le fonds de roulement<sup>66</sup>. Celui-ci est passé de 9,8 M€ en 2017 à 3,5 M€ en 2019, et il est même devenu négatif en 2020 (- 230 664 €).

---

<sup>63</sup> Cette charte de bonne conduite, signée en 2010 entre le secteur bancaire et les collectivités territoriales, favorise une meilleure compréhension des risques liés aux emprunts de ces dernières selon une matrice à double entrée : le chiffre (de 1 à 5) traduit le risque lié à l'indice servant au calcul de la formule du prêt, la lettre (de A à E) exprimant le risque attaché à la complexité de la formule de calcul des intérêts.

<sup>64</sup> L'encours de la dette correspond au montant du capital des emprunts restant à rembourser par l'organisme. Son détail figure au compte financier.

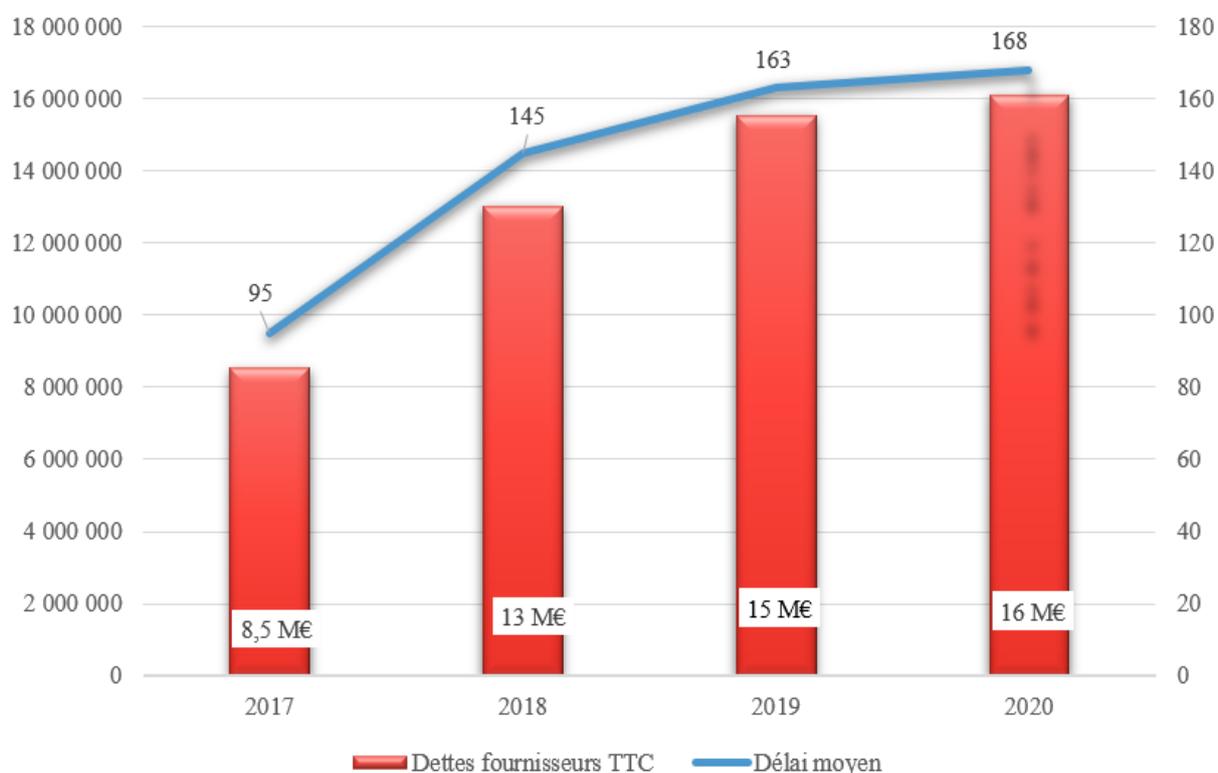
<sup>65</sup> Selon les projections du centre hospitalier en 2018 établies par le plan global de financement pluriannuel 2018-2022 : « deux emprunts sont prévus pour le financement du cycle d'investissement. Le centre hospitalier de Cambrai n'ayant pas emprunté depuis l'année 2012, doit relancer dès l'année 2018 un plan d'investissements à hauteur d'environ 4 M€ pour l'année 2018 et un second emprunt de 3 M€ pour l'année 2020 ».

<sup>66</sup> Le fonds de roulement est la différence entre les ressources à plus d'un an (dotations/réserves, subventions, emprunts) et les emplois stables (investissements réalisés et en cours). Il est destiné à financer, dans un premier temps, les investissements et les biens durables. Le besoin en fonds de roulement correspond à la somme que l'organisme doit financer pour couvrir le besoin résultant des décalages de trésorerie entre les entrées (ressources) et les sorties (dépenses). La trésorerie résulte de la différence entre fonds de roulement et besoin en fonds de roulement.

Depuis 2017, l'hôpital ne dispose plus d'un fonds de roulement suffisant pour préserver sa trésorerie. Le niveau de celle-ci s'élève à 1,5 M€, soit seulement 4,4 jours de charges courantes au 31 décembre 2020, et à 1,3 M€ au 28 décembre 2021. Ces difficultés sont l'illustration des déficits cumulés chroniques de l'établissement. Avec des dépenses d'investissements à long terme qui sont restées stables en 2021, les financements à long terme de 12 M€ en 2021 ont donc notamment alimenté le cycle de court terme.

La dette fournisseurs, de 8,5 M€ en 2017, a doublé pour atteindre 15,9 M€ en 2021 et le délai global de paiement associé est anormalement long, à 168 jours<sup>67</sup>, ce qui constitue un risque élevé pour le centre hospitalier, d'autant qu'il présente près de 5 M€ de factures en attente au 31 décembre 2021.

**Graphique n° 2 : La dette fournisseur (en €) et les délais de paiement (en jours)**



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

<sup>67</sup> L'article R. 2192-11 du code de la commande publique fixe le délai global de paiement pour les établissements publics de santé à un maximum de 50 jours. Ce délai court entre la date de réception de la facture et son paiement.

Le report à nouveau débiteur correspond au cumul des pertes enregistrées au cours des exercices précédents. Celui-ci double entre 2017 et 2020. Au 31 décembre 2021, il s'élève à près de 24,6 M€. Cette situation risque d'être aggravée par le contentieux fiscal de 17 M€ (cf. *supra*).

### 5.3 Le budget principal

Le budget principal du centre hospitalier bénéficie d'une croissance continue de ses produits de l'assurance maladie (titre 1), qui augmentent de 21 M€ entre 2017 et 2021. Jusqu'en 2019, les produits issus des patients et des mutuelles (titre 2) ont été stables, et la baisse d'1,1 M€ sur les autres produits (titre 3) a été compensée par une augmentation des produits de tarification à l'acte (+ 1,9 M€). Avec la crise, les mécanismes de compensation ont évité une contraction des recettes de tarification entre 2019 et 2020.

Les produits de tarification passent de 54 M€ à 57,5 M€ entre 2020 et 2021. La revalorisation des tarifs de + 5,15 % au 1<sup>er</sup> mars 2021, afin de compenser les revalorisations salariales résultant du « Ségur de la Santé », expliquent la hausse de 3 M€ des produits de tarification à l'acte, soit 480 000 €/mois de produits supplémentaires. La déprogrammation des volumes d'activités et les surcoûts liés à la gestion de la crise sont couverts par la garantie financière (avec 6,9 M€ en 2020 et 3,6 M€ en 2021). Par ailleurs, le doublement de la dotation du forfait annuel des urgences entre 2020 et 2021 (de 2,6 M€ à 4,9 M€) est surtout lié au basculement de la dotation SMUR (1,4 M€ en 2020), qui était financée jusqu'alors au travers des missions d'intérêt général. Sur la période, le centre hospitalier se caractérise par de faibles revenus liés à la gériatrie, en raison de capacités d'accueil réduites. Ce secteur offre pourtant des perspectives de développement importantes. Le modèle médico-économique apparaît insuffisamment tourné vers ce secteur et les services d'amont ou d'aval, secteurs fortement attractifs et dont la valorisation financière concourt pourtant activement aux équilibres financiers d'un hôpital.

#### **Le financement de l'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique**

La caisse primaire d'assurance maladie verse à l'établissement la majeure partie de ses recettes sur la base de la tarification à l'activité (T2A) associée à chaque type de séjour. Les patients ou leur complémentaire santé prennent en charge une fraction (généralement 20 %) du coût des soins, appelée ticket modérateur, calculée sur le tarif journalier de prestations arrêté par l'agence régionale de santé pour chaque établissement ; le forfait journalier hospitalier, dont le montant est fixé par arrêté du ministre de la Santé, correspond à la prestation d'hébergement assurée par l'établissement ; ce forfait peut être complété par des suppléments définis par l'établissement. C'est le cas, par exemple, pour le tarif des chambres individuelles. Outre les produits dépendant de l'activité, les établissements publics de santé peuvent percevoir de l'agence régionale de santé des dotations pour missions d'intérêt général (MIG) ou des aides à la contractualisation (AC) ainsi qu'une incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ).

### **La garantie de financement des établissements de santé**

Entre mars et mai 2020, les activités médicales et chirurgicales non urgentes et n'induisant pas de perte de chance pour les patients ont été déprogrammées afin de libérer des capacités en hébergement d'hospitalisation ainsi qu'au sein des plateaux techniques pour faire face aux besoins sanitaires locaux. Pour compenser cette perte d'activité, l'arrêté du ministère de la Santé du 6 mai 2020 a fixé les conditions de versement d'une garantie de financement pour la période de mars à décembre 2020. La garantie constitue un plancher qui se substitue pendant la période de crise aux rémunérations liées à l'activité, complétées, le cas échéant, des recettes correspondantes à cette période. Le principe est de garantir aux établissements de santé un minimum de recettes (issues du régime d'assurance obligatoire) au moins égal à celles perçues au titre de l'activité 2019 sur une période équivalente. Par conséquent, le dispositif de chômage partiel ne leur est pas applicable.

Les charges connaissent deux hausses significatives : de 4,4 M€ (de 108,8 M€ en 2018 à 113,2 M€ en 2019), puis de 14 M€ entre 2019 et 2021, où elles s'établissent à 127,4 M€. Les charges d'hôtellerie progressent de 3,4 M€ entre 2017 et 2021. Celles à caractère médical, stables entre 2017 et 2020, augmentent ensuite d'1 M€. Les autres charges restent maîtrisées.

Les dépenses de personnel représentent 65 % du total des charges. Leur dynamisme conduit à une hausse de + 14,1 M€ entre 2017 et 2021, qui constitue 81 % de celle des charges. Entre 2017 et 2019, les charges de personnel progressent de 70,5 M€ à 73,6 M€, soit une croissance de 3 M€. En 2020 et 2021, la hausse est bien plus conséquente : les charges de personnel passent de 78,4 M€ à 84,3 M€, notamment du fait de la revalorisation des salaires. Comme indiqué précédemment, les gains sur la tarification à l'acte en recettes compensent dans leur intégralité ces mesures salariales.

