



Date d'envoi à fin de notification : 11/04/2014

Date de communicabilité : 23/05/2014

ROD.0610

## **RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES**

– Centre hospitalier de Cambrai –

**(Département du Nord)**

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

## SOMMAIRE

SYNTHESE.....	4
RECOMMANDATIONS .....	5
<b>I. PROCEDURE.....</b>	<b>6</b>
<b>II. OBSERVATIONS DEFINITIVES .....</b>	<b>6</b>
I - LE CENTRE HOSPITALIER EST L'ETABLISSEMENT DE REFERENCE DU TERRITOIRE DE SANTE DU CAMBRESIS.....	6
A - POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT SUR SON TERRITOIRE .....	6
B - PROFIL DE L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT .....	7
II - FIABILITÉ DES COMPTES .....	7
A - LA CLOTURE DE L'EXERCICE COMPTABLE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE PROCEDURE CONFORME A LA M21 ET RESPECTER LE PRINCIPE DE LA JOURNEE COMPLEMENTAIRE .....	7
B - LES ANOMALIES AFFECTANT LA FIABILITE DES COMPTES .....	8
1 - Les durées d'amortissement des bâtiments.....	8
2 - Les reversements des budgets annexes au budget principal .....	9
3 - Evolution et détail des provisions.....	10
a - Evaluation du besoin de provisionnement pour couverture des créances douteuses .....	10
b - Synthèse du contenu des provisions au 31 décembre 2012 et réaffectation opérée en 2013.....	10
C - DETERMINATION DU DEFICIT STRUCTUREL, APRES RETRAITEMENT COMPTABLE, DU BUDGET PRINCIPAL.....	11
III - ANALYSE FINANCIÈRE .....	11
A - ANALYSE FINANCIERE RETROSPECTIVE.....	12
1 - L'évolution des charges de personnel .....	12
a - L'évolution des charges de personnel non médical (PNM).....	12
b - L'évolution des charges de personnel médical (PM).....	12
c - Evolution globale.....	13
2 - La capacité d'autofinancement (CAF) .....	14
3 - Financement du projet de reconstruction entre 2006 et 2012 .....	14
4 - La marge brute.....	15
5 - Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie.....	17
6 - Indicateurs portant sur l'effort d'investissement .....	18
B - ANALYSE FINANCIERE PROSPECTIVE .....	18
1 - Le rejet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2012 .....	18
2 - Les hypothèses de construction du PGFP 2013/2017.....	19
3 - Les principaux résultats du PGFP .....	20
4 - Conditions de réalisation du PGFP.....	21
IV - MESURES DE REDRESSEMENT ET PLAN D'ACTION PERFORMANCE.....	21
A - LE PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE .....	21
1 - Les actions retenues dans le PRE .....	22
2 - Observations sur le plan de redressement.....	22
a - Un plan établi par la direction seule .....	23
b - Le poids trop important des actions portant sur les recettes .....	23
c - Absence de bilan et de suivi interne du PRE.....	23
B - LE PLAN D'ACTION PERFORMANCE EN 2012 .....	23
1 - Le choix des actions et l'évaluation du potentiel d'économie .....	23
2 - Enjeux du plan de performance et conditions de réussite.....	24
a - Plan de performance et stratégie globale de l'établissement .....	24
b - Observations sur trois fiches action : contractualisation, outils de gestion et optimisation du codage.....	24
1) Optimisation des outils de gestion .....	24
2) Optimisation du codage .....	24
3) Contractualisation interne .....	25
c - L'actualisation des conventions à incidence financière.....	25
V - LE PROJET DE RECONSTRUCTION .....	25
A - LE CONTEXTE ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE RECONSTRUCTION.....	25
1 - Les étapes du projet.....	25
2 - La coopération avec la clinique Sainte-Marie .....	26

a - Les enjeux de l'accord de partenariat de mars 2012.....	26
b - Evaluation du coût de l'intégration de la clinique Sainte-Marie .....	27
B - EVOLUTION DES COÛTS DE CONSTRUCTION.....	27
1 - Le contexte de mise en œuvre du projet de restructuration et de son plan de financement .....	27
2 - La détermination du coût global de l'opération.....	28
3 - L'analyse des différents prévisionnels de coût proposés et la critique de la notion de « surcoût » de construction dans le cas du CHC.....	29
a - Des prévisionnels lacunaires qui ne permettent pas d'identifier le coût global du projet.....	29
b - Un coût global pourtant prévisible dès l'origine du projet dans ses différentes composantes .....	31
C - MODALITES DE FINANCEMENT DU PROJET .....	32
1 - Le plan de financement présenté dans le CPOM et son avenant du 23 janvier 2006 .....	32
a - Le périmètre de financement du projet par l'ARH .....	32
b - Les modalités de l'emprunt Dexia en 2007 .....	33
c - Les emprunts complémentaires en 2011 et 2012.....	33
d - L'état de la dette fin 2013.....	33
D - MODALITES DE SUIVI FINANCIER INTERNE ET EXTERNE DU PROJET .....	34
1 - Le suivi interne.....	34
a - La conduite d'opération.....	34
1) Le contenu de la convention de conduite d'opération .....	34
2) La prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage.....	34
3) L'absence de mise en place d'une équipe projet.....	34
b - L'information donnée aux instances consultatives ou décisionnelles internes sur le projet de restructuration.....	35
2 - Le bilan d'étape semestriel prévu au CPOM.....	36
LEXIQUE.....	37

## Synthèse

Le centre hospitalier de Cambrai (CHC), établissement de référence du territoire de santé du Cambrésis, a vu sa situation financière se dégrader malgré des efforts de maîtrise de ses charges. Cette tension budgétaire, qui s'est traduite par le rejet de son budget en 2012, s'explique, en grande partie, par le poids croissant des charges liées à son projet de reconstruction.

En effet, l'hôpital s'est engagé dans un projet de restructuration à partir de mars 2007, comprenant la construction d'un pôle logistique et une modernisation des services cliniques. Ce dossier n'a pu être mené à son terme. L'établissement a été confronté à des difficultés d'accès au crédit : l'intégration de la maternité de la clinique Sainte-Marie au CHC n'a pas été réalisée.

Une sous-évaluation initiale du coût du projet, une absence d'anticipation dans la recherche de financement et une information insuffisante des instances de l'établissement et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) expliquent aussi cet échec. Ces difficultés ont occulté le besoin de financement d'un montant de 40 M€, comblé partiellement par deux emprunts, en 2011 et 2012, respectivement de 15 et 11 M€

Le suivi de ce projet de reconstruction a présenté des lacunes. Il a conduit à une dégradation de la situation financière, le budget principal de l'établissement passant d'un excédent de 2,5 M€ en 2007 à un déficit de près de 4,7 M€ en 2012.

Depuis 2010, la capacité d'autofinancement dégagée par le budget principal ne permet plus de couvrir le remboursement des emprunts contractés. L'établissement s'est donc engagé dans un plan d'actions comprenant des réductions de dépenses et la perception de recettes supplémentaires pour un objectif d'économie de 3,4 M€

Cette recherche d'économies ne permettra toutefois pas de combler le déficit structurel, la hausse mécanique des dépenses de personnel au cours des trois prochaines années absorbant les efforts du plan d'action. L'établissement qui est dans l'incapacité de dégager des marges suffisantes pour investir devra réduire ses investissements au strict minimum. Le retour à l'équilibre budgétaire nécessitera de nouveaux efforts, au-delà de la mise en œuvre du contrat de performance.

## **Recommandations**

### **Mises en œuvre**

1. Déterminer un montant de provisions adapté pour couvrir les charges de compte épargne-temps et litiges en cours.
2. Mettre en place un plan de trésorerie et assurer son suivi.
3. Mettre en place un suivi des objectifs fixés par le plan de performance.

### **En cours de réalisation**

4. Procéder à un provisionnement suffisant pour couvrir les créances irrécouvrables.

### **A mettre en œuvre**

5. Mettre en place une procédure de clôture d'exercice pour respecter le principe de la journée complémentaire prévue par la nomenclature M21.
6. Déterminer le juste montant des charges indirectes assumées par le budget principal et à refacturer aux budgets annexes.
7. Adapter la durée d'amortissement des bâtiments en fonction de leur usage.
8. Actualiser et assurer un suivi des conventions comportant une incidence financière pour l'établissement.

## **I. PROCEDURE**

L'examen de la gestion du centre hospitalier de Cambrai a porté sur la période courant à partir de l'année 2006. L'entretien préalable, prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a eu lieu le 29 novembre 2012 avec M. Jean-Martin Andarelli, directeur de l'établissement et ordonnateur en fonction.

La chambre a statué sur la gestion du centre hospitalier de Cambrai en sa séance du 30 avril 2013 et a décidé de l'envoi d'un rapport d'observations provisoires. En outre, des extraits ont été communiqués au groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille et à la direction départementale des territoires et de la mer. Les réponses sont parvenues à la chambre respectivement les 6 novembre, 4 novembre et 3 octobre 2013.

A leurs demandes, la chambre a auditionné M. Laurent Delaby, directeur de la clinique Sainte-Marie, et M. Pierre Willerval, chef du service construction de la direction départementale des territoires et de la mer de la préfecture du Nord.

Après avoir examiné les réponses, la chambre a, lors de sa séance du 6 décembre 2013, arrêté les observations définitives suivantes.

## **II. OBSERVATIONS DEFINITIVES**

### **I - LE CENTRE HOSPITALIER EST L'ETABLISSEMENT DE REFERENCE DU TERRITOIRE DE SANTE DU CAMBRESIS**

Le centre hospitalier de Cambrai (CHC) est l'établissement de référence pour un bassin de population qui représente environ 170 000 habitants. Il a conclu avec l'Agence régionale de l'hospitalisation Nord-Pas-de-Calais un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM), le 31 mars 2007, renouvelé le 30 juin 2012. Il possède une capacité d'accueil de 770 lits et de 108 places ; son effectif se compose d'un personnel médical (150 agents) et d'un personnel non médical (1 200 agents). Son siège est situé à Cambrai.

Organisé sur un terrain de 16 hectares, il comprend un bâtiment principal abritant les activités de médecine, de chirurgie, de réanimation, les consultations externes, les urgences, le plateau technique et l'administration. Trois structures annexes hébergent le long et le moyen séjour, des lits de résidence de retraite, la maternité et la psychiatrie.