## **5.4 Le budget de l'EHPAD**

Le budget annexe E de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes compte 11,7 M€ de produits et 13,9 M€ de charges en moyenne, et représente 9 % du budget consolidé. Son déficit annuel moyen chronique d'1,4 M€ contribue au déficit global de l'établissement dans une proportion non négligeable.

Ce déficit est structurel sur la période 2017-2021. Il s'accroît fortement de - 252 301 € en 2017 à - 1,9 M€ en 2018. Les pertes sont alimentées par une augmentation soutenue des dépenses, qui passent de 12,4 M€ en 2017 à 15,2 M€ en 2021, ce qui correspond pour 70 % à une progression des dépenses de personnel.

La revalorisation du forfait de remboursement des prestations réalisées par l'hôpital pour les maisons de retraite constitue une dépense conséquente pour ce budget et une recette pour le budget principal. Ce remboursement atteint 3,4 M€ en moyenne sur la période 2017-2020.

Le centre hospitalier ne prévoit d'engager un plan d'action de résorption de ce déficit qu'à compter de 2022. Toutefois, ce projet n'intègre aucune mesure sur la gestion du personnel, comme par exemple l'amélioration de la qualité de vie au travail avec l'objectif de réduire le taux d'absentéisme.

## 5.5 Le pilotage de la masse salariale

Sur la période 2017 à 2020, la masse salariale connaît une augmentation de 8 M€ concentrée sur la dernière année. Celle-ci se répartit entre 2,1 M€ pour le personnel médical et 5,8 M€ pour le personnel non médical.

**Tableau n° 5 : La masse salariale entre 2017 et 2020**

(en €)	2017	2018	2019	2020
Personnel médical	14 878 527	15 001 724	15 694 687	17 046 516
Personnel non médical	63 145 672	63 049 296	64 910 895	69 017 998
<i>dont titulaires, stagiaires et CDI</i>	<i>55 452 306</i>	<i>54 729 815</i>	<i>54 670 918</i>	<i>59 807 434</i>
<i>dont CDD et autres contrats*</i>	<i>7 693 367</i>	<i>8 319 480</i>	<i>10 239 977</i>	<i>9 230 564</i>
<b>Total</b>	<b>78 024 199</b>	<b>78 051 020</b>	<b>80 605 582</b>	<b>86 064 514</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux.

\* Contrats aidés, contrats d'apprentissage hors intérim.

De 2017 à 2019, les dépenses pour les personnels en contrat à durée déterminée ou autres contrats augmentent (+ 2,5 M€ entre 2017 et 2019), tandis que celles pour les personnels titulaires ou en contrat à durée indéterminée diminuent (- 781 000 €).

En 2020, avec la crise sanitaire, cette tendance s'inverse, et la masse salariale pour les personnes titulaires ou en contrat à durée indéterminée progresse de + 5 M€.

Selon le centre hospitalier, cette hausse serait due, en 2018, à l'impact de la réforme du nouveau régime des astreintes et de la nouvelle réglementation sur le personnel médical aux urgences et, en 2019, à la certification par la Haute autorité de santé, à hauteur de 0,6 M€ (mise en place d'astreintes médicales et paramédicales, création du poste d'infirmière d'orientation d'accueil) (cf. *supra*).

Pour les personnels médicaux, la masse salariale augmente ainsi de 8,6 % entre 2019 et 2020, alors que les effectifs évoluent seulement d'1,15 %. Elle ne concerne que les praticiens non-titulaires, alors que le nombre de praticiens hospitaliers baisse entre 2017 et 2020. Le constat d'une déconnexion entre les évolutions de la masse salariale et les effectifs en ETPR<sup>68</sup> se retrouve aussi sur le personnel non médical. Les effectifs des personnels non médicaux se contractent légèrement, mais leur masse salariale augmente de 6,3 %. Dans le même temps, le centre hospitalier a ramené les dépenses d'intérim médical de 223 000 € en 2018 à 28 000 € en 2020. Le volume d'heures supplémentaires indemnisées atteint pour l'année 2020 un niveau sans précédent, avec 23 700 heures pour le personnel non médical (soit un montant total de 752 000 €), dont 13 000 pour les personnels infirmiers.

<sup>68</sup> L'équivalent temps plein rémunéré (ETPR), notion définie par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) est proportionnel à l'activité d'un agent, mesurée par sa quotité de temps de travail et par sa période d'activité sur l'année.

Tableau n° 6 : Les catégories de praticiens

(en ETPR)	2017	2018	2019	2020
Praticiens hospitaliers à temps plein	73,79	66,48	72,16	65,51
Praticiens hospitaliers à temps partiel	5,7	6,15	4,66	4,73
<b>Total praticiens hospitaliers</b>	<b>79,49</b>	<b>72,63</b>	<b>76,82</b>	<b>70,24</b>
<b>Total autres statuts*</b>	<b>25,39</b>	<b>29,39</b>	<b>31,72</b>	<b>39,71</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux.

\* Praticiens attachés, praticiens contractuels, assistants des hôpitaux.

Le centre hospitalier a engagé l'élaboration de « lignes directrices de gestion<sup>69</sup> ». Celles-ci doivent être finalisées et validées par les instances de l'établissement. Elles constitueront un outil de pilotage des ressources humaines. Elles devront s'accompagner de procédures de contrôle interne pour veiller à la bonne adéquation entre l'évolution de l'activité, des effectifs et de la masse salariale. Le suivi infra-annuel des indicateurs de pilotage, établi au niveau du bilan social de l'établissement, apparaît ici nécessaire.

## 5.6 La trajectoire financière

La trajectoire financière est marquée par de nombreuses incertitudes. Dans ce contexte, la capacité de pilotage des finances de l'établissement est déterminante pour restaurer les fondamentaux de gestion.

---

<sup>69</sup> Suite à l'adoption de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, un organisme public doit établir des « lignes directrices de gestion relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines et aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels ».

### 5.6.1 La restauration des capacités de financement

#### **La restauration des capacités de financement des établissements publics de santé**

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021<sup>70</sup> prévoit un dispositif de restauration des capacités de financement, à hauteur de 13 milliards d'euros, pour les établissements de santé qui présentent une situation financière dégradée. Dans ce cadre, la caisse primaire d'assurance maladie verse une dotation aux établissements de santé en « compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci ». Afin d'éviter la qualification d'aide d'État au regard des règles européennes, le dispositif est conçu comme une compensation de charges de service public et bénéficie à tous les établissements, publics comme privés, chargés du service public hospitalier.

Un contrat, précisant le montant de la dotation, la trajectoire de désendettement, d'investissement et de transformation de l'établissement ainsi que les modalités de suivi, doit être signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021, pour une durée maximale de 10 ans<sup>71</sup>.

En application du contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier, signé le 30 décembre 2021, le centre hospitalier de Cambrai bénéficie du dispositif national de restauration des capacités de financement, à hauteur de 18,5 M€ sur la période 2021-2029, dont le premier versement est intervenu en janvier 2022.

En contrepartie, il s'engage sur des objectifs financiers. Pour autant, les indicateurs de suivi du contrat se bornent à reprendre le cadre réglementaire ou les normes prudentielles préexistantes. En réponse, l'agence régionale de santé confirme que ces objectifs pourront être personnalisés pour l'établissement en fonction du dialogue de gestion réalisé dans le cadre du suivi annuel du contrat.

Ce versement d'1,8 M€ par an se traduit par une aide en capital, qui confortera la trésorerie. L'utilisation de cet apport devrait respecter les cibles et indicateurs définis au contrat (cf. annexe n° 7). Cela devrait notamment permettre à l'établissement d'améliorer ses délais de paiement et de financer des investissements courants. Par conséquent, ce mécanisme n'aura pas d'impact positif sur la marge brute et le résultat financier. L'hôpital reste dépendant des aides versées au travers du fonds d'intervention régional (6,1 M€ par an). Le dispositif de restauration des capacités de financement ne suffira donc pas, à lui seul, à restaurer la capacité d'emprunter et d'investir.

---

<sup>70</sup> Article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

<sup>71</sup> Le décret d'application du 30 juin 2021 identifie trois types de besoin de financement : 1° le renouvellement des investissements courants ; 2° les investissements structurants ; 3° la restauration des capacités de financement des investissements une fois déduit le service de la dette. Les établissements de la région Hauts-de-France se voient dotés de 657 M€ sur 10 ans pour les besoins 1° et 3°. Ces versements annuels successifs sont portés au débit du compte 515 et au crédit du compte 2763. Ils n'ont donc pas d'impact sur le compte de résultat. La sélection des projets d'investissement est prévue en 2022 pour un montant total de 482 M€.

### 5.6.2 La stratégie médico-économique 2022-2026

Sur la période 2017-2019, les réalisations financières se sont avérées éloignées des prévisions. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018-2022 tablait sur des capacités d'autofinancement nettes positives pour tous les exercices. Celles-ci sont restées négatives, malgré une croissance de l'activité en chirurgie.

Ce décalage entre les prévisions et les réalisations (EPRD, PGFP, évolution de la dette) met en évidence les limites du modèle médico-économique de l'établissement, mais aussi du pilotage financier. Face à des indicateurs financiers dégradés, le contrôle de gestion et les instances de régulation mis en place par la direction s'avèrent insuffisants pour améliorer l'efficacité de la dépense. Par ailleurs, le plan d'action sur les finances de l'EHPAD adopté en 2021 et ses axes de travail ne couvrent pas l'ensemble des causes du déficit (cf. *supra*).

Outre la validation des documents budgétaires, l'agence régionale de santé assure un suivi de la situation financière de l'établissement, au sein du comité régional de veille active de la trésorerie. Par ailleurs, alors que le code de la santé publique le permet<sup>72</sup>, l'agence régionale de santé n'a pas souhaité poursuivre le plan d'action qui avait été mis en place à l'issue du programme de rénovation 2007-2012. De ce fait, aucun indicateur financier ne porte sur l'évolution de la masse salariale au regard de l'activité de l'établissement.

Le projet médical, qui constitue l'ossature de l'équilibre financier des organisations de santé, apparaît insuffisamment tourné vers la gériatrie et la médecine polyvalente et pâtit d'une faible activité d'obstétrique, comparativement aux établissements de taille identique (cf. *supra*). L'établissement a établi un plan global de financement pluriannuel pour 2022-2026 qui ramènerait le résultat comptable à un excédent d'1 M€ en 2025. Sans ajustement structurel de la stratégie médico-économique, cette prospective apparaît déconnectée des tendances structurelles constatées sur la période 2017-2021.

En réponse aux observations de la chambre, l'agence régionale de santé souligne « qu'en raison de la crise sanitaire, il n'a pas pu être possible de mettre en place un accompagnement dédié comme c'est le cas pour les établissements se trouvant dans la même situation », et indique que le plan global de financement pluriannuel 2022-2026 a été refusé.