#### **A - Positionnement de l'établissement sur son territoire**

Environ 13 100 séjours sont comptabilisés chaque année sur la zone d'attractivité de l'établissement. En 2010, le centre hospitalier de Cambrai représente 44,72 % des séjours réalisés sur son territoire de santé. Le taux de fuite est d'environ 20 % ; il correspond au rapport entre le nombre de séjours de la zone géographique considérée pris en charge en dehors de cette zone et le nombre total de séjours issus de la zone considérée.

Le tableau ci-dessous rapporte les données constatées en 2012 au sein de l'établissement à une référence nationale établie à partir de l'exploitation des données du programme médicalisé du système d'information (PMSI) collectés au niveau national par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le montant d'1,8 M€ peut être interprété comme un manque à gagner théorique, les durées moyennes de séjours (DMS) élevées entraînant des charges supérieures aux recettes tirées des séjours réalisés. La situation pourrait, selon la chambre, être améliorée par une meilleure gestion des lits.

Activités hors séances	Situation 2012 du CH de Cambrai				Référence nationale ATIH			Différence	
	Nombre Séjours	Nombre Journées	DMS	Valorisation des séjours	Nombre Séjours	DMS	Valorisation des séjours	DMS	Valorisation des séjours
Chirurgie	3 386	20 846	6,2	10 879 045 €	3 540,9	5,9	11 890 272 €	+ 0,3	- 1 011 227 €
Médecine	14 653	76 811	5,2	28 633 991 €	14 578,9	5,3	28 908 185 €	- 0,1	- 274 195 €
Obstétrique	1 346	5 342	4,0	1 758 851 €	1 435,6	3,7	1 944 422 €	+ 0,3	- 185 571 €
<b>TOTAL</b>	<b>19 385</b>	<b>102 999</b>	<b>5,3</b>	<b>41 271 886 €</b>	<b>19 555,4</b>	<b>5,3</b>	<b>42 742 879 €</b>	<b>+ 0,0</b>	<b>- 1 470 993 €</b>

Source : PMSI 2012 - ATIH DGOS.

Les DMS semblent ainsi un peu élevées au regard des ratios constatés au niveau national. L'établissement a identifié une marge de progression qui est confirmée par les données fournies par la banque de données hospitalière de France (BDHF). L'action sur la DMS est un des axes du plan d'action performance défini en septembre 2012.

## B - Profil de l'activité de l'établissement

Entre 2006 et 2011, le nombre de séjours comptabilisés par le PMSI du CHC recule de près de 2 %, tandis que le nombre de journées et le chiffre d'affaires progressent de 8 % ; la valorisation moyenne des séjours s'améliore sur la période de 10 %.

Janvier à décembre	Effectif total	Jours PMSI	CA T2A (€)	CA moyen (€)
2006	26 617	75 755	42 207 587	1 585,74
2007	25 514	77 274	43 245 334	1 694,96
2008	25 414	75 180	42 518 419	1 673,03
2009	24 944	75 112	43 992 664	1 763,66
2010	25 568	77 630	45 548 708	1 781,47
2011	28 759	79 279	45 568 848	1 584,51
2012	26 559	79 276	44 494 594	1 675,31

Source : PMSI CHC.

- Effectif : désigne les séjours et séances réalisés.
- Jours PMSI : nombre de journées répertoriées par le PMSI.
- CA T2A : chiffre d'affaires généré par l'activité T2A (100 %).
- CA moyen : chiffre d'affaires par séjour.

## II - FIABILITÉ DES COMPTES

Les données ci-après sont, sauf exception, fournies par l'exploitation des comptes financiers du CHC.

### A - La clôture de l'exercice comptable doit faire l'objet d'une procédure conforme à la M21 et respecter le principe de la journée complémentaire

Le souci d'une comptabilité reflétant la situation réelle de chaque exercice ainsi que la nécessité d'améliorer les conditions de facturation, notamment dans la perspective de la facturation individuelle directe à l'assurance maladie, doivent conduire l'établissement à mettre en place une procédure de clôture d'exercice conforme aux règles de la M21 (Instruction codificatrice n° 07-00S-M21 du 17 janvier 2007 « Réduction de la journée complémentaire »).

L'analyse des pratiques de rattachement des charges et des produits à l'exercice présente des anomalies en ce qui concerne les exercices 2011 et 2012. Elle témoigne d'une procédure de clôture de gestion inexistante. Il est recommandé à l'établissement de définir une procédure de clôture d'exercice en application des prescriptions de l'instruction comptable précitée.

## B - Les anomalies affectant la fiabilité des comptes

### 1 - Les durées d'amortissement des bâtiments

La variété des durées choisies pour les principales constructions est à souligner ; ainsi, par exemple, l'établissement a fait le choix d'un amortissement sur 30 ans du plateau technique construit en 1994 alors qu'il est habituellement admis pour ce type de construction des durées d'amortissement n'excédant pas 15 ans. La question de l'amortissement du plateau technique a pourtant joué un rôle dans le choix de reconstruction sur place de l'établissement. Il est ainsi recommandé à l'établissement d'adapter la durée d'amortissement des bâtiments en fonction de leur usage.

Compte	Immobilisations	Montant initial en €	Année de réalisation	Durée en nombre d'années
21311/0003	Maison de retraite rue Fénelon	458 343,27	1968	50
21311/0006	Unité de gériatrie	1 439 158,36	1977	50
21311/0008	Unité de gériatrie V120	287 831,66	1977	50
21311/0009	Unité de psychiatrie	3 900 505,49	1982	50
21311/0010	Maternité	1 966 435,37	1982	50
21311/0011	Reconstruction Vanderbuch	4 328 577,90	1986	50
21311/0015	Extension hôpital	9 125,94	1989	50
21311/0021	Réhabilitation Godeliez Boilvi	964 114,66	1993	50
21311/0027	Bâtiment Le Passage	673 672,21	1996	50
21311/0043	Maison de retraite Pasteur	4 403 590,53	1998	50
21311/0088	Pôle logistique esquisse et AP	1 002 779,71	2003	50
21311/0091	Pôle logistique APD et projet	955 319,83	2004	50
21311/0099	Pôle logistique APD et ACT	1 045 164,55	2005	50
21311/0112	Reconnaissance de sols et foui	220,16	2006	50
21311/0104	Pôle logistique	11 424 772,11	2006	40
21311/0114	Plan directeur restructuration	8 064 991,45	2007	40
21311/0119	Tx sécurité USLD	53,68	2007	40
21311/0120	Restructuration- plan directeur	27 943 936,03	2008	40
21311/0121	Mission assistance expl. chauff.	175,39	2008	40
21311/0123	Immeuble rue Gauthier	1 398 494,63	2009	40
21311/0124	Plan directeur restructuration	33 852 590,60	2009	40
21311/0126	Mission coordination SPS	327,68	2009	40
21311/0025	Construction plateau technique	9 002 299,60	1994	30
21311/0092	Logements de fonction	828 422,08	2004	30
21311/0103	Aménagements logt de fonction	12 760,74	2005	30
21311/0108	Aménagements logt de fonction	16 109,74	2006	30

Source : état de l'actif 2009.

## 2 - Les reversements des budgets annexes au budget principal

Budget principal (en €)						
Comptes	Libellés	2008	2009	2010	2011	2012
7087	Frais des CRPA	2 562 096	2 642 419	2 475 481	2 198 098	2 419 763
Budgets annexes						
USLD						
B628	Blanchisserie/alimentation/frais généraux	732 441	677 394	337 591	174 254	350 351
B602	Consommation de stock	200 685	239 210	240 220	173 661	196 755
IFSI						
C6288	Frais généraux	153 907	150 507	147 000	152 880	100 000
C602	Consommation de stock	4 708	7 061	3 704	3 913	4 666
EHPAD						
J628	Blanchisserie/alimentation/frais généraux	1 101 153	1 173 719	1 376 774	1 379 161	1 443 693
J602	Consommation de stock	369 202	394 528	370 192	314 229	324 298
<b>Total des reversements vers le budget principal</b>		<b>2 562 096</b>	<b>2 642 419</b>	<b>2 475 481</b>	<b>2 198 098</b>	<b>2 419 763</b>

Source : comptes financiers/synthèse CRC.

Le tableau ci-dessus indique que les écritures comptables sont équilibrées entre le budget principal et les budgets annexes (BA). La prise en compte de la comptabilité analytique portant sur les charges directes et indirectes imputées sur les budgets annexes entraîne un déséquilibre entre les charges réellement assumées par le budget principal et le niveau de refacturation établi sur les budgets annexes. Si ce montant reste à déterminer avec précision, le CHC a indiqué qu'il s'est engagé dans le cadre du contrat de performance dans une refonte complète de sa comptabilité analytique. La chambre considère qu'une partie du déficit structurel du budget principal pourrait être atténuée par une meilleure refacturation des charges indirectes aux budgets annexes.

Le tableau ci-dessous présente les montants des charges et produits des budgets annexes, par budget et par an, en euros.

	2008	2009	2010	2011	2012
DNA	7 567	9 938	1 412	106 638	95 076
USLD	4 259 739	4 741 428	3 792 440	3 479 890	3 654 505
EHPAD	9 134 930	10 062 710	10 770 059	11 251 745	11 179 264
Centre Psy	74 898	82 392	59 493	76 363	113 213
IFSI	1 289 891	1 339 200	1 401 973	1 354 419	1 468 979
Recettes	14 767 025	16 235 668	16 025 377	16 269 055	16 511 037
	2008	2009	2010	2011	2012
DNA	1 490	8 451	9 319	12 013	9 577
USLD	4 072 837	4 609 154	3 581 036	3 384 222	2 694 729
EHPAD	8 338 994	9 454 799	10 554 622	10 963 570	10 200 940
Centre psy	39 823	48 179	34 074	43 521	31 303
IFSI	1 245 393	1 335 099	1 375 051	1 345 199	1 466 156
Dépenses	13 698 537	15 455 682	15 554 102	15 748 525	14 402 705
Total des résultats	1 068 488	779 986	471 275	520 530	2 108 332

Source : comptes financiers.