---

<sup>72</sup> Article D. 6143-39 du code de la santé publique.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Au 31 décembre 2021, la situation financière du centre hospitalier est préoccupante. Au-delà des déficits financiers récurrents entre 2017 et 2021, sa capacité d'autofinancement n'est pas suffisante pour faire face au remboursement de son annuité d'emprunt. En dépit des garanties financières de l'État, l'établissement clôture l'exercice 2021 sur un déficit d'1,7 M€. En l'absence d'un fonds de roulement et d'une capacité d'autofinancement nette positive, il ne dispose plus d'aucune ressource propre pour financer ses investissements. Avec un encours de dette de 85 M€ environ auquel s'ajoute une dette fiscale de 17 M€, l'endettement dépasse tous les critères prudentiels fixés par le code de la santé publique.*

*Le dispositif de restauration des capacités de financement mis en place en 2021 par l'agence régionale de santé ne sera pas suffisant pour rétablir les fondamentaux de gestion. La stratégie médico-économique du centre hospitalier de Cambrai pourra tenir compte de sa situation financière et devra s'appuyer sur un pilotage financier précis, fondé sur des outils de comptabilité analytique et de contrôle interne performants, associé à un suivi infra-annuel par l'agence régionale de santé.*

---

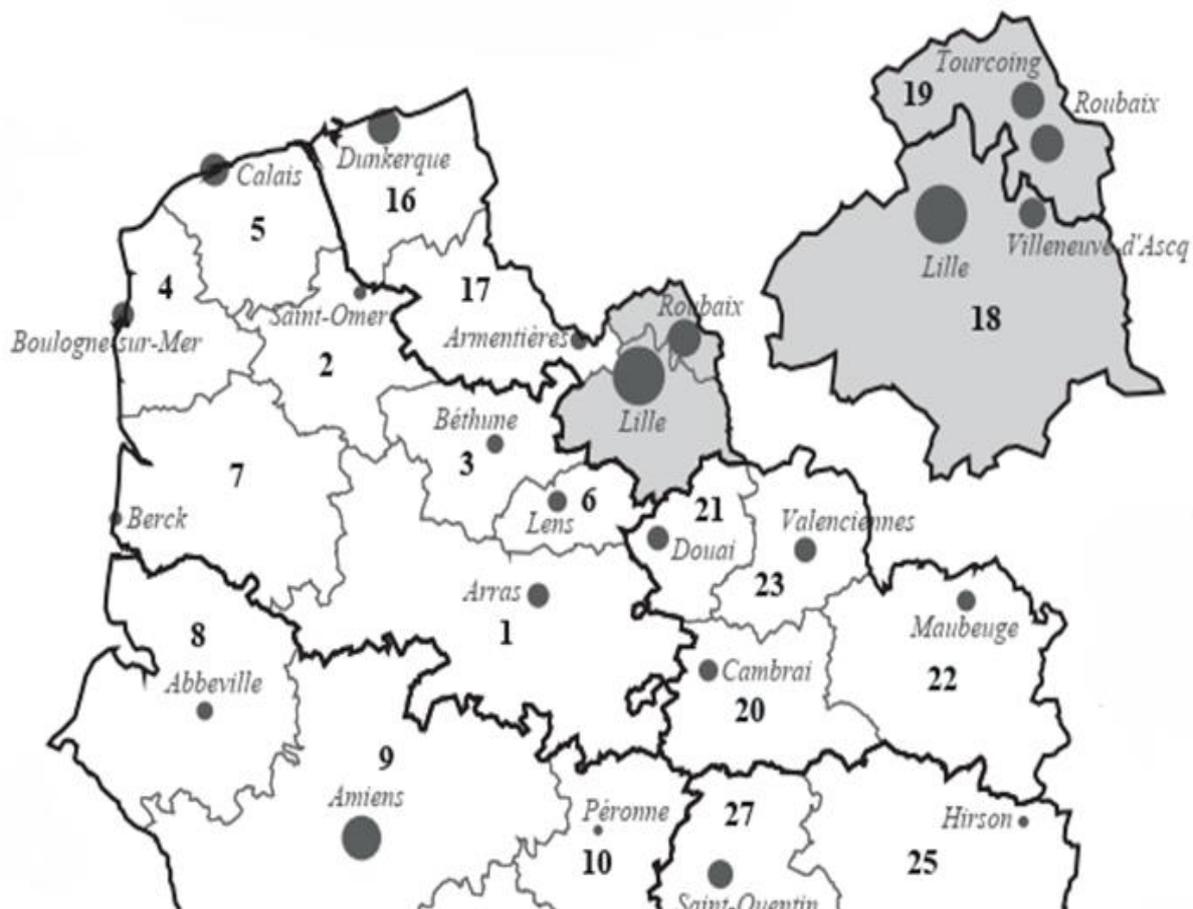
\*  
\* \*

## ANNEXES

Annexe n° 1. La zone de santé du Cambrésis .....	55
Annexe n° 2. Les autorisations et capacités en lits et places .....	57
Annexe n° 3. Les capacités de soins de l'hôpital .....	58
Annexe n° 4. L'activité du centre hospitalier .....	59
Annexe n° 5. L'activité de chirurgie par niveau de sévérité .....	60
Annexe n° 6. La répartition de l'activité entre établissements sur la zone d'attractivité du centre hospitalier de Cambrai.....	62
Annexe n° 7. La répartition de l'activité entre le secteur public et le secteur privé sur la zone d'attractivité du centre hospitalier de Cambrai en 2020 (en %).....	65
Annexe n° 8. Les 10 premiers groupes homogènes du centre hospitalier de Cambrai en 2019.....	66
Annexe n° 9. Répartition de l'activité entre les établissements sur les 21 groupes homogènes de malade en 2020 par rapport au Hainaut-Cambrésis .....	67
Annexe n° 10. La fiabilité des comptes.....	70
Annexe n° 11. Données financières .....	72
Annexe n° 12. Les effectifs du centre hospitalier .....	78
Annexe n° 13. Contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier - annexe financière n° 1 .....	81

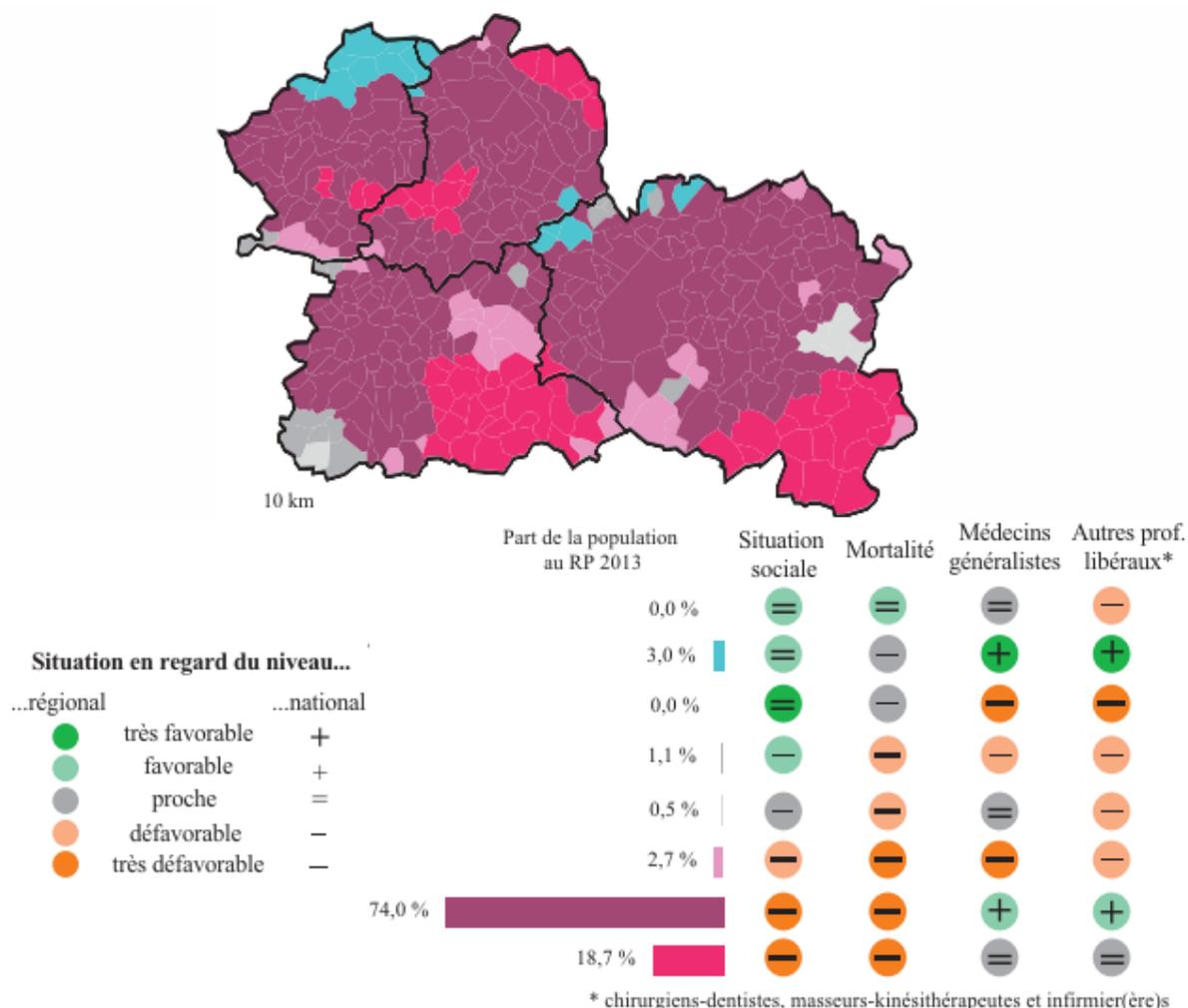
## Annexe n° 1. La zone de santé du Cambrésis

Carte n° 1 : Territoires de proximité du nord de la région Hauts-de-France



Source : chambre régionale des comptes, à partir du diagnostic territorialisé de santé 2018.

**Carte n° 2 : Principaux indicateurs de santé sur le territoire de démocratie sanitaire du Hainaut (par commune)<sup>73</sup>**



Source : chambre régionale des comptes, à partir de la définition des priorités de santé du territoire du Hainaut 2018.

<sup>73</sup> Cette typologie repose sur quinze indicateurs relatifs au domaine social, à la mortalité et à l'offre en professionnels de santé libéraux. Pour comprendre comment se situe chaque commune sur les différentes dimensions considérées et vis-à-vis des niveaux régional et national, la typologie s'appuie sur une double légende. Un rond de couleur permet de positionner la commune par rapport au niveau régional et un symbole est utilisé pour le niveau national. Ceci permet de savoir si la situation favorable observée en région, l'est également au niveau national, et inversement.

## Annexe n° 2. Les autorisations et capacités en lits et places

	Autorisé	Installé	Lits	Places
Médecine en hospitalisation complète	oui	oui	189	-
Médecine en hospitalisation à temps partiel	oui	oui	7	9
Chirurgie en hospitalisation complète	oui	oui	61	-
Chirurgie ambulatoire	oui	oui	-	28
Réanimation - adulte	oui	oui	8	-
Réanimation - pédiatrique	non	-	-	-
Surveillance continue	oui	oui	6	-
Médecine d'urgence	oui	oui	10	-
Gynécologie-obstétrique	oui	oui	24	-
Néonatalogie	non	-	-	-
Réanimation néonatale	non	-	-	-
Psychiatrie générale – hospi. complète	oui	oui	90	-
Psychiatrie générale – hospi. jour	oui	oui	-	20
Psychiatrie générale – hospi. nuit	non	-	-	-
Psychiatrie générale – placement familial thérapeutique	oui	non	-	-
Psychiatrie générale – appartement thérapeutique	oui	non	-	-
Psychiatrie infanto-juvénile – hospi. complète	oui	oui	8	-
Psychiatrie infanto-juvénile – hospi. jour	oui	oui	1	15
Psychiatrie infanto-juvénile – hospi. nuit	oui	oui	1	-
Psychiatrie infanto-juvénile – placement familial	oui	oui	-	6
Psychiatrie infanto-juvénile – appartements thérapeutiques	non	-	-	-
Unité de soins longue durée (USLD)	oui	oui	58	-
Cardiologie interventionnelle	non	-	-	-
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	oui	oui	-	13 postes
Traitement du cancer	non	-	-	-
Soins de suite et de réadaptation – non spécialisés	oui	oui	10	-
Soins de suite et de réadaptation – personnes âgées, polypathologie et risque de dépendance	oui	oui	10	
Soins de suite et de réadaptation – enfants - adolescents	non	-	-	-

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

**Annexe n° 3. Les capacités de soins de l'hôpital****Tableau n° 7 : La capacité d'accueil en chirurgie sur le Cambrésis en 2019**

	Lits et places	Salles opératoires	Chirurgiens (ETP)	Anesthésistes (ETP)	Actes
Centre hospitalier de Cambrai	88	10	12,88	6,00	4 274
Clinique Sainte-Marie avec une orientation médico-chirurgicale	59	8	10	5,98	5 076
Clinique du Cambrésis avec une orientation chirurgicale	34	4	5,5	2,5	3 264
Clinique des Hêtres à vocation chirurgicale	46	5	5,5	5	1 800

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

**Tableau n° 8 : La répartition globale des séjours (hors séances)****Séjours accueillis par les établissements du Cambrésis**

	2017	2018	2019	2020	2021*
Centre hospitalier de Cambrai	22 235	22 390	22 222	18 897	16 855
Clinique Sainte-Marie avec une orientation médico-chirurgicale	13 732	12 792	12 798	10 138	10 052
Clinique du Cambrésis avec une orientation chirurgicale	3 656	3 753	3 804	2 850	3 269
Centre hospitalier du Cateau-Cambrésis	5 978	6 507	6 847	5 782	5 032
Clinique des Hêtres à vocation chirurgicale	5 297	5 125	4 900	4 042	3 591
<b>Total séjours accueillis</b>	<b>50 898</b>	<b>50 567</b>	<b>50 571</b>	<b>41 709</b>	<b>38 799</b>

**Séjours consommés par les habitants du Cambrésis**

	2017	2018	2019	2020	2021*
<b>Total séjours consommés</b>	<b>57 051</b>	<b>57 100</b>	<b>57 699</b>	<b>47 608</b>	<b>44 211</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

\* Données provisoires.

## Annexe n° 4. L'activité du centre hospitalier

**Tableau n° 9 : Répartition par pôle d'activité**

	Nombre de résumé d'unité médicale		Chiffre d'affaires (en €)	
	2020	2021	2020	2021
PÔLE MEDICO-TECHNIQUE	9 117	9 582	8 039 149	8 961 414
PÔLE GERIATRIE	696	697	3 009 026	3 176 782
PÔLE MERE ENFANT	3 095	3 470	4 068 019	4 890 391
PÔLE URGENCES-IMAGERIE	7 826	8 429	4 413 821	4 768 950
PÔLE MEDECINE	6 510	6 671	17 262 488	18 223 113
PÔLE CHIRURGIE	7 272	8 054	15 427 858	18 706 040
<b>TOTAL</b>	<b>34 516</b>	<b>36 903</b>	<b>52 220 364</b>	<b>58 726 693</b>

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

**Tableau n° 10 : Répartition par catégorie majeure de diagnostic**

	Nombre de séjours ou séances				
	2017	2018	2019	2020	2021
01 Affections du système nerveux	1 261	1 422	1 419	1 311	1 287
02 Affections de l'œil	1 237	1 219	1 034	876	1 016
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1 419	1 346	1 231	758	995
04 Affections de l'appareil respiratoire	1 873	1 959	1 919	1 815	1 857
05 Affections de l'appareil circulatoire	2 259	2 140	2 159	1 817	1 566
06 Affections du tube digestif	3 104	3 260	3 190	2 759	2 841
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	541	521	511	521	534
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 905	1 831	1 986	1 865	1 853
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	942	942	923	791	758
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	817	967	902	671	775
11 Affections du rein et des voies urinaires	888	895	985	938	931
12 Affections de l'appareil génital masculin	200	229	262	235	223
13 Affections de l'appareil génital féminin	293	352	338	215	253
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	766	731	713	1 034	941
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	552	482	483	473	441
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	295	368	394	273	379
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	25	36	37	26	20
18 Maladies infectieuses et parasitaires	140	138	150	131	239
19 Maladies et troubles mentaux	904	935	984	729	824
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	365	326	341	267	264
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	569	585	566	519	462
22 Brûlures	39	44	22	18	8
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1 301	1 197	1 163	833	810
25 Maladies dues à une infection par le VIH	2	1	2	3	1
26 Traumatismes multiples graves	19	14	15	20	15
28 Séances	9 250	9 262	9 008	9 163	9 189
Non classé				1	2 248
<b>TOTAL</b>	<b>30 966</b>	<b>31 202</b>	<b>30 737</b>	<b>28 062</b>	<b>30 730</b>

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

**Annexe n° 5. L'activité de chirurgie par niveau de sévérité**

Sévérité	Description	Résumé d'unité médicale (nombre)			
		2017	2018	2019	2020
Niveau 1	Sans comorbidité	1 358	1 220	1 112	1 045
Niveau 2	Séjours de 3 jours minimum	645	711	709	696
Niveau 3	Avec comorbidités	426	483	651	712
Niveau 4	Avec comorbidités importante	286	308	358	342
Niveau A	Obstétrique – sans complication	4	4	7	7
Niveau B	Obstétrique – avec complication	4	7	2	3
Avec décès				1	14
Niveau J	Ambulatoire	4 168	4 052	3 960	3 469
Niveau T	Courte durée	387	489	579	647
Non segmenté		452	537	525	485
<b>TOTAL</b>		<b>7 730</b>	<b>7 811</b>	<b>7 904</b>	<b>7 420</b>
	<i>dont niveau 1 et 2</i>	<i>2 003</i>	<i>1 931</i>	<i>1 821</i>	<i>1 741</i>
	<i>dont niveau 3 et 4</i>	<i>712</i>	<i>791</i>	<i>1 009</i>	<i>1 054</i>

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

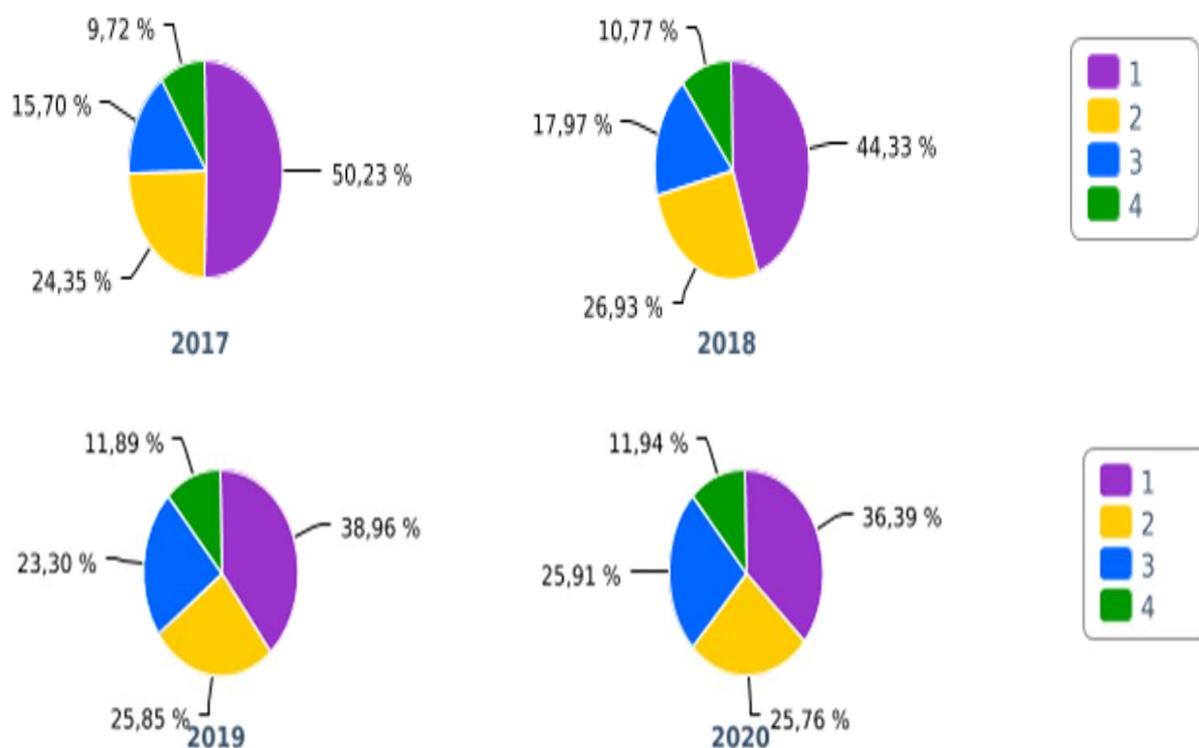
Sévérité	Chiffre d'affaires (en €)			
	2017	2018	2019	2020
Niveau 1	3 054 987,88	2 703 339,90	2 162 951,62	1 998 732,06
Niveau 2	2 680 470,23	2 895 702,01	2 911 587,57	2 688 821,90
Niveau 3	2 513 601,72	2 912 069,45	4 105 434,32	3 891 110,29
Niveau 4	2 375 023,55	2 579 534,32	2 999 970,75	2 372 514,81
Niveau A	9 207,09	8 880,40	15 552,76	15 581,02
Niveau B	8 348,61	12 092,82	5 921,81	8 796,08
Avec décès			780,66	5 202,51
Niveau J	4 599 566,30	4 474 841,55	4 313 381,98	3 861 210,61
Niveau T	258 293,75	320 311,05	366 715,85	390 214,37
Non segmenté	381 583,74	451 957,96	409 856,16	396 594,58
<b>TOTAL</b>	<b>15 881 082,85</b>	<b>16 358 729,46</b>	<b>17 292 153,47</b>	<b>15 628 778,24</b>
	<i>dont niveau 1 et 2</i>	<i>5 735 458</i>	<i>5 599 042</i>	<i>5 074 539</i>
	<i>dont niveau 3 et 4</i>	<i>4 888 625</i>	<i>5 491 604</i>	<i>6 263 625</i>