Le tableau ci-dessus permet de constater le poids des différents budgets annexes ainsi que la contribution de ces derniers aux résultats de l'exercice pour l'établissement dans son ensemble. En 2012, les budgets annexes représentent 15,17 % du budget global de l'établissement. L'excédent constaté en 2011 ou 2012, par exemple, ne tient pas compte de l'ensemble des charges imputables à ces budgets. Selon l'établissement, une refacturation intégrale génèrerait une trop forte augmentation du tarif d'hébergement ; le principe d'une hausse de la refacturation des charges nécessiterait une concertation avec le conseil général dans le cadre des conventions tripartites. L'établissement indique néanmoins que, pour la première fois, il a procédé en 2012 à la refacturation du coût de la prestation médico-technique pour un montant de 176 800 €. Ainsi, la chambre recommande à l'établissement de poursuivre sa démarche pour parvenir à une comptabilité analytique fiabilisée.

### 3 - Evolution et détail des provisions

#### a - Evaluation du besoin de provisionnement pour couverture des créances douteuses

Comptes		2007	2008	2009	2010	2011	2012
C/4161	Stock des créances des hospitalisés et consultants	869 988	700 516	717 542	746 599	615 539	501 377
	Part des créances douteuses	174 000	140 104	143 508	149 320	123 108	50 138
C/491	Provisions pour dépréciation de créances	150 000	0	0	119 743	0	0
	Insuffisance de provisions	24 000	140 104	143 508	29 577	123 108	50 138

Source : comptes financiers/calculs CRC.

La détermination de la part douteuse des créances détenues par l'établissement à partir d'un calcul de dépréciation du stock de créances (10 % pour 2012, 20 % les années précédentes) permet de mettre en exergue l'insuffisance des provisions pour couvrir les créances irrécouvrables. La chambre recommande à l'établissement de fixer un niveau de provisionnement pour dépréciation des comptes de tiers conforme au niveau des créances douteuses. L'établissement indique qu'un plan d'apurement de créances antérieures à 2009 pour 200 000 € (budget principal) est intégré au plan global de financement pluriannuel pour la période 2013 à 2015. Une procédure de constitution de provision pour créances irrécouvrables serait en cours de définition avec le trésorier principal. Cette démarche permettra de définir les critères d'admissions en non-valeur et déterminera le montant du provisionnement correspondant.

#### b - Synthèse du contenu des provisions au 31 décembre 2012 et réaffectation opérée en 2013

Nature des provisions (en €)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Provisions réglementées</b>							
Renouvellement d'immobilisations	7 368 000	10 467 000	11 576 000	12 364 000	12 364 000	8 811 000	8 810 900
Compte épargne temps	91 000	101 000	11 000	11 000	11 000	32 000	32 000
Propre assureur	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total c/14 (1)	7 459 000	10 568 000	11 587 000	12 375 000	12 375 000	8 843 000	8 842 900
<b>Provisions pour risques et charges</b>							
Risques	2 422 000	2 422 000	2 401 000	2 401 000	2 401 000	2 401 000	2 401 000
Charges à répartir	4 150 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000
Autres charges	35 000	45 000	497 000	1 493 000	128 000	3 023 000	1 329 000
	6 607 000	6 617 000	7 048 000	8 044 000	6 679 000	9 574 000	7 880 000
<b>Dépréciation des comptes de tiers (3)</b>	36 000	36 000	150 000	0	0	166 000	0
<b>Total des provisions (1) + (2) + (3)</b>	14 102 000	17 221 000	18 785 000	20 419 000	19 054 000	18 583 000	16 722 900

Source : comptes financiers/synthèse CRC.

Le tableau ci-dessus synthétise le détail des provisions.

Si les provisions sont tenues conformément à la réglementation en ce qui concerne les provisions pour renouvellement des immobilisations et pour risques et charges, il apparaît que l'établissement procède à des provisions insuffisantes s'agissant des comptes épargne-temps (CET), des litiges et des créances irrécouvrables.

Il devra toutefois veiller à déterminer un niveau de provisionnement suffisant pour les opérations comptables précitées. Selon l'établissement, la provision pour le CET du personnel médical et non médical a été constatée sur l'exercice 2012 pour 1 059 280 €. L'évolution des CET fait désormais l'objet d'un provisionnement complémentaire au besoin sur l'exercice en cours. Il ajoute que les provisions pour litiges (risques d'indemnisation et litiges suite à l'ajournement puis l'arrêt du chantier) seront couvertes par une réaffectation du solde des provisions anciennes (exercice 2013) pour un montant de 1 241 000 €; l'ensemble des réaffectations de provisions a été effectué sur l'exercice 2013.

C - Détermination du déficit structurel, après retraitement comptable, du budget principal

**Evaluation du déficit structurel entre 2007 et 2012 (en €)**

Budget principal	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat comptable de l'exercice (1)	- 685 522	- 305 477	- 999 043	- 1 988 624	- 1 531 164	- 970 152
Crédits non reconductibles (dotations except. d'équilibre) (2)	0	0	1 500 000	0	1 500 000	0
Charges et produits exceptionnels						
Produits	150 000	169 000	250 000	163 943	362 000	233 000
Charges	128 000	121 000	79 000	237 000	437 000	615 000
<i>Solde des charges et produits except (3)</i>	22 000	48 000	171 000	- 73 057	- 75 000	- 381 000
Les provisions						
<i>Dotations</i>	3 058 000	1 518 000	1 275 000	356 000	1 797 000	1 059 000
Insuffisance des prov. réglementées CET	140 000	140 000	140 000	140 000	140 000	140 000
Insuffisance de provisions sur créances douteuses	24 000	140 104	143 508	29 577	61 554	50 138
Total du provisionnement insuffisant	164 000	280 104	283 508	169 577	201 554	190 138
Total dotations corrigées	3 222 000	1 798 104	1 558 508	525 577	1 998 554	1 249 138
<i>Reprises</i>	36 000	30 000	442 000	2 878 000	3 804 000	5 339 000
<i>Solde des provisions (4)</i>	3 186 000	1 768 104	1 116 508	- 2 352 423	- 1 805 446	- 4 089 862
Résultat retraité = (1) - (2) - (3) + (4)	2 478 478	1 414 627	- 1 553 535	- 4 267 990	- 4 761 610	- 4 679 014

Source : retraitement CRC.

L'établissement a, dans le cadre du plan d'action performance en 2012, évalué le déficit structurel du budget principal pour 2011 à 5 M€ L'évaluation opérée par la chambre s'élève à un résultat quasi similaire :- 4,8 M€ en 2011, - 4,7 M€ en 2012. La différence s'explique par un montant de provisionnement non pris en compte sur la période sous revue.

L'approche, en termes de déficit structurel, n'a été clairement affichée par l'établissement qu'en mai 2012, dans le cadre du contrat de performance.

### III - ANALYSE FINANCIÈRE

L'analyse financière porte sur le budget principal (les budgets annexes correspondent à 15,7 % du budget global et les impacts du projet de reconstruction ne concernent que le budget principal). Les données des tableaux sont issues, sauf exception, des comptes financiers.

## A - Analyse financière rétrospective

### 1 - L'évolution des charges de personnel

#### a - L'évolution des charges de personnel non médical (PNM)

##### Rémunération

Personnel non médical (en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evol. 2007/2012
Pers. titulaires et stagiaires	24 506 021	24 129 355	24 226 391	24 458 491	24 491 497	24 903 669	1,6 %
Pers. sous CDI	202 127	369 583	2 012 011	2 501 425	3 170 911	3 546 445	1 654,6 %
Pers. sous CDD	2 376 319	3 172 785	2 243 290	2 178 748	1 829 941	1 828 241	- 23,1 %
Contrats particul. + apprentis	587 531	360 092	327 298	387 402	372 492	197 737	- 66,3 %
Remb. rémun. pers. non médical	- 541 421	- 472 933	- 699 118	- 622 353	- 1 104 392	- 802 767	48,3 %
<b>S/TOTAL</b>	<b>27 130 577</b>	<b>27 558 882</b>	<b>28 109 872</b>	<b>28 903 713</b>	<b>28 760 449</b>	<b>29 673 325</b>	<b>9,4 %</b>
Pers. non médical	11 422 948	9 951 300	10 372 371	10 595 021	10 738 067	11 087 109	- 2,9 %
Pers. non médical (œuv. soc.)	542 911	695 630	749 602	930 618	876 264	777 973	43,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>39 096 436</b>	<b>38 205 812</b>	<b>39 231 845</b>	<b>40 429 352</b>	<b>40 374 780</b>	<b>41 538 407</b>	<b>6,2 %</b>

Source : *compte financier/calculs CRC.*

##### Charges liées au personnel

(en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evol. 2007/2012
Autres charges de personnel (CPA)	19 711	17 086	12 706	12 307	12 121	200 191	916 %
Personnel ext. à l'établissement	70 392	157 975	146 129	53 122	98 973	224 390	219 %
Impôts et taxes sur rémun.	4 407 038	4 614 763	4 738 480	4 841 829	4 902 846	5 078 740	15 %
Contrib. soumis à dispos. particulières	587 531	360 092	0	366 770	0	181 551	- 69 %
<b>TOTAL</b>	<b>4 497 141</b>	<b>4 789 824</b>	<b>4 897 315</b>	<b>4 907 258</b>	<b>5 013 940</b>	<b>5 684 872</b>	<b>26 %</b>

Source : *compte financier/calculs CRC.*

#### b - L'évolution des charges de personnel médical (PM)

##### Rémunérations

Pers médical (en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evol. 2007/2012
Praticien temps plein ou partiel	4 126 906	4 576 848	4 444 511	4 707 055	4 645 397	4 744 376	15 %
Praticien attaché	79 000	56 900	57 310	51 211	164 943	381 609	383 %
Praticien contractuel	738 652	670 920	874 960	936 919	961 740	781 789	6 %
Internes et étudiants	279 690	263 302	672 611	878 200	1 003 050	1 076 713	285 %
Remb. rémun. pers. médical	- 28 238	- 36 779	- 19 481	- 6 942	- 66 234	- 74 752	165 %
<b>S/TOTAL</b>	<b>5 196 010</b>	<b>5 531 191</b>	<b>6 029 911</b>	<b>6 566 443</b>	<b>6 708 896</b>	<b>6 909 735</b>	<b>33 %</b>

Source : *compte financier/calculs CRC.*

### Autres dépenses relatives au personnel médical

Personnel médical (en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evol. 2007/2012
Permanence des soins	1 283 267	1 308 705	1 516 160	1 499 937	1 453 933	1 466 893	13 %
Cotisations Personnel médical	2 354 555	2 501 765	2 559 938	2 761 032	2 818 693	2 932 107	20 %
Transport Personnel médical	53 595	22 874	19 024	16 420	3 687	950	- 93 %
Temps additionnel de jour	708 237	889 426	454 603	489 401	446 387	442 896	- 37 %
<b>TOTAL</b>	<b>3 691 417</b>	<b>4 722 770</b>	<b>4 549 725</b>	<b>4 766 790</b>	<b>4 722 700</b>	<b>4 842 846</b>	<b>28 %</b>

Source : comptes financiers /calculs CRC.