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

Sévérité	Poids moyens Par résumés d'unité médicale (en €)			
	2017	2018	2019	2020
Niveau 1	2 249,62	2 215,85	1 945,10	1 912,66
Niveau 2	4 155,77	4 072,72	4 106,61	3 863,25
Niveau 3	5 900,47	6 029,13	6 306,35	5 465,04
Niveau 4	8 304,28	8 375,11	8 379,81	6 937,18
Niveau A	2 301,77	2 220,10	2 221,82	2 225,86
Niveau B	2 087,15	1 727,55	2 960,90	2 932,03
Avec décès			780,66	371,61
Niveau J	1 103,54	1 104,35	1 089,24	1 113,06
Niveau T	667,43	655,03	633,36	603,11
Non segmenté	885,35	867,48	818,08	854,73
<b>TOTAL</b>	<b>2 060,07</b>	<b>2 098,62</b>	<b>2 194,44</b>	<b>2 112,28</b>
<i>dont niveau 1 et 2</i>	<i>6 405</i>	<i>6 289</i>	<i>6 052</i>	<i>5 776</i>
<i>dont niveau 3 et 4</i>	<i>14 205</i>	<i>14 404</i>	<i>14 686</i>	<i>12 402</i>

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

**Schéma n° 2 : Répartition des séjours de chirurgie par niveau de sévérité**



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

## Annexe n° 6. La répartition de l'activité entre établissements sur la zone d'attractivité du centre hospitalier de Cambrai

**Tableau n° 11 : La répartition de l'activité de médecine (en %)**

	2017	2018	2019	2020
Centre hospitalier de Cambrai	47,9	47,5	45,9	47,9
<b>Autres établissements du Cambrésis</b>	<b>28,1</b>	<b>28,2</b>	<b>29,4</b>	<b>25,7</b>
Clinique Sainte-Marie avec une orientation médico-chirurgicale	17,5	15,9	16,2	14,6
Centre hospitalier du Cateau-Cambrésis	7,2	9,1	10,3	8,2
Clinique des Hêtres à vocation chirurgicale	3,4	3,2	2,9	2,9
<b>Établissements extérieurs</b>	<b>24</b>	<b>24,3</b>	<b>24,7</b>	<b>26,4</b>
Centre hospitalier de Valenciennes	7,5	6,6	6,5	7,2
CHRU de Lille	6,8	6,6	6,3	6,7
Autres (polyclinique Vauban, centre hospitalier de Saint-Quentin, hôpitaux catholiques...)	9,7	11,1	11,9	12,5

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.*

**Tableau n° 12 : La répartition de l'activité de chirurgie ambulatoire (en %)**

	2017	2018	2019	2020
Centre hospitalier de Cambrai	20,3	19,3	17,7	17,5
<b>Autres établissements du Cambrésis</b>	<b>47,6</b>	<b>46,1</b>	<b>46,1</b>	<b>42,6</b>
Clinique Sainte-Marie avec une orientation médico-chirurgicale	28	26,9	27,1	25,1
Clinique du Cambrésis avec une orientation chirurgicale	11,5	11,3	11,3	9,7
Centre hospitalier du Cateau-Cambrésis	-	-	-	-
Clinique des Hêtres à vocation chirurgicale	8,1	7,9	7,7	7,8
<b>Établissements extérieurs</b>	<b>32,1</b>	<b>34,6</b>	<b>36,2</b>	<b>39,9</b>
Institut ophtalmique de Somain	6,3	6,5	8,4	10,2
Centre hospitalier de Valenciennes	3,7	4,3	4,6	4,4
CHRU de Lille	2,5	3	2,7	2,7
Autres (clinique du Parc, clinique de Lille-Sud...)	19,6	20,8	20,5	22,6

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.*

**Tableau n° 13 : La répartition de l'activité de chirurgie complète (en %)**

	2017	2018	2019	2020
Centre hospitalier de Cambrai	27,4	29,5	31,3	32,6
<b>Autres établissements du Cambrésis</b>	<b>36,2</b>	<b>32,8</b>	<b>30,9</b>	<b>32,7</b>
Clinique Sainte-Marie avec une orientation médico-chirurgicale	18,3	16,6	16,5	18,8
Clinique du Cambrésis avec une orientation chirurgicale	12,7	11,3	10,9	9,9
Centre hospitalier du Cateau-Cambrésis	0,9	1	0,8	0,8
Clinique des Hêtres à vocation chirurgicale	4,3	3,9	2,7	3,2
<b>Établissements extérieurs</b>	<b>36,4</b>	<b>37,7</b>	<b>37,8</b>	<b>34,7</b>
Centre hospitalier de Valenciennes	6	7,8	8,1	7,6
CHRU de Lille	9,4	9,2	9,2	8,4
Autres (clinique du Parc, polyclinique Vauban, CH Saint-Quentin...)	21	20,7	20,5	18,7

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

**Tableau n° 14 : La répartition de l'activité de cancérologie (en %)**

	2017	2018	2019	2020
Centre hospitalier de Cambrai	22,8	25,2	27,9	27,7
<b>Autres établissements du Cambrésis</b>	<b>28,2</b>	<b>25,6</b>	<b>25,4</b>	<b>26,9</b>
Clinique Sainte-Marie avec une orientation médico-chirurgicale	25,4	23,8	23,6	24,6
Centre hospitalier du Cateau-Cambrésis	1,3	1,1	0,9	1,4
Clinique des Hêtres à vocation chirurgicale	1,5	0,7	0,9	0,9
<b>Établissements extérieurs</b>	<b>49</b>	<b>49,2</b>	<b>46,7</b>	<b>45,4</b>
Centre hospitalier de Valenciennes	9,3	10,6	10,4	11
CHRU de Lille	13,4	13,2	11,8	12,5
Autres (CLCC Oscar Lambret, CH Saint-Quentin, polyclinique Vauban...)	26,3	25,4	24,5	21,9

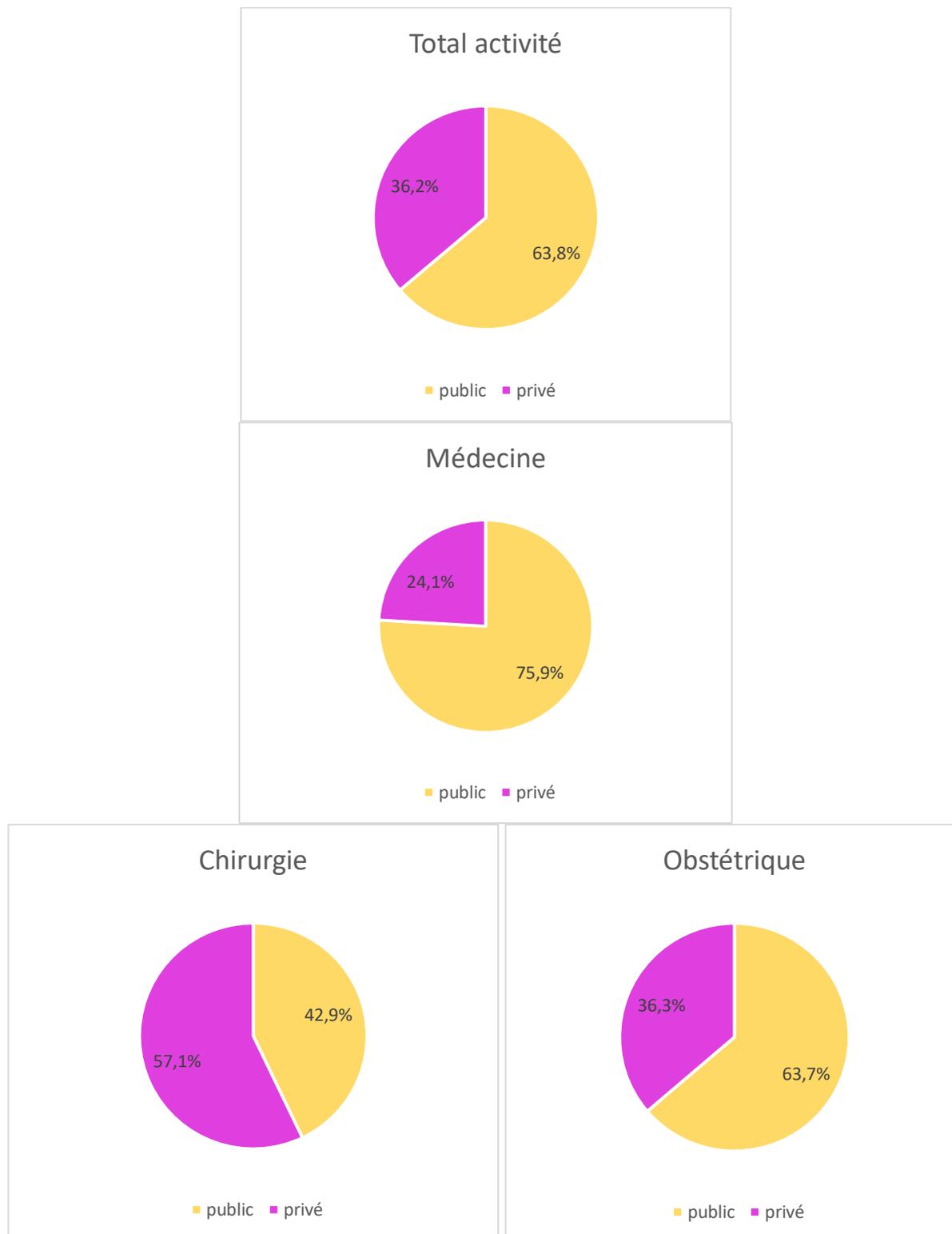
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

**Tableau n° 15 : La répartition de l'activité d'obstétrique (en %)**

	2017	2018	2019	2020
Centre hospitalier de Cambrai	39,2	37,3	37,3	39,6
<b>Autres établissements du Cambrésis</b>	<b>41,8</b>	<b>43,6</b>	<b>41,1</b>	<b>40,2</b>
Clinique Sainte-Marie	33,9	35,5	33	32,4
Centre hospitalier du Cateau-Cambrésis	7,9	8,1	8,1	7,8
<b>Établissements extérieurs</b>	<b>19</b>	<b>19,1</b>	<b>21,6</b>	<b>20,2</b>
Centre hospitalier de Valenciennes	6,1	5,8	7,5	5,8
CHRU de Lille	1,6	1,5	1,2	1,4
Autres (CH de Douai, clinique St Amé, CH Arras, clinique du Parc...)	11,3	11,8	12,9	13

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

**Annexe n° 7. La répartition de l'activité entre le secteur public et le secteur privé sur la zone d'attractivité du centre hospitalier de Cambrai en 2020 (en %)**



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de la fédération hospitalière de France.

**Annexe n° 8. Les 10 premiers groupes homogènes  
du centre hospitalier de Cambrai en 2019**

Code GHM	Libellé	Nombre en 2019
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	8 028
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	1 097
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	760
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	728
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	628
05M13T	Douleurs thoraciques, très courte durée	381
10M13T	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques, très courte durée	341
23M20T	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	337
14Z08Z	Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours	334
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	333

*Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.*

## Annexe n° 9. Répartition de l'activité entre les établissements sur les 21 groupes homogènes de malade en 2020 par rapport au Hainaut-Cambrésis

**Tableau n° 16 : Répartition des actes réalisés sur le Hainaut Cambrésis**

Code GHM	Groupes homogènes de malade	Clinique Ste-Marie	Clinique du Cambrésis	Centre hospitalier de Cambrai	Centre hospitalier Cateau-Cambrésis	Clinique des Hêtres	Remarques
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	Aucune autorisation attribuée sur le Cambrésis
23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	12,73 %	0,78 %	3,93 %	1,79 %	0,00 %	La clinique Sainte-Marie est labellisée sur la chirurgie bariatrique
20Z051	Ethylisme aigu, niveau 1	0,00 %	0,00 %	6,41 %	5,13 %	0,00 %	Cas issus des urgences
05M13T	Douleurs thoraciques, très courte durée	0,00 %	0,00 %	16,24 %	8,34 %	0,00 %	Cas issus des urgences
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	0,00 %	0,00 %	11,01 %	0,00 %	0,00 %	Un service unique sur le Cambrésis
23M20T	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	4,85 %	0,07 %	11,45 %	0,00 %	0,07 %	Cas issus des urgences
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	10,61 %	0,00 %	10,19 %	0,01 %	9,12 %	Diagnostic préalable aux soins digestifs en médecine ou en chirurgie
06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	16,48 %	0,00 %	6,35 %	0,00 %	6,58 %	Le service de chirurgie digestive de la clinique Sainte-Marie dispose de plusieurs praticiens
05K101	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1	0,00 %	0,00 %	0,24 %	0,00 %	0,00 %	Aucune autorisation attribuée sur le Cambrésis pour un plateau de coronographie
08C471	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1	2,38 %	9,52 %	9,52 %	0,00 %	7,14 %	Pour l'hôpital, il s'agit de patients issus des urgences
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	4,79 %	1,65 %	11,08 %	0,00 %	0,75 %	Concurrence de l'institut ophtalmologique de Somain. Difficulté de recrutement

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Code GHM	Groupes homogènes de malade	Clinique Ste-Marie	Clinique du Cambrésis	Centre hospitalier de Cambrai	Centre hospitalier Cateau-Cambrésis	Clinique des Hêtres	Remarques
01C15J	Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	1,52 %	11,10 %	5,10 %	0,00 %	0,42 %	Difficulté de recrutement
08C44J	Autres interventions sur la main, en ambulatoire	12,73 %	5,87 %	5,16 %	0,00 %	4,10 %	Difficulté de recrutement
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	14,00 %	4,78 %	7,44 %	0,00 %	5,48 %	Difficulté de recrutement
12C111	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes, niveau 1	36,07 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	La clinique Sainte-Marie dispose de l'autorisation pour le Cambrésis
09C05J	Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne, en ambulatoire	0,00 %	0,00 %	1,27 %	0,00 %	0,00 %	La clinique Sainte-Marie qui dispose de l'autorisation pour le Cambrésis réalise ces interventions en hospitalisation complète.
15M05A	Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	8,51 %	0,00 %	5,17 %	5,40 %	0,00 %	Autorisation de néonatalogie attribuée à la clinique Sainte-Marie
15M05B	Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	7,73 %	0,00 %	4,67 %	2,60 %	0,00 %	
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	7,70 %	0,00 %	5,67 %	5,83 %	0,00 %	Répartition entre les deux maternités publiques de niveau 1 et la maternité de niveau 2 de la clinique Sainte-Marie
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	11,01 %	0,00 %	5,27 %	5,12 %	0,00 %	
14Z08Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours	0,00 %	0,00 %	16,44 %	9,59 %	0,00 %	Suivi assuré par le secteur public

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de la fédération hospitalière de France.

**Tableau n° 17 : Répartition des actes réalisés sur le Hainaut Cambrésis entre privé, public et public non lucratif**

Code GHM	Libellé GHM	Part privé	Part privé non lucratif	Part public	Place du public
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	70,56 %	0,00 %	29,44 %	2
23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	42,38 %	36,79 %	20,83 %	3
20Z051	Ethylisme aigu, niveau 1	0,00 %	0,00 %	100,00 %	1
05M13T	Douleurs thoraciques, très courte durée	4,17 %	0,00 %	95,83 %	1
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	41,24 %	0,00 %	58,76 %	1
23M20T	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	21,85 %	7,38 %	70,77 %	1
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	63,45 %	10,61 %	25,94 %	2
06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	63,38 %	16,48 %	20,14 %	2
05K101	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1	53,12 %	0,00 %	46,88 %	2
08C471	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1	42,86 %	2,38 %	54,76 %	1
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	73,57 %	4,79 %	21,65 %	2
01C15J	Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	66,93 %	1,52 %	31,55 %	2
08C44J	Autres interventions sur la main, en ambulatoire	46,71 %	1,91 %	51,38 %	1
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	59,53 %	14,00 %	26,47 %	2
12C111	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes, niveau 1	31,15 %	36,07 %	32,79 %	2
09C05J	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, en ambulatoire	18,99 %	0,00 %	81,01 %	1
15M05A	Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	10,27 %	8,51 %	81,22 %	1
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	9,22 %	7,70 %	83,07 %	1
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	12,14 %	11,01 %	76,85 %	1
14Z08Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours	0,26 %	0,00 %	99,74 %	1
15M05B	Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	16,96 %	7,73 %	75,30 %	1
	<b>TOTAL</b>	<b>41,15 %</b>	<b>4,30 %</b>	<b>54,55 %</b>	1

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de la fédération hospitalière de France.

**Annexe n° 10. La fiabilité des comptes****Tableau n° 18 : Les durées d'amortissements**

	M21		CH Cambrai
	Taux	Converti en année	
Bâtiments	3,33 à 5 %	20 à 30 ans	30 à 50 ans
Matériel	10 à 15 %	6,7 à 10 ans	7 ans
Matériel biomédical	20 à 25 %	4 à 5 ans	7 ans
Matériel informatique	33,33 à 50 %	2 à 3 ans	5 ans
Outillage	10 à 20 %	5 à 10 ans	10 ans
Automobiles / matériel roulant	20 à 25 %	4 à 5 ans	7 ans
Mobilier	10 %	10 ans	10 ans
Matériel de bureau	10 à 20 %	5 à 10 ans	7 ans
Agencements et installations	5 à 10 %	10 à 20 ans	10 ans
Logiciels	33,33 à 50 %	2 à 3 ans	non prévu

Source : chambre régionale des comptes, à partir de la M21 – tome 2 et des données du centre hospitalier.

**Tableau n° 19 : Recettes à régulariser - Compte 471**

(en €)	2017	2018	2019	2020
Solde – compte 471	5 474 100,57	1 000 558,23	1 261 543,29	5 895 724,27
471412	95 246,90	310 051	344 144	983 510
4718	5 337 634,10	604 305,08	242 039	4 572 382

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

**Tableau n° 20 : Remboursement du budget EHPAD vers les budgets principal et USLD**

(en €)	2017	2018	2019	2020
Budget principal	3 310 391	3 396 223	3 636 684	3 487 699
Budget USLD	305 289	- 115 061 <sup>74</sup>	211 421	219 862
<b>Total</b>	<b>3 615 680</b>	<b>3 281 162</b>	<b>3 848 105</b>	<b>3 707 561</b>

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

<sup>74</sup> Pour l'exercice 2018, les opérations de certification ont conduit le centre hospitalier à inscrire 305 288,52 € en débit et 190 228 € en crédit, soit un solde de 115 061 € qui est versé du budget USLD vers le budget EHPAD.

**Tableau n° 21 : Méthode d'évaluation des dépréciations pour créances**

Méthode d'évaluation	N-3 et antérieur	N-2	N-1	N
Personnes physiques	100 %	50 %	25 %	10 %
Personnes morales de droit public	100 %	75 %	50 %	5 %
Personnes morales de droit privé	100 %	100 %	50 %	0 %

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

**Tableau n° 22 : Évolution et détail des provisions pour créances douteuses**

Évolution du solde sortie (en €)	2017	2018	2019	2020
4111 - Redevable amiable	1 314 128	1 616 928	1 410 348	1 192 096
4161 - Redevable contentieux	893 843	1 048 939	1 044 360	1 232 228
<b>TOTAL (1)</b>	<b>2 207 970</b>	<b>2 665 866</b>	<b>2 454 708</b>	<b>2 424 323</b>
491 - Dépréciation comptes de redevable (2)	316 846	316 846	316 846	1 755 419
Part du compte 491/total des redevables (2/1)	14,35 %	11,8 9%	12,91 %	72,41 %

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

**Tableau n° 23 : Crédits limitatifs en 2019**

Crédits limitatifs (en €)	Réalisé 2018	EPRD 2019	DM n° 1	EPRD 2019 modifié	Réalisé 2019
621 - Personnel extérieur à l'établissement	266 172,82	225 000,00	105 000,00	330 000,00	97 545,21
6411 - Personnel titulaire et stagiaire	26 568 887,47	26 737 266,87	- 225 771,14	26 511 495,73	26 448 647,79
6413 - Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI).	3 434 518,19	3 719 700,00	26 823,10	3 746 523,10	3 708 971,77
6415 - Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	3 854 134,23	4 370 760,00	613 170,63	4 983 930,63	4 983 437,56
6421 - Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et hospitalo-universitaires titulaires	6 284 545,85	6 360 000,00	36 928,95	6 396 928,95	6 396 506,59
6422 - Praticiens à recrutement contractuel renouvelables de droit	660 588,36	810 000,00	58 116,33	868 116,33	867 464,11
6423 - Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit	1 413 410,96	1 815 000,00	- 275 241,60	1 539 758,40	1 539 618,85
6425 - Permanences de soins	2 008 331,28	2 040 000,00	715 000,00	2 755 000,00	2 684 409,42

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

**Annexe n° 11. Données financières****Tableau n° 24 : La marge brute**

(en €)	2017	2018	2019	2020
Marge brute	7 345 962	8 017 704	5 205 002	7 323 916
Taux de marge brute	6,27 %	6,78 %	4,33 %	5,7 %
Marge brute retraités des aides	1 737 380	2 409 122	- 386 905	1 732 009
Taux de marge brute hors aide	1,35 %	2,04 %	- 0,32 %	1,35 %

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

**Tableau n° 25 : Réalisation des investissements programmés**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Investissements prévus dans le PGFP	5 243 000	19 539 278	3 352 926	2 089 326	1 717 326	31 941 856
dont remboursement LASM TVA prévu		10 500 000				
Immobilisations réalisées	2 667 050	2 067 532	4 373 148	3 876 041	2 214 409	15 198 180
<b>Écart hors LASM</b>						<b>- 6 243 676</b>

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers et du plan global de financement pluriannuel 2018-2022.