### c - Evolution globale

Catégorie de dépenses (en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2007/2012
PNM rémunérations	39 096 436	38 205 812	39 231 845	40 429 352	40 374 780	41 538 407	6 %
PNM Autres charges	4 497 141	4 789 824	4 897 315	4 907 258	5 013 940	5 684 872	26 %
PM rémunérations	5 196 010	5 531 191	6 029 911	6 566 443	6 708 896	6 909 735	33 %
PM autres charges	3 691 417	4 722 770	4 549 725	4 766 790	4 722 700	4 842 846	31 %
<b>Total</b>	<b>52 481 004</b>	<b>53 249 597</b>	<b>54 708 796</b>	<b>56 669 843</b>	<b>56 820 316</b>	<b>58 975 860</b>	<b>12 %</b>

Source : comptes financiers /calculs CRC.

Si le montant global d'évolution des dépenses de personnel, de l'ordre de 12 %, soit 2,36 % de hausse annuelle moyenne, est inférieur à l'évolution constatée au niveau national (+ 3,5 % de hausse annuelle moyenne), il apparaît que l'effort pour l'établissement a particulièrement porté sur les dépenses de personnel non médical ; ces dernières enregistrent une hausse de 6 % sur la période 2007/2012, soit 1,22 % de hausse annuelle moyenne.

Les mesures mises en œuvre pour assurer la maîtrise des dépenses du personnel non médical, dans le cadre du plan de redressement 2010/2011, ont été les suivantes :

- révision des cadres de fonctionnement (adaptation des effectifs à l'activité) : - 2 cadres, - 1 puér., - 1,9 IDE, - 2,2 AS, - 2 ASH, - 1 sec. méd., - 2 adjt adm., - 1 agent chef, - 1 OPQ et - 1 apprenti pharma ;
- diminution du nombre de mensualités pour la période estivale (28 en 2010) réduites à 12 en 2011 ;
- réduction du nombre de mensualités de remplacement (336 en 2010) par la poursuite de mesures impactant à la baisse le taux d'absentéisme (aménagement des postes de travail, lutte contre les risques psycho-sociaux, aménagements des horaires, contre-visites médicales) ;
- imputation des dépenses relatives aux allocations chômage sur les budgets concernés (en 2010 : dépenses imputées intégralement sur le budget principal) ;
- optimisation de la gestion des mensualités de remplacement afin de diminuer le coût des allocations chômage (recrutement pour des durées inférieures ou égales à 3 mois) ;
- avancement d'échelon à la durée moyenne (suppression des durées minimum et intermédiaires) ;
- GVT négatif en raison des départs en retraite ;
- diminution de la cotisation au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) par la sous-traitance de la prestation « entretien des espaces verts » à une structure protégée.

## 2 - La capacité d'autofinancement (CAF)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Résultat de l'exercice</b>	- 685 522	- 305 477	- 999 043	- 1 988 624	- 1 531 164	- 970 152
<b>Résultat de l'exercice retraité<sup>1</sup></b>	2 478 478	1 414 627	- 1 553 535	- 4 267 990	- 4 761 610	- 4 679 014
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0	0	0	0	212 402	58 140
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	6 464 660	5 676 017	6 259 935	6 805 661	8 635 491	8 012 953
- Produits des cessions d'éléments d'actif	42 625	950	0	0	248 988	145 000
- Quote-part des subventions virées au compte de résultat	0	0	18 515	18 515	0	0
- Reprises sur amortissements et provisions	36 024	280 015	441 584	2 878 213	3 923 283	5 338 631
<b>CAF du budget principal</b>	5 700 489	5 089 575	4 800 793	1 920 309	3 144 458	1 762 310
<b>CAF du budget principal retraité<sup>1</sup></b>	8 864 489	6 809 679	4 246 301	- 359 057	- 85 988	- 2 091 552
<b>CAF comptes consolidés</b>	7 383 000	6 658 000	7 004 000	4 098 000	5 358 000	4 010 097
<b>Remboursement de la dette</b>	1 398 000	2 444 000	3 389 000	3 896 000	4 327 000	4 749 047
<b>Capacité d'autofinancement nette (caf du budget principal - remb. de la dette)</b>	4 302 489	2 645 575	1 411 793	- 1 975 691	- 1 182 542	- 2 986 737

Source : *comptes financiers / retraitement CRC.*

Le tableau ci-dessus permet de distinguer :

- la CAF spécifiquement générée par le budget principal ;
- la CAF du budget retraité qui prend en compte le niveau du déficit structurel ;
- la CAF des comptes consolidés qui correspond au mode de calcul courant de la CAF générée par l'ensemble de l'entité.

La distinction de ces différents périmètres de prise en compte de la CAF permet ensuite de les comparer au montant du remboursement de la dette, qui concerne quasiment en totalité l'opération de restructuration du nouvel hôpital.

La CAF consolidée permet de couvrir la dette sur la période sous revue. Toutefois, la prise en compte de la CAF du budget principal, ou de sa CAF retraitée, offre un point de vue différent. Ce budget ne couvre plus, à partir de 2010, le remboursement de la dette ; le calcul de la CAF retraitée confirme et accentue ce constat.

## 3 - Financement du projet de reconstruction entre 2006 et 2012

Le financement du projet de reconstruction (dont le remboursement des emprunts) a été assuré à hauteur de 23 % par autofinancement, 60 % par emprunts et 17 % par prélèvement sur le fonds de roulement.

(en €)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Remboursements d'emprunts	1 402 000	1 398 000	2 444 000	3 389 000	3 896 000	4 327 000	4 749 000
+ Intérêts des emprunts	953 000	922 000	2 361 000	3 549 000	4 348 000	4 863 000	5 113 000
Annuité de la dette (remb. Emprunts + intérêts)	2 354 000	2 321 000	4 805 000	6 938 000	8 245 000	9 190 000	9 862 000
Emprunts nouveaux	1 375 000	20 000 000	28 000 000	28 000 000	7 000 000	15 000 000	11 000 000
Encours de la dette au 31/12/N	19 867 000	38 469 000	64 025 000	88 637 000	91 741 000	102 414 000	108 664 000

Source : *comptes financiers.*

L'endettement du CHC a été multiplié par 5 depuis 2006, accompagnant en cela la montée en charge du projet de reconstruction ; il témoigne du caractère prépondérant du financement par emprunt.

<sup>1</sup> Exercice retraité selon calcul décrit supra page 11 (II-C).

#### 4 - La marge brute

Le tableau ci-dessous indique l'enchaînement des calculs permettant de déterminer la marge brute et la marge brute dite « corrigée ».

La marge brute dégagée par le budget principal ne parvient plus, à partir de 2008, à couvrir les charges d'intérêt et d'amortissement malgré les aides exceptionnelles ou pérennes en ce qui concerne les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC). La prise en compte de la marge brute retraitée indique que l'établissement seul est dans l'incapacité de faire face au financement du projet sans accompagnement régional (agence régionale d'hospitalisation – ARH/agence régionale de santé – ARS) ou national (plan Hôpital 2007) ; cette incapacité s'accroît d'ailleurs entre 2007 et 2012 alors que le montant des charges calculées triple quasiment sur la période.

Soldes (en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Produits bruts d'exploitation	72 289 000	74 516 000	80 838 000	82 730 000	85 097 000	85 396 000
+ Subventions d'exploitation	796 000	1 392 000	566 000	643 000	621 000	1 448 000
<b>Total produits d'exploitation</b>	<b>73 085 000</b>	<b>75 908 000</b>	<b>81 404 000</b>	<b>83 373 000</b>	<b>85 718 000</b>	<b>86 844 000</b>
Aides ponctuelles ARH/ARS			1 500 000		1 500 000	
AC investissement	4 492 000	4 736 000	5 736 000	5 802 000	5 823 000	5 642 000
Total des crédits ARH/ARS	4 492 000	4 736 000	7 236 000	5 802 000	7 323 000	5 642 000
<b>PRODUITS CORRIGES des crédits ARH/ARS</b>	<b>68 593 000</b>	<b>71 172 000</b>	<b>74 168 000</b>	<b>77 571 000</b>	<b>78 395 000</b>	<b>81 202 000</b>
- Consommations intermédiaires	16 718 000	17 346 000	20 470 000	22 102 000	22 917 000	22 955 000
- Impôts et taxes	4 000	20 000	37 000	33 000	18 000	17 700
- Charges de personnel (en net)	51 640 000	53 250 000	54 554 000	56 653 000	56 806 000	58 976 000
<b>EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION</b>	<b>4 723 000</b>	<b>5 292 000</b>	<b>6 343 000</b>	<b>4 585 000</b>	<b>5 977 000</b>	<b>4 895 300</b>
<b>EBE corrigé</b>	<b>231 000</b>	<b>556 000</b>	<b>- 893 000</b>	<b>- 1 217 000</b>	<b>- 1 346 000</b>	<b>- 746 700</b>
+ Autres produits de gestion courante	2 127 000	1 555 000	2 124 000	2 312 000	2 693 000	2 620 000
- Autres charges de gestion courante	291 000	490 000	556 000	578 000	567 000	749 000
Solde de gestion courante	1 836 000	1 065 000	1 568 000	1 734 000	2 126 000	1 871 000
<b>MARGE BRUTE</b>	<b>6 559 000</b>	<b>6 357 000</b>	<b>7 911 000</b>	<b>6 319 000</b>	<b>8 103 000</b>	<b>6 766 300</b>
<b>Marge brute corrigée</b>	<b>2 067 000</b>	<b>1 621 000</b>	<b>675 000</b>	<b>517 000</b>	<b>780 000</b>	<b>1 124 300</b>

Source : retraitement CRC.