**Tableau n° 26 : Le financement des investissements**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Capacité d'autofinancement (CAF)</b>	3 192 630	4 984 479	1 369 994	3 951 955	2 832 238
Titre 1 - Emprunts	1 995 000	0	<b>6 996 000</b>	0	12 000 000
Titre 2 - Dotations et subventions	32 550	29 153	25 397	64 061	18 574 173
<i>dont apports et fonds associatifs</i>	24 482	19 283	18 974	6 000	
<i>dont subventions d'équipements</i>	8 068	9 870	6 423	58 061	
Titre 3 – Autres ressources	208 044	193 560	1 500	1 977 120	8 000
<i>dont cessions d'actifs</i>	208 044	193 560	2 600	0	
<i>dont annulations de mandats sur exercice clos</i>	0	0	0	1 977 120	
<b>TOTAL DES RESSOURCES (A)</b>	<b>5 428 225</b>	<b>5 207 193</b>	<b>8 393 991</b>	<b>5 993 137</b>	<b>33 414 411</b>
<b>Insuffisance d'autofinancement (IAF)</b>	0	0	0	0	0
Titre 1 - Remboursement dettes financières	5 080 155	5 077 139	5 152 293	5 377 102	5 558 188
Titre 2 - Immobilisations	2 667 050	2 067 532	4 373 148	3 876 041	2 214 409
Titre 3 - Autres emplois	1 225	0	0	0	18 505 431
<b>TOTAL DES EMPLOIS (B)</b>	<b>7 748 430</b>	<b>7 144 671</b>	<b>9 525 441</b>	<b>9 253 143</b>	<b>26 278 028</b>
<b>Variation du fonds de roulement</b>	<b>- 2 320 205</b>	<b>- 1 937 478</b>	<b>- 1 131 450</b>	<b>- 3 260 006</b>	<b>7 136 383</b>

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

**Tableau n° 27 : Encours de la dette et ses indicateurs**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
Annuité dette	5 080 155	5 077 139	5 152 293	5 377 102	5 558 187
Nouveaux emprunts	1 995 000	0	6 996 000	0	12 000 000
Encours de dette	87 515 621	82 438 482	84 282 189	78 905 086	85 346 898
<i>Durée apparente dette</i>	27,41	19,02	61,53	19,97	40,4
<i>Taux d'indépendance financière</i>	65,67 %	65,53 %	68,07 %	68,07 %	75,1 %
<i>Taux d'endettement</i>	73,38 %	68,94 %	69,71 %	60,95 %	68,7 %

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

Tableau n° 28 : Variation du fonds de roulement

(en €)	2017	2018	2019	2020
<b>Total ressources stables (a)</b>	<b>229 274 005</b>	<b>226 444 308</b>	<b>229 666 966</b>	<b>220 180 157</b>
<i>dont apports et réserves</i>	20 203 735	20 223 019	20 241 993	20 247 993
<i>dont reports à nouveau (c.119)</i>	- 11 403 805	- 13 273 707	- 12 724 988	- 23 980 031
<i>dont résultats de l'exercice</i>	- 364 093	- 322 584	- 3 523 539	- 1 190 394
<i>dont dettes financières</i>	87 515 621	82 438 482	84 282 189	78 905 086
<b>Total actif immobilisé (b)</b>	<b>219 453 152</b>	<b>221 729 604</b>	<b>226 083 712</b>	<b>220 411 222</b>
<b>Fonds de roulement (a-b)</b>	<b>9 820 853</b>	<b>4 714 704</b>	<b>3 583 254</b>	<b>- 231 065</b>
<i>Fonds de roulement en jours de charges courantes</i>	29,3	15,6	11,4	- 0,7

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers (bilan fonctionnel).

Tableau n° 29 : Trésorerie

(en €)	2017	2018	2019	2020
Trésorerie	881 784	1 401 724	3 743 572	1 533 565
Trésorerie jours/charges courantes	2,9	4,6	11,9	4,6

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers (bilan fonctionnel).

Tableau n° 30 : Les produits de l'assurance maladie (Titre 1) – Budget principal

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021*
<b>Titre 1 - Assurance maladie</b>	<b>85 442 612</b>	<b>87 992 859</b>	<b>89 109 071</b>	<b>98 191 970</b>	<b>106 640 893</b>
Produits T2A	51 049 692	52 881 771	53 003 422	54 113 123	57 574 375
Médicaments et dispositifs médicaux en sus	1 358 976	1 239 131	1 292 759	1 167 256	1 398 485
Forfait annuel des urgences (FAU)	1 879 959	1 953 371	2 267 516	2 662 786	5 375 968
Financement activités de SSR	116 709	157 741	169 234	223 966	190 282
Dot. annu. financement (DAF psychiatrie, SSR)	15 038 409	15 002 893	14 839 184	15 212 631	16 959 969
Missions d'intérêt général (MIGAC) – garantie financière des surcoûts	4 497 372	4 563 073	4 790 310	11 708 880	10 917 124
Consultations externes (ACE)	5 050 311	6 041 759	6 552 586	6 852 595	8 073 190
Fonds d'intervention régional (FIR)	5 992 965	6 144 248	6 192 519	6 250 301	6 150 525

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

\* Données provisoires.

**Tableau n° 31 : La garantie de financement**

(en €)	2020
<b>TOTAL</b>	<b>50 859 266</b>
Forfait GHS	44 341 040
Dialyse	
IVG	98 518
Transport	181 839
Prélèvement d'organes	35 054
Aide médicale d'État / Soins urgents / détenus	
Forfait accueil et traitement des urgences	406 800
Forfait sécurité environnement / Prestations intermédiaires	
Actes et consultations externes	1 247 946
Soins externes	36 494
Montant FIDES	4 511 575

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

**Tableau n° 32 : Les autres produits de l'activité hospitalière (Titre 2)**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Titre 2 - Produits à la charge des patients et complémentaires santé</b>	<b>7 000 004</b>	<b>7 268 600</b>	<b>7 080 753</b>	<b>6 398 598</b>	<b>6 466 690</b>
Hospitalisation complète non prise en charge	3 031 405	3 011 075	2 712 790	2 458 193	2 468 444
Hospitalisation incomplète non prise en charge	171 462	121 575	173 635	177 673	212 848
Hospitalisation à domicile non prise en charge	0	0	0	0	0
Tarifification spécifique sans prise en charge	1 303 825	1 388 990	1 418 697	1 219 141	1 140 516
Forfait journalier MCO	1 644 048	1 884 760	1 906 960	1 670 956	1 745 400
Forfait journalier SSR	129 616	143 960	143 740	137 500	132 240
Forfait journalier PSY	438 642	477 990	487 140	451 740	408 030
Patients étrangers non assurés	274 505	197 447	166 047	262 554	334 529
Patients autres établissements	146	179	56 648	4 221	7 071
Autres organismes	6 353	8 737	15 138	16 619	17 612

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

**Tableau n° 33 : Les autres produits (Titre 3)**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Titre 3 - Autres produits</b>	<b>15 996 231</b>	<b>15 261 209</b>	<b>14 853 210</b>	<b>13 938 181</b>	<b>14 352 395</b>
Ventes, prestations de services	2 317 565	2 189 812	2 119 760	1 689 845	1 554 930
Rétrocession de médicaments	2 581 781	2 324 186	2 493 277	2 177 911	2 010 074
<b>Remboursement de frais budgets annexes</b>	<b>3 310 391</b>	<b>3 396 222</b>	<b>3 636 684</b>	<b>3 847 699</b>	<b>3 601 843</b>
Subventions d'exploitation	840 984	513 924	437 945	284 681	354 094
Production immobilisée	0	127 060	<b>117 478</b>	<b>0</b>	0
Autres produits de gestion	2 600 806	2 661 426	2 561 014	2 517 817	2 504 673
Produits financiers	0	0	<b>0</b>	0	0
Produits exceptionnels	448 931	684 222	235 785	228 610	343 690
<i>dont cessions d'actifs</i>	<i>208 044</i>	<i>193 560</i>	<i>1 500</i>	<i>0</i>	<i>8 000</i>
<i>dont part sub. inv. viré au résultat</i>		<i>37 750</i>	<i>37 750</i>	<i>37 750</i>	<i>37 750</i>
Reprises amortissements et provisions	<b>959 103</b>	<b>450 000</b>	<b>295 826</b>	499 801	<b>0</b>
Variations des stocks à caractère médical	1 695 950	1 617 883	1 464 562	1 446 948	1 257 422
Autres variations de stocks	292 532	334 477	404 361	539 045	454 942
Remb. rémunérations, charges sociales ou taxes	948 186	1 089 103	1 086 516	1 065 772	1 427 594
Atténu. charges-portabilité CET	0	<b>0</b>	0	0	0
<b>TOTAL PRODUITS BUDGET PRINCIPAL</b>	<b>108 438 847</b>	<b>110 522 668</b>	<b>111 043 034</b>	<b>118 528 749</b>	<b>127 459 979</b>

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

**Tableau n° 34 : Les charges du budget principal**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Titre 1 - Personnel</b>	<b>70 143 319</b>	<b>70 592 269</b>	<b>73 619 596</b>	<b>78 480 029</b>	<b>84 316 890</b>
Personnel non médical	52 055 422	52 003 468	53 973 896	57 105 404	61 684 575
Personnel médical	18 087 898	18 588 502	19 645 700	21 374 624	22 632 315
<b>Titre 2 - Charges à caractère médical</b>	<b>16 405 828</b>	<b>16 477 267</b>	<b>16 840 298</b>	<b>16 477 058</b>	<b>17 505 109</b>
<b>Titre 3 - Charges d'hôtellerie</b>	<b>12 994 227</b>	<b>12 923 679</b>	<b>14 140 774</b>	<b>14 811 430</b>	<b>16 484 311</b>
<b>Titre 4 - Autres</b>	<b>9 278 960</b>	<b>9 017 929</b>	<b>8 631 269</b>	<b>8 751 974</b>	<b>8 978 403</b>
Charges financières	3 979 007	3 757 009	3 572 472	3 457 338	3 308 313
Charges exceptionnelles	274 731	414 429	292 262	251 702	655 183
Amortissements, provisions	5 025 221	4 846 491	4 766 534	5 042 933	5 014 907
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>108 822 334</b>	<b>109 011 144</b>	<b>113 231 937</b>	<b>118 520 491</b>	<b>127 284 713</b>