Le tableau ci-dessous rapproche les résultats des charges d'intérêt et d'amortissement, que la marge brute, et a fortiori la marge brute retraitée, doit être en mesure de couvrir :

(en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Produits bruts d'exploitation	73 085 000	75 908 000	81 404 000	83 373 000	85 718 000	85 396 000
Excédents brut d'exploitation	4 723 000	5 292 000	6 343 000	4 585 000	5 977 000	4 895 300
Produits bruts d'exploitation corrigés	68 593 000	71 172 000	74 168 000	77 571 000	78 395 000	81 202 000
Produits courants - charges courantes	1 836 000	1 065 000	1 568 000	1 734 000	2 126 000	1 871 000
<b>Marge brute</b>	<b>6 558 000</b>	<b>6 357 000</b>	<b>7 911 000</b>	<b>6 317 000</b>	<b>8 103 000</b>	<b>6 766 300</b>
<b>Marge brute retraitée</b>	<b>2 067 000</b>	<b>1 621 000</b>	<b>675 000</b>	<b>517 000</b>	<b>780 000</b>	<b>1 124 300</b>
<b>Taux de marge brute</b>	<b>8,85 %</b>	<b>8,41 %</b>	<b>9,60 %</b>	<b>7,48 %</b>	<b>9,29 %</b>	<b>7,92 %</b>
<b>Taux de marge brute retraitée</b>	<b>3,01 %</b>	<b>2,28 %</b>	<b>0,91 %</b>	<b>0,67 %</b>	<b>0,99 %</b>	<b>1,38 %</b>
<b>Taux de CAF</b>	<b>8,50 %</b>	<b>7,30 %</b>	<b>7,20 %</b>	<b>4,10 %</b>	<b>5,20 %</b>	<b>4,70 %</b>
Intérêt d'emprunt	880 000	2 326 000	3 522 000	4 326 000	4 845 000	5 113 000
Amortissement	3 257 000	4 158 000	4 984 000	6 323 000	6 839 000	6 854 000
<b>Total des charges calculées</b>	<b>4 137 000</b>	<b>6 484 000</b>	<b>8 506 000</b>	<b>10 649 000</b>	<b>11 684 000</b>	<b>11 967 000</b>
Poids des amortissements dans la marge brute	49,70 %	65,40 %	63,00 %	100,10 %	84,40 %	101,30 %
Frais financiers / Marge brute	13 %	37 %	45 %	68 %	60 %	101 %
<b>Poids des charges calculées dans la marge brute (%)</b>	<b>63,10 %</b>	<b>102,00 %</b>	<b>107,50 %</b>	<b>168,60 %</b>	<b>144,20 %</b>	<b>176,86 %</b>

Source : retraitement CRC.

La marge brute est devenue, depuis le décret du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé, un critère déterminant d'appréciation de la situation financière des établissements, notamment au niveau régional ; il s'agit, par la prise en compte de cet indicateur, de mesurer la capacité de l'établissement à générer les ressources nécessaires à la couverture des charges dites « de titre 4 » à savoir les charges d'intérêt de la dette et d'amortissement.

La prise en compte de la marge brute retraitée, telle que préconisée par la circulaire du 23 septembre 2009 sur l'équilibre financier des établissements, permet de cerner la capacité financière réelle de l'établissement en neutralisant les aides exceptionnelles ou les aides pérennes dites « AC investissement » qui rentrent dans le cadre des MIGAC.

Les tableaux ci-après mesurent le niveau de couverture des charges de structures (charges d'amortissement et intérêts de la dette) par les aides versées par l'ARH/ARS.

#### Charges de structures (en €)

Amortissement et charges d'intérêt	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dotations aux amortissements	3 257 000	4 158 000	4 984 000	6 323 000	6 839 000	6 854 000
Charges financières	880 000	2 326 000	3 522 000	4 326 000	4 845 000	5 113 000
<b>Total</b>	<b>4 137 000</b>	<b>6 484 000</b>	<b>8 506 000</b>	<b>10 649 000</b>	<b>11 684 000</b>	<b>11 967 000</b>

Source : comptes financiers.

#### Aides versées par l'ARS en 2011 (en €)

Aide à la contractualisation (AC)	5 890 000
Chirurgie	43 000
Soutien à la démographie des professionnels de santé	23 000
Mesures nationales d'investissement	1 718 000
Mesures régionales d'investissement	4 105 000
<b>Total soutien ARS à la couverture des charges de structure</b>	<b>5 823 000</b>
Part des AC consacrée à l'accompagnement du projet de restructuration	99 %
Part des AC dans les MIGAC (7 658 767 euros)	77 %

Source : données CHC / calculs CRC.

#### Part des charges de structure restant à la charge de l'établissement

(en €)		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Evolution des AC investissement depuis 2007	Aides ponctuelles ARH/ARS			1 500 000		1 500 000	0
	AC invest.	4 492 000	4 736 000	5 736 000	5 802 000	5 823 000	5 642 000
<b>Total des AC investissement</b>		<b>4 492 000</b>	<b>4 736 000</b>	<b>7 236 000</b>	<b>5 802 000</b>	<b>7 323 000</b>	<b>5 642 000</b>
Montant des charges de structures à financer		4 137 000	6 484 000	8 506 000	10 649 000	11 684 000	11 967 000
Part restant à la charge de l'établissement en %		- 8,6	27	14,9	45,5	37,3	47

Source : données CHC / calculs CRC.

A partir de 2009, l'établissement bénéficie d'une hausse d'1 M€ d'aide pérenne. Les aides à la contractualisation « (AC) investissement » qui constituent plus des trois quarts du montant des MIGAC contribuent en 2012 à hauteur de 62 % à la couverture des charges de structure générées par le projet de restructuration.

## 5 - Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie

### Grandeurs bilancielle au 31/12

(en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FRNG	32 320 000	37 346 000	27 395 000	10 935 000	11 232 000	26 441 000
BFR	5 443 000	4 295 000	6 438 000	9 332 000	9 219 000	11 136 000
Trésorerie	26 876 000	33 051 000	20 958 000	1 603 000	2 013 000	15 305 000

Source : IDAHO.

### Trésorerie et disponibilités depuis 2006

(en €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	0	0
Fonds en dépôt	393 000	510 000	470 000	299 000	344 000	282 000
Trésorerie	26 876 000	33 051 000	20 958 000	1 603 000	2 013 000	15 305 000
Disponibilités	27 286 000	33 573 000	21 435 000	1 907 000	2 360 000	15 587 000

Source : IDAHO.

### Evolution du solde du compte au Trésor au cours de l'année 2011 (en €)

31 janvier	1 620 000	30 avril	13 119 000	31 juillet	2 891 000	31 octobre	3 369 000
28 février	3 727 000	31 mai	8 827 000	31 août	2 654 000	30 novembre	4 835 000
31 mars	2 592 000	30 juin	4 834 000	30 septembre	3 989 000	31 décembre	2 013 000

Source : Hélios.

### Evolution du solde du compte au trésor en 2012 (en €)

janvier	février	mars	avril	mai	juin
2 997 000	3 561 000	11 723 000	11 442 000	21 929 000	19 384 000
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
19 533 000	17 571 000	17 681 000	18 737 000	16 828 000	17 519 000

Source : Hélios.

Dans le cadre des livraisons à soi-même (LASM), un remboursement de crédit de TVA de l'ordre de 10,5 M€ sur les travaux effectués de 2007 à 2011 a été obtenu en mars 2012, permettant au CHC de ne pas souscrire de ligne de trésorerie.

Le niveau de trésorerie atteint fin 2012 comprend notamment le versement de l'emprunt de 11 M€ qui doit assurer le règlement résiduel des travaux courant 2013 et le montant de 10,5 M€ de crédit de TVA qui devra être remboursé en 2015.

Ainsi, la situation de trésorerie, en apparence confortable fin 2012, est en réalité fragile, comme en témoigne le suivi de l'établissement dans le cadre du comité de veille active régionale des situations de trésorerie des établissements de santé mis en place en octobre 2012 par les services régionaux que sont l'ARS et la direction régionale des finances publiques (DRFiP). Le CHC est inscrit depuis le 8 novembre 2012 dans le dispositif régional de veille sur la situation de trésorerie. A ce titre, un plan et un suivi de la trésorerie sont renseignés régulièrement sur la plate-forme « ancre » (novembre 2012, avril 2013, août 2013). Les services financiers suivent quotidiennement les flux de trésorerie (masses les plus importantes) au travers du logiciel Hélios.

## 6 - Indicateurs portant sur l'effort d'investissement

<b>DETTE</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Indépendance financière (ratio dettes à moyen et long terme/capitaux permanents)	39,3	50,9	58,2	60	63,2	65,2
Remboursement annuité K/ Amortissements (en %)	37,8	52,9	61,9	56,9	59	55,6
<b>INVESTISSEMENTS</b>						
Actifs immobilisés bruts (en €)	107 321 000	137 364 000	177 456 000	201 121 000	216 432 000	210 438 000
Amortissements de l'exercice (en €)	3 704 000	4 619 000	5 479 000	6 849 000	7 332 000	8 012 953
Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	12	22,6	23,6	11,9	7,5	14,3
Taux de vétusté des équipements (en %)	65,2	65,2	59	62,5	65,6	69,1
Taux de CAF (en %)	8,5	7,3	7,2	4,1	5,2	3,6

Source : IDAHO.

Le tableau ci-dessus rappelle les principaux indicateurs mesurant l'effort d'investissement et la charge de la dette. Le taux d'indépendance financière est élevé, bien supérieure du niveau d'alerte de 50 %.

La chambre considère que la situation financière du centre hospitalier de Cambrai se dégrade : au-delà du résultat comptable, le solde structurel passe de 2,5 M€ en 2007 à - 4,7 M€ en 2012, malgré les efforts de maîtrise des charges de personnel notamment. Elle s'explique par le poids croissant des charges liées au projet de reconstruction, qui triple entre 2007 (4,1 M€) à 2011 (11,6 M€). L'établissement est dans l'incapacité de faire face seul au coût de la reconstruction, sa marge brute restant, depuis 2008, inférieure au besoin de couverture des charges d'amortissement et d'intérêt de la dette. Les aides de l'ARS représentent 53 % de la couverture des travaux de reconstruction en 2012 ; il reste toutefois à l'établissement à en assurer 47 %, soit près de 6,3 M€

### B - Analyse financière prospective

#### 1 - Le rejet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2012

Le premier rejet de l'EPRD par l'ARS est intervenu par courrier du 28 juin 2012. L'établissement a produit un nouvel EPRD en juillet, transmis le 27 juillet 2012. Devant le refus de l'établissement de présenter un plan global de financement pluriannuel (PGFP), l'ARS avait procédé à un second rejet, ce qui est, au niveau national, une situation rarissime. A l'issue d'une série d'échanges et de simulations, l'établissement et l'ARS se sont entendus en octobre 2012 sur un EPRD affichant un déficit de 1,857 M€. Le compte financier 2012 a fait apparaître finalement un déficit de 970 152 € pour le budget principal. Les tableaux ci-après indiquent les montants de CAF constatés et la situation du tableau de financement sur les deux derniers exercices.