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

**Tableau n° 35 : Les charges et des produits de l'EHPAD 2017-2021**

(en €)	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Titre 1 - Soins</b>	4 478 225	4 595 670	4 667 664	5 317 515	6 123 102
<b>Titre 2 - Dépendance</b>	1 792 134	1 456 867	1 817 964	1 832 959	1 801 557
<b>Titre 3 - Hébergement</b>	5 076 718	4 696 643	4 963 386	4 859 857	4 575 869
<b>Titre 4 - Autres recettes</b>	840 007	137 888	248 568	269 134	281 448
<b>Total des produits</b>	<b>12 187 084</b>	<b>10 887 067</b>	<b>11 697 582</b>	<b>12 279 465</b>	<b>12 781 976</b>
Charges de personnel (crédits limitatifs)	5 532 310	5 660 354	5 742 029	6 603 704	6 986 999
Charges de personnel (crédits évaluatifs)	3 240 362	3 181 942	3 189 472	3 405 416	3 733 292
<b>Total charges de personnel</b>	<b>8 772 672</b>	<b>8 842 296</b>	<b>8 931 501</b>	<b>10 009 120</b>	<b>10 720 292</b>
Charges à caractère médical	345 161	359 097	600 417	424 472	480 544
Charges à caractère hôtelier et général	2 883 437	3 066 415	3 271 464	3 122 162	3 364 412
Charges financières	53 693	50 795	46 787	42 834	38 620
Charges exceptionnelles	15 366	9 720	176 691	22 830	33 636
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	369 057	471 890	471 328	581 748	573 504
<b>Total des charges</b>	<b>12 439 386</b>	<b>12 800 213</b>	<b>13 498 188</b>	<b>14 203 165</b>	<b>15 211 008</b>
<b>Résultat</b>	<b>- 252 301</b>	<b>- 1 913 146</b>	<b>- 1 800 606</b>	<b>- 1 923 700</b>	<b>2 429 032</b>

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

## Annexe n° 12. Les effectifs du centre hospitalier

**Tableau n° 36 : Les effectifs de personnels non médicaux**

	2017	2018	2019	2020	Évolution
Effectif physique moyen	1 316	1 352	1 390	1 415	7,50 %
ETPR* moyen	1 410,72	1 403,86	1 432,04	1 428,11	1,23 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux du centre hospitalier.

\* Équivalent temps plein rémunéré.

**Tableau n° 37 : Les effectifs de personnels médicaux**

	2017	2018	2019	2020	Évolution
Effectif physique moyen	135	148	185	223	64,94 %
ETPR moyen	104,88	102,20	108,70	109,95	4,83 %

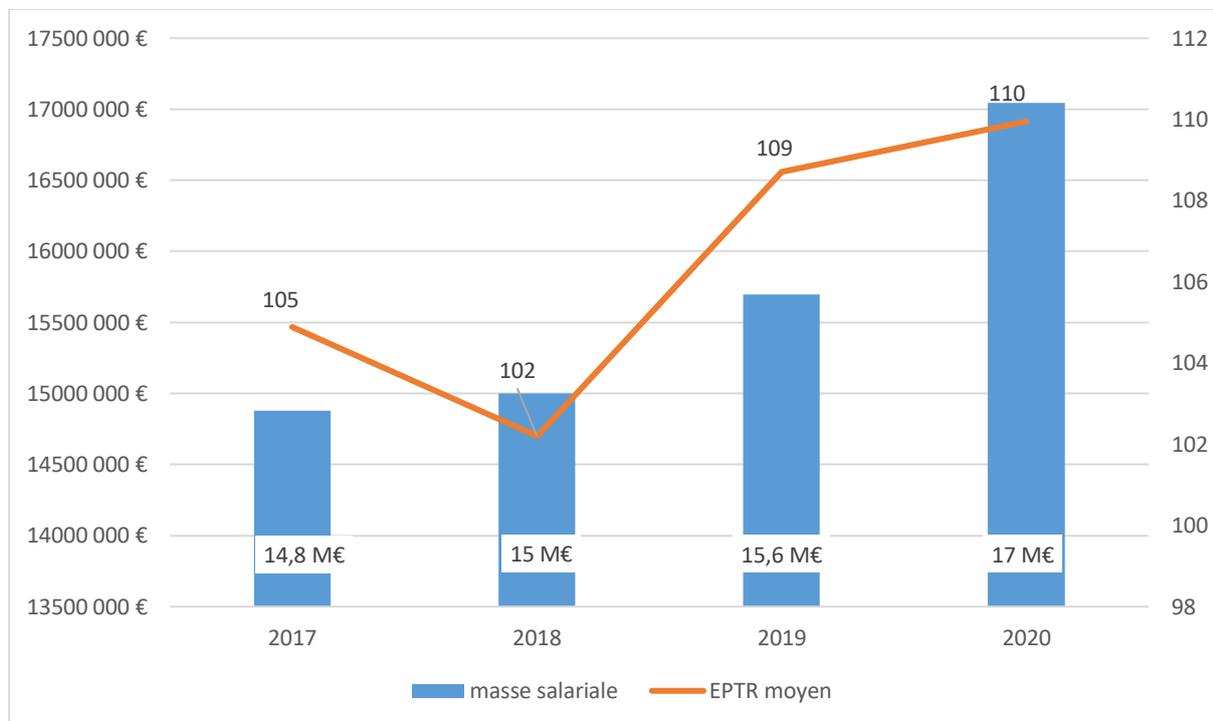
Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux du centre hospitalier.

**Tableau n° 38 : Le personnel médical**

(Médicaux)	2018-2017	2019-2018	2020-2019
Effectifs en ETPR	- 2,56%	6,36 %	1,15 %
Masse salariale	0,83 %	4,62 %	8,61 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux du centre hospitalier.

**Graphique n° 3 : Évolution comparée des effectifs et de la masse salariale  
 (personnels médicaux)**



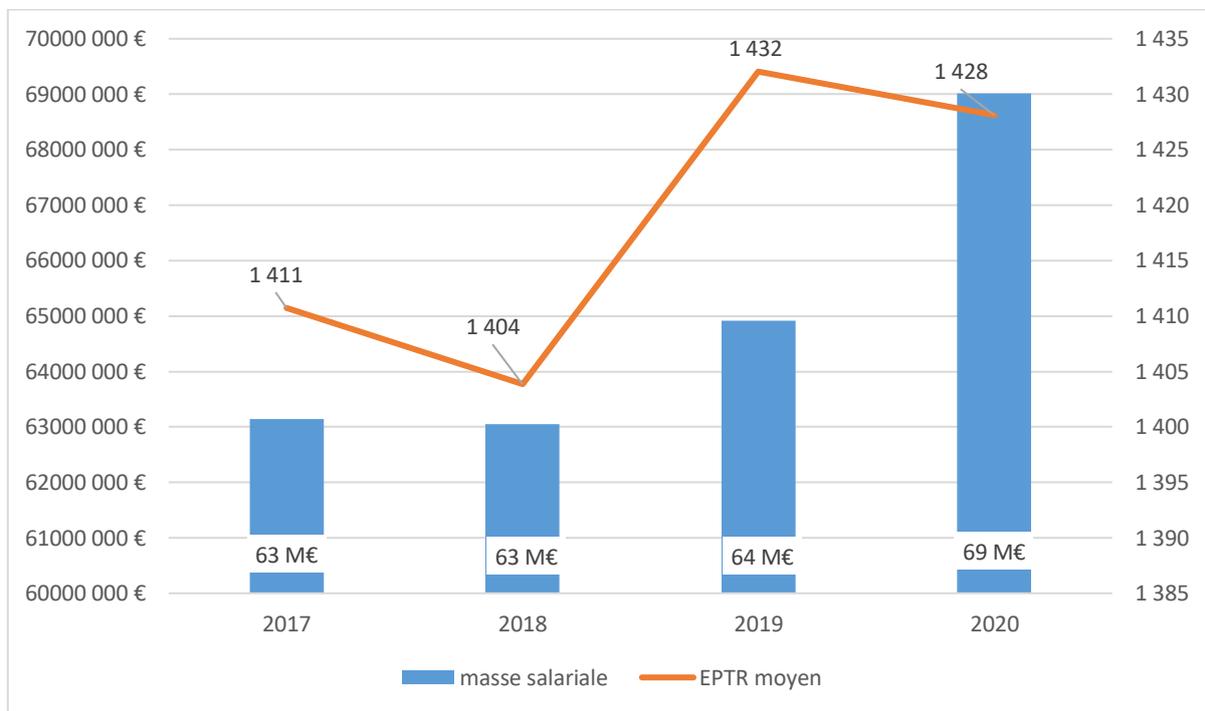
Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux du centre hospitalier.

**Tableau n° 39 : Le personnel non médical**

(Non médicaux)	2018/2017	2019/2018	2020/2019
Effectifs en ETPR	- 0,49 %	2,01 %	- 0,27 %
Masse salariale	- 0,15 %	2,95 %	6,33 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux du centre hospitalier.

**Graphique n° 4 : Évolution comparée des effectifs et de la masse salariale (personnels non médicaux)**



Source : chambre régionale des comptes, à partir des bilans sociaux du centre hospitalier.

### **Annexe n° 13. Contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier - annexe financière n° 1**

1) Indicateurs liés au suivi des objectifs et engagements concernant l'endettement :

- **Cible** : la trajectoire d'endettement de l'établissement ne doit pas se dégrader au regard des indicateurs ci-après.
- **Indicateurs** : ratios du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt (avec indication des seuils du décret)
  1. Poids de la dette (< 30 %)
  2. Dépendance financière (< 50 %)
  3. Durée apparente de la dette (< 10 ans)

2) Indicateurs liés au suivi des objectifs et engagements concernant l'exploitation :

- **Cibles** :
  - Le déficit du compte de résultat principal ne doit pas être supérieur à 2 % pour les établissements publics de santé dont l'emploi du directeur est en emploi fonctionnel de la fonction publique hospitalière, 3 % pour les autres établissements ;
  - La capacité d'autofinancement doit être suffisante pour couvrir le remboursement contractuel du capital des emprunts (situation de capacité d'autofinancement nette positive) et pour contribuer au financement des investissements courants ;
  - La marge brute doit permettre de couvrir la charge de la dette (remboursement du capital des emprunts et charges financières) et contribuer au financement des investissements courants.

3) Indicateurs liés au suivi des objectifs et engagements concernant les investissements :

- **Cible** : le taux d'investissement courant doit s'approcher des 2 %, à ajuster en fonction de l'état du patrimoine et du taux de vétusté de l'équipement.

4) Indicateurs liés au suivi des objectifs et engagement concernant la trésorerie :

- **Cibles** :
  - Le niveau de fonds de roulement – dit de sécurité – est compris entre 20 et 30 jours :
  - Le niveau de trésorerie doit être sécurisé en améliorant les ratios ci-après :
    - . Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation (ratio F13\_D).
    - . Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation (ratio F12\_D).



## **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES SANS RÉPONSE**

### **CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI**

*dont enquête nationale sur la complémentarité  
et la concurrence des établissements de santé*

Exercices 2017 et suivants

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

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



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@ccomptes.fr](mailto:hautsdefrance@ccomptes.fr)