## Calcul de la capacité d'autofinancement

(en €)	Compte financier 2012	Compte financier 2011
Résultats des comptes de résultat	1 150 181,13	- 1 010 634,06
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	8 539 886,96	10 516 399,29
- Reprise sur dépréciations et provisions	5 438 631,16	3 986 548,75
+ valeurs comptable des éléments d'actifs cédés	61 612,45	222 918,90
-produits des cessions d'éléments d'actifs	290 609,00	370 764,00
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice	12 342,42	13 602,94
CAF de l'exercice	4 010 097,96	5 357 768,44

Source : *comptes financiers /CHC.*

## Tableau de financement

(en €)	Compte financier 2012	Compte financier 2011
<b>EMPLOIS</b>		
Insuffisance d'autofinancement		
Remboursement dettes financières	4 749 047,22	4 327 063,38
Immobilisations	8 720 325,14	16 259 652,38
Autres emplois	3 541,83	0
<b>TOTAL DES EMPLOIS</b>	<b>13 472 914,19</b>	<b>20 586 715,76</b>
<b>RESSOURCES</b>		
Capacité d'autofinancement	4 010 097,00	5 357 768,44
Emprunts	11 000 000,00	15 000 000,00
Dotations et subventions	1 585 637,64	155 651,15
Autres ressources		
<i>produits des éléments d'actifs cédés</i>	290 609,00	370 764,00
<i>annulation de mandats sur exercices clos</i>	11 784 163,91	
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>	<b>28 670 508,51</b>	<b>20 884 183,59</b>
Apport au (prélèvement sur le) fonds de roulement	15 197 594,32	297 467,83

Source : *comptes financiers /CHC.*

Malgré un excédent des résultats cumulés et un déficit du budget principal inférieurs aux prévisions, la CAF ne couvrait plus le remboursement des dettes financières à partir de 2012.

Les échanges entre l'établissement et l'ARS ont témoigné d'une réelle difficulté, l'ARS attendant un EPRD et un PGFP équilibré. L'établissement, quant à lui, a mis en avant son incapacité à faire face à la situation financière sans l'aide de l'ARS ; il a en outre précisé que le principe du plan hôpital 2007 reposait sur un recours massif à l'emprunt, ayant pour conséquence l'augmentation très importante des charges financières.

### 2 - Les hypothèses de construction du PGFP 2013/2017

L'établissement, à la suite de la proposition de l'EPRD 2012 en octobre, a dû produire un PGFP couvrant au moins les 5 prochaines années afin de déterminer le profil de sa situation financière ; le projet de restructuration était intégré dans cette perspective. L'établissement n'a pas fourni le PGFP correspondant ; les hypothèses de travail permettent toutefois de souligner les éléments suivants :

- le plan d'action performance dont l'impact économique attendu est de 3,4 M€(recettes et dépenses confondues) devrait atteindre son effet en année pleine à partir de 2015 ;
- les dépenses de personnel non médical devraient croître de 1,86 % par an en 5 ans ;
- les recettes liées à l'activité devraient augmenter de 1 % par an entre 2012 et 2017.

Selon l'ARS, ces hypothèses étaient trop restrictives ; de même le niveau d'activité ainsi que le montant des dépenses de personnel devaient être réévalués.

### 3 - Les principaux résultats du PGFP

Les tableaux suivants reprennent le compte de résultat ainsi que le tableau de financement et le calcul de la CAF prévisionnelle.

#### Prévision des charges, produits et résultat entre 2013 et 2017

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017
Total des charges	99 557 929	98 365 061	99 283 512	99 058 853	98 453 332
<i>Dont Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières &amp; exceptionnelles</i>	<i>13 007 965</i>	<i>12 114 287</i>	<i>12 475 634</i>	<i>11 598 093</i>	<i>10 535 088</i>
Total des produits	98 668 473	98 361 956	96 404 053	95 215 905	95 833 799
Résultat prév. budget principal	- 889 455	- 3 105	- 2 879 459	- 3 842 948	- 2 619 533
Résultat / total des produits du CRPP	- 0,90 %	0,00 %	- 2,99 %	- 4,04 %	- 2,73 %

Source : PGFP novembre 2012 /CHC.

#### Calcul de la capacité d'autofinancement

(en €)	2013	2014	2015	2016	2017
Résultat prévisionnel agrégé	- 251 504	1 122 271	- 1 830 165	- 2 816 116	- 1 579 471
675 - Valeur nette comptable des éléments d'actif cédés	0	0	0	0	0
68 - Dotation aux amortissements et aux provisions	8 963 598	7 670 409	7 641 889	7 724 774	6 891 357
775 - Produit de cession des éléments d'actifs cédés	643 000	0	0	0	0
777 - Quote-part subventions d'investissement virée au compte de résultat	0	0	0	0	0
78 - Reprise sur amortissements et provisions	4 953 297	4 105 620	1 951 752	146 666	146 666
Capacité ou insuffisance d'autofinancement	3 115 797	4 687 060	3 859 972	4 761 993	5 165 220

Source : PGFP novembre 2012/CHC.

#### Tableau de financement prévisionnel

	2013	2014	2015	2016	2017
Insuffisance d'autofinancement	0	0	0	0	0
<b>Titre 1 - Remboursement des dettes financières</b>	<b>5 032 932</b>	<b>5 036 085</b>	<b>5 036 589</b>	<b>4 955 605</b>	<b>4 825 610</b>
Titre 2 - Immobilisations	4 542 150	3 977 661	3 399 837	686 500	1 284 000
<b>Total des emplois</b>	<b>9 575 082</b>	<b>9 013 746</b>	<b>8 436 426</b>	<b>5 642 105</b>	<b>6 109 610</b>
<b>Ressources</b>					
<b>Capacité d'autofinancement</b>	<b>3 115 797</b>	<b>4 687 060</b>	<b>3 859 972</b>	<b>4 761 993</b>	<b>5 165 220</b>
<b>Titre 1 - Emprunts</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Titre 2 - Dotations et subventions d'investissement	425 831	257 223	0	0	0
Titre 3 - Autres ressources	643 000	0	0	0	0
<i>Dont produits de cession des éléments d'actif [775]</i>	<i>643 000</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<b>Total des ressources</b>	<b>4 184 628</b>	<b>4 944 283</b>	<b>3 859 972</b>	<b>4 761 993</b>	<b>5 165 220</b>
<b>Variation du FRNG</b>	<b>- 5 390 454</b>	<b>- 4 069 463</b>	<b>- 4 576 454</b>	<b>- 880 112</b>	<b>- 944 390</b>
FRNG fin de période	7 346 003	3 276 539	- 1 299 915	- 2 180 028	- 3 124 418

Source : PGFP novembre 2012/CH Cambrai.

La construction du PGFP conduit, selon la chambre, à constater la persistance des difficultés de l'établissement ; si une série de facteurs tels que le plan d'action performance, les reprises sur provisions, les restrictions des dépenses de fonctionnement et d'investissement permet de présenter une amélioration de la situation jusqu'en 2014, l'établissement est toujours confronté à des difficultés, sauf à limiter durablement les investissements et leur financement par le recours à l'emprunt.

#### 4 - Conditions de réalisation du PGFP

Au regard de ce qui précède, le caractère réaliste du PGFP proposé devrait se fonder sur des hypothèses sincères :

- les choix de durée d'amortissement n'ont pas été confirmés et détaillés : les montants prévus pour couvrir les charges d'amortissements semblent correspondre aux besoins liés au projet du nouvel hôpital ;
- le niveau des investissements réduits semble peu réaliste sur les dix prochaines années au regard des besoins d'un établissement de cette taille. Les besoins en renouvellement, les récurrentes mesures de mise aux normes et de sécurité ainsi que les besoins de travaux sur des secteurs indépendants du projet de restructuration (maisons de retraite et psychiatrie) devraient constituer une charge d'investissement certaine, non évaluée à ce jour ;
- les effets du contrat de performance auront un impact provisoire, les efforts réalisés étant absorbés par la hausse mécanique des dépenses de personnel. L'établissement est condamné à poursuivre l'effort de redressement au-delà de la mise en œuvre du contrat de performance ;
- la période de reprise sur provision (2013/2015) ne masquera que provisoirement la situation financière réelle de l'établissement ; les reprises de provisions ne générant d'ailleurs pas de mouvement de trésorerie, la contrainte de remboursement du crédit de TVA versé en mars 2012 restera entière.

La chambre relève que l'analyse financière prospective met en évidence la persistance des difficultés de l'établissement :

- insuffisance de la CAF pour couvrir le remboursement de la dette et le renouvellement des investissements ;
- récurrence du déficit structurel malgré la mise en œuvre du contrat de performance ;
- épuisement des provisions destinées à faire face aux charges de structure ;
- réduction des investissements sans doute incompatible à moyen terme (5 à 10 ans) avec les besoins d'un établissement de la taille du CHC.

#### IV - MESURES DE REDRESSEMENT ET PLAN D'ACTION PERFORMANCE

##### A - Le plan de retour à l'équilibre

Au regard de la situation financière de l'établissement, l'ARS avait fait le choix, en 2010, de lier la présentation de mesures de redressement, matérialisées par des fiches action mises en œuvre en 2011, à la demande de la production d'un PGFP équilibré. Il n'avait été réalisé par l'établissement que fin 2012 et avait conduit à l'absence de signature d'un plan de redressement néanmoins mis en œuvre par l'établissement.

## 1 - Les actions retenues dans le PRE

<i>Actions sur les dépenses</i>	<b>2010</b> (valeur de référence)	<b>2011</b> (éco/2010)	<b>2012</b> (éco/2011)	<b>2013</b> (éco/2012)	<b>Total</b> période
Maîtrise de la masse salariale du personnel non médical					
Masse salariale brute chargée hors augmentation de la valeur du point	44 939 000	- 594 000	- 565 000	- 250 000	<b>1 409 000</b>
Révision des cadres de fonctionnement	44 939 000	- 388 633	- 104 167	- 41 000	<b>533 800</b>
Optimisation de la permanence des soins dans le domaine des gardes et astreintes	580 149	195 923	47 098		<b>243 021</b>
Diminution des dépenses pharmaceutiques	5 130 382	- 185 000	- 185 000		<b>370 000</b>
Maîtrise des dépenses du titre III	9 537 399	198 881	194 725		<b>393 606</b>
<b>Montant d'économies attendu par an</b>		<b>1 562 437</b>	<b>1 095 990</b>	<b>291 000</b>	<b>2 949 427</b>
<i>Action sur les recettes</i>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012/2011</b>	<b>2013/2012</b>	
Amélioration du processus de codage des séjours MCO		44 523 750	797 457	1 101 356	<b>1 898 813</b>
Développer l'activité du court séjour gériatrique	679 949	687 360	66 528		<b>1 433 837</b>
Développer les alternatives à l'hospitalisation complète	287 747	466 616	701 027		<b>1 455 390</b>
Développer la diabétologie		365 774	468 400		<b>834 174</b>
Mission d'intérêt général: La démarche de reconnaissance de l'Equipe Mobile de Gériatrie 147 000,00 € L'Education thérapeutique 77 500,00 €		147 000	77 500		<b>224 500</b>
Maintien de l'activité de surveillance continue pédiatrique	135 827	98 558	220 496		<b>454 881</b>
Développement des plaies et cicatrisation			1 943 202	309 512	<b>309 512</b>
Recettes de chambres particulières		450 000			<b>450 000</b>
<b>Montant du supplément de recettes attendues</b>	<b>1 103 523</b>	<b>2 215 308</b>	<b>2 781 408</b>	<b>1 860 868</b>	<b>7 061 107</b>

Source : PRE CHC/synthèse CRC.

<b>Recherche de recettes subsidiaires</b>
Le centre hospitalier de Cambrai poursuit une politique de partenariat destinée à dégager des recettes subsidiaires pour optimiser l'utilisation du plateau technique, médico-technique et logistique notamment la blanchisserie, le laboratoire, la stérilisation, la pharmacie, le bloc opératoire, l'endoscopie.
Une co-utilisation existe actuellement avec la clinique des hêtres et le centre hospitalier de Le Cateau pour la Stérilisation.
Des démarches ont été entreprises auprès de ces deux structures de santé afin d'accroître nos recettes subsidiaires.
Une démarche partenariale a été activée auprès de la clinique Sainte-Marie de Cambrai (dans le cadre d'un futur groupement de coopération sanitaire) et du centre hospitalier de Le Cateau (dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire).
Enfin, un effort est porté depuis 2010 sur la recette issue des chambres particulières offrant des prestations de très bonne qualité à la suite de l'ouverture des nouveaux locaux.
Une recette de 450 000 € est ainsi inscrite dans la proposition d'EPRD 2011. Elle est évaluée à 750 000 € à partir 2014.

Source : PRE CHC.

## 2 - Observations sur le plan de redressement

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) consacré au « contrôle des mesures prises dans le cadre des CREF » (contrat de retour à l'équilibre financier) de 2008 avait permis de mettre en lumière les insuffisances des premiers plans de redressement et de fournir des recommandations pour améliorer l'efficacité des plans de retour à l'équilibre définis par la circulaire du 23 septembre 2009 (circulaire DHOS/CNAMTS relative à l'équilibre financier des EPS).

Le rapport soulignait la nécessité de remplir trois exigences non observées dans le cas du centre hospitalier de Cambrai : un plan qui devait engager l'établissement dans son ensemble, un pilotage et un suivi rigoureux des mesures mises en œuvre, des objectifs réalistes mais exigeants fixés à chaque action. Le rapport précisait que les plans de retour à l'équilibre doivent prévoir un examen périodique des programmes d'investissement et des conditions de leur financement. Par ailleurs, les contrats devaient comporter des sanctions en cas de non-atteinte des objectifs et préciser les conditions de l'accompagnement assuré par l'ARH/ARS.

a - Un plan établi par la direction seule

Les fiches-actions n'ont pas fait l'objet d'une concertation large pour en définir le contenu et les modalités de mise en œuvre ; il s'agissait d'un exercice qui avait concerné exclusivement la direction. Si cette façon de procéder est caractéristique de la première vague des plans de redressement, il apparaît que la méthode ne contribue pas à faire prendre conscience de la situation financière de l'établissement dans son ensemble et ne peut donc pas provoquer d'effet d'entraînement.

b - Le poids trop important des actions portant sur les recettes

Les fiches action relatives à la hausse des recettes représentaient les deux tiers de l'effort d'économie ; cet objectif, finalement inatteignable, était là encore un travers des plans de redressement de première génération. La part des recettes attendues apparaissait en revanche plus modérée dans le cadre du plan d'action performance.

c - Absence de bilan et de suivi interne du PRE

Le plan n'avait pas fait l'objet de réel bilan de mise en œuvre. La chambre constate que les différentes recommandations de bonne gestion des plans de redressement n'apparaissaient pas dans le plan de retour à l'équilibre établi en 2011.

B - Le plan d'action performance en 2012

1 - Le choix des actions et l'évaluation du potentiel d'économie

Le plan d'action performance a été mis en œuvre en 2013, après avoir été élaboré tout au long de l'année 2012. En effet, l'ARS avait proposé en 2011 la mise en place d'un plan de recherche de performance. Au regard des délais que l'ARS et l'établissement se sont fixés, le recours à l'ANAP par le biais d'un contrat de performance n'apparaissait pas adapté ; il a donc été fait le choix d'un plan financé par l'ARS à hauteur de 120 000 € appelé « plan d'action performance » permettant, avec l'appui de cabinets de conseil privés et à condition d'une mobilisation de l'établissement dans son ensemble et notamment de la communauté médicale, d'agir sur la performance structurelle de l'établissement.

Pistes d'actions	Impact économique attendu d'ici 2015 (en €)		
	Réduction de dépenses	Recettes supplémentaires	Total
Gestion des lits	- 78 028	2 000 999	1 922 971
Urgences	152 000		152 000
Consultations externes	74 000		74 000
Fonctions supports		100 000	100 000
Bio-nettoyage	525 000		525 000
Achats	286 000		286 000
Absentéisme	53 000		53 000
Chaîne facturation recouvrement	100 000		100 000
Gel de postes administratifs logistiques et techniques	200 000		200 000
<b>Total de l'objectif de redressement structurel (recettes et dépenses)</b>	<b>1 311 972</b>	<b>2 100 999</b>	<b>3 412 971</b>

Source : plan d'actions performance CHC.

L'option choisie par l'établissement, prise en compte dans le PGFP, a consisté à retenir, selon le tableau ci-dessus, l'ensemble des actions liées à un développement d'activité, soit 3,4 M€ d'impact économique attendu avec effet en année pleine dès 2015.

## 2 - Enjeux du plan de performance et conditions de réussite

### a - Plan de performance et stratégie globale de l'établissement

Le plan de performance a pour enjeux :

- l'identification des actions qui permettraient au plan de retour à l'équilibre de répondre à une demande de l'ARS (face aux insuffisances) ;
- de trouver les marges d'amélioration de la productivité globale de l'établissement.

Le principal objectif du contrat de performance est de résorber le déficit structurel de l'établissement. Il s'agit surtout pour l'établissement de tirer avantage de l'expérience du plan de retour à l'équilibre notamment dans le suivi et la mise en œuvre du projet. Le contrat de performance devra être intégré au projet d'établissement.

### b - Observations sur trois fiches action : contractualisation, outils de gestion et optimisation du codage

#### 1) Optimisation des outils de gestion

Le contrat de performance comprend un volet consacré à l'amélioration des outils de gestion existant dans l'établissement, et notamment le recours à la comptabilité analytique.

Depuis 2006, l'établissement avait mis en œuvre des actions d'amélioration de la comptabilité analytique qui avaient débouché, en 2009 et 2011, sur la production de comptes de résultat analytique et de tableaux de coût. Les outils produits n'ont jamais servi au dialogue de gestion au sein de l'établissement ; la fonction contrôle de gestion, prévue pour être développée depuis 2003, n'a pas été pas clairement identifiée.

#### 2) Optimisation du codage

Le contrat de performance prévoit une action centrée sur l'amélioration des conditions du codage. Une marge de progression a été identifiée en 2012 à partir de l'analyse des dossiers médicaux et du codage des séjours de 2011.

Les insuffisances du codage, liées notamment à un renseignement incomplet des dossiers médicaux, avaient déjà fait l'objet d'un audit et de recommandations en décembre 2010, au travers de l'analyse du fonctionnement du département d'information médicale (DIM).

### 3) Contractualisation interne

Le contrat de performance comprend une fiche action destinée à relancer la contractualisation interne et la gouvernance par pôle d'activité.

A l'exception de la mise en place des pôles en 2006 et de l'élaboration d'un contrat type de pôle en 2009, aucune action ou initiative n'a été menée afin de relancer la contractualisation et les délégations de gestion interne.

La chambre relève, en ce qui concerne les trois actions précédemment citées, que des mesures avaient été prises sans être suivies d'effet ; la chambre invite l'établissement à veiller à la mise en œuvre des objectifs prévus dans le plan de performance retenu en 2013.

#### c - L'actualisation des conventions à incidence financière

Le plan de retour à l'équilibre comme le contrat de performance ne contiennent pas d'actions portant sur l'actualisation voire la renégociation des différentes conventions de partenariat. Il a pu être constaté, lors du contrôle, que les conventions comportant une incidence financière n'étaient ni connues ni suivies au sein du service financier. Les conventions, anciennes ou récentes, devraient pouvoir être réactualisées et suivies au regard de la situation financière de l'établissement. La chambre observe que le centre hospitalier de Cambrai avait mis en œuvre des mesures de redressement à la suite de la mission d'appui et de conseil de 2010. Le plan de retour à l'équilibre de 2010/2011 avait entraîné des difficultés d'échanges entre l'ARS et l'établissement ; le PRE n'a jamais été signé en raison de l'absence d'un PGFP équilibré. L'année 2012, une fois le montant du déficit structurel établi, a été consacrée à l'élaboration du plan d'actions performance prévoyant un effort d'économie de 3,5 M€ sur 2013. Le plan d'actions performance a corrigé les insuffisances du PRE : le centre hospitalier s'est engagé à organiser un dispositif de suivi et d'évaluation intégré au plan d'actions performance pour optimiser ses marges de manœuvre.

## V - LE PROJET DE RECONSTRUCTION

### A - Le contexte et la mise en œuvre du projet de reconstruction

#### 1 - Les étapes du projet

Le projet de reconstruction, initié en 1998, a connu en 2003/2004 un changement dans son périmètre avec la demande d'intégration de la maternité de la clinique Sainte-Marie à la demande de l'ARH. L'arrêt des travaux, intervenu en 2012, ne fut pas motivé par le constat d'une dégradation de la situation financière mais par l'absence d'accès au financement (la mobilisation de la dette auprès d'une seule banque n'ayant sans doute pas contribué à faciliter l'accès au crédit auprès de banques dont l'établissement n'était pas client).

La chambre observe que la question du plan de financement de l'opération n'a jamais été prise en compte dans la conduite du projet.

Le projet de restructuration s'arrête en avril 2012 sans avoir atteint l'objectif fixé, à savoir le regroupement des maternités et la réalisation du service de réanimation, alors que celui-ci était la raison de la révision de l'avant-projet sommaire (APS), à la demande de l'ARH, en décembre 2003.

## 2 - La coopération avec la clinique Sainte-Marie

### a - Les enjeux de l'accord de partenariat de mars 2012

La recherche de coopération entre les deux établissements, voulue par l'ARH depuis la fin des années 1990, n'a pas permis de rapprocher les deux activités principalement concernées par la coopération que sont l'obstétrique et la chirurgie. Cette recherche de coopération et d'un éventuel projet médical de territoire aurait dû être précédée d'une étude d'impact et d'une analyse médico-économique détaillée. Il est donc recommandé aux deux établissements d'entamer leur nouveau cycle de recherche de complémentarité par ce type d'étude.

En mars 2012, le CHC avait conclu avec la clinique Sainte-Marie un accord-cadre. Le préambule de cet accord-cadre rappelait les lignes directrices régulièrement évoquées depuis le début des années 2000 :

- *Le centre hospitalier de Cambrai et la clinique Sainte-Marie de Cambrai s'engagent dans un processus de partenariat dont l'objectif principal est d'améliorer l'accès et l'organisation de l'offre de soins pour la population de son secteur.*
- *Le partenariat entre les deux établissements repose sur des principes fédérateurs forts ; il s'agit pour les deux établissements :*
- *De conjuguer leurs efforts pour répondre aux difficultés de leur population face aux enjeux de santé publique.*
- *D'assurer une cohérence dans le déploiement de l'offre de soins dans le respect des orientations du Plan Stratégique Régional de Santé et des Schémas Régionaux.*
- *De poursuivre la restructuration de la production de soins dans un souci d'efficacité dans un contexte démographique médical et financier difficile.*
- *De garantir et préserver les grands équilibres sociaux et économiques.*
- *D'engager les établissements sur une voie de mise en cohérence et de mutualisation des ressources dans le respect des identités et des valeurs de chaque partenaire.*

Par ailleurs, l'intégration de la clinique Sainte-Marie au sein de l'institut catholique de Lille et son changement de statut ne pouvaient être ignorés, comme rappelé ci-dessous :

*« Il est porté à la connaissance des parties que les conseils d'administration de l'Institut catholique de Lille et de la clinique Sainte-Marie ont décidé d'engager l'étude d'un projet de constitution d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) érigé en établissement de santé selon les termes de l'article L. 6133-7 du CSP. Dès sa constitution, le GCS se substituera à la clinique Sainte-Marie pour l'exécution de cet accord-cadre. Ce nouvel établissement de santé a pour objectif d'une part de renforcer la présence hospitalière de de l'Institut catholique de Lille au niveau régional mais aussi, pour la clinique Sainte-Marie, d'améliorer l'accessibilité aux soins et d'amorcer le financement de son transfert sur le site du centre hospitalier de Cambrai, permettant ainsi d'accroître l'offre de soins sur ce territoire. »*

La clinique se retrouvait à la fois dans le giron de l'institut catholique de Lille et donc des priorités de ce groupement hospitalier lillois et dans une recherche affichée de coopération avec le centre hospitalier de Cambrai, sans qu'il soit possible d'entrevoir clairement les intentions des uns et des autres. Ainsi, la question du financement du regroupement sur le site du CH n'avait pas été clarifiée depuis, l'institut catholique de Lille ayant fait état de priorités d'investissements portant sur des établissements du groupe autres que la clinique Sainte-Marie.

Cette configuration a conduit la chambre à être réservée sur la réalisation du projet de regroupement dans ces conditions.

L'analyse des échanges entre la clinique Sainte-Marie, l'ARS et le centre hospitalier de Cambrai avait permis de soulever, sur la période 2004-2012, les constats ci-après :

- la volonté continue de la part de l'ARH depuis le début des années 2000 de voir la coopération entre les deux établissements se concrétiser par le regroupement sur le site de l'hôpital ;
- la clinique, à aucun stade du projet, n'a donné son accord sur le regroupement envisagé ;
- le centre hospitalier a suivi les directives données par l'ARH mais ne les a pas relayées pour faire aboutir la coopération comme en témoigne la convention d'accord-cadre de mars 2012 sus-évoquée ; l'absence de caractère contraignant en témoigne.

#### b - Evaluation du coût de l'intégration de la clinique Sainte-Marie

Le cabinet d'architecte Rieder avait proposé en mai 2002 une estimation du coût de l'intégration hors taxe/valeur ICC<sup>2</sup> 2000 de la maternité de la clinique et portant uniquement sur les travaux. Le coût global avait été évalué à 6 M€ assumé exclusivement par l'établissement. En outre, les modifications de programme demandées à l'architecte en 2003 avaient conduit à une modification du phasage de l'opération et avaient généré des coûts supplémentaires.

### B - Evolution des coûts de construction

#### 1 - Le contexte de mise en œuvre du projet de restructuration et de son plan de financement

Le rapport de l'agence nationale d'appui à la performance d'août 2009 consacré au bilan de la mise en œuvre du plan hôpital 2007 avait été particulièrement éclairant sur les modalités de financement de ce plan ainsi que sur les aléas de gestion constatés dans un grand nombre d'établissements concernés. Le plan hôpital 2007 était un programme visant à moderniser l'offre de soins et le patrimoine hospitalier public et privé ; il avait été lancé en 2003 afin de relancer l'investissement hospitalier sur la période 2003-2007.

Les deux grands objectifs du plan étaient de privilégier les opérations participant à la recomposition de l'offre de soins, la complémentarité et la mutualisation des ressources entre établissements et d'accompagner les investissements directement liés à la mise en œuvre des plans nationaux (plans cancer, périnatalité, urgences).

---

<sup>2</sup> Indice du coût de la construction.

Les résultats obtenus, lors de l'enquête menée en 2008 auprès d'un échantillon d'établissements de santé ayant conduit des opérations immobilières, avaient fait ressortir les points suivants :

- dépassement du montant initial du coût de nombre d'opérations, présence d'aléas dans la conduite des opérations et évolution des périmètres des opérations ;
- des plans de financement insuffisamment préparés ;
- faiblesse de l'assistance à maîtrise d'ouvrage et absence de véritable instance de pilotage des opérations.

Le rapport avait mis l'accent sur une des principales faiblesses du plan « H 2007 » qui privilégiait la couverture des annuités d'emprunt « AC investissement » au détriment de l'aide en capital. Le plan hôpital 2012 s'est attaché à un meilleur rééquilibrage des aides (accroître les subventions en capital et réduire les subventions d'annuités d'emprunt compte tenu du niveau d'endettement des établissements publics et de la situation exceptionnellement dégradée de certains).

Si le centre hospitalier de Cambrai illustre les faiblesses constatées dans un grand nombre d'autres opérations mises en œuvre sur cette période, les insuffisances directement rattachables à la direction de l'établissement étaient le manque de suivi financier de l'opération, l'absence d'informations données et d'alerte sur l'impasse financière prévisible dès l'origine du projet ainsi que sur l'absence d'anticipation dans la recherche de financements complémentaires.

## 2 - La détermination du coût global de l'opération

La circulaire du 20 septembre 2006 sur le contrôle des investissements immobiliers rappelle les principes de calcul du coût d'une opération de travaux. La circulaire indique qu' « Il ne comprend que les dépenses correspondant aux marchés de travaux, pour la construction ou la réhabilitation. Les dépenses d'équipement sont par conséquent exclues du calcul, à l'exception de matériels mobiliers liés à l'opération de travaux (dits « immeubles par destination »).

Les dépenses correspondant à l'accompagnement d'un phasage (déménagements, locaux provisoires...) devaient être intégrées dans le calcul du seuil dès lors qu'elles étaient indissociables de la réalisation des travaux en objet.

La valeur de ces travaux correspondait à celle estimable au moment de la constitution du dossier d'investissements. Pour des raisons d'objectivité et dans un contexte économique fluctuant, elle ne comprenait pas de projection de révision ou d'actualisation sur les années à suivre pour obtenir une valeur finale "estimée" ».

Ainsi, il était tout à fait justifié que l'évaluation du coût de l'opération au stade de l'APD constituait une base commune pour le maître d'œuvre, la conduite d'opération DDE et l'établissement hospitalier comme pour l'ARH.

La circulaire précitée définit le coût toutes dépenses confondues (TOC) ou coût total : « Le coût toutes dépenses confondues est élaboré en phase programmation à partir d'un ratio de prix appliqué à la surface dans œuvre (SDO), permettant ainsi de définir une enveloppe prévisionnelle. Il exprime le budget global nécessaire à la réalisation de l'opération immobilière.

Le coût TOC en « valeur finale estimée » (TOC VFE) inclut une revalorisation de prix en fonction de la durée estimée de l'opération immobilière, ainsi que des dépenses prévisionnelles (exemple : aléas et imprévus). Cette notion est valable durant tout le déroulement de l'opération jusqu'à son achèvement après épuration des comptes. »

Au stade de la constitution du dossier d'investissement, l'établissement avait bien pris en compte les coûts de travaux du projet. Toutefois, le coût « toutes dépenses confondues », représentant le coût total de l'opération, n'apparaissait pas dans un plan global de financement.

### 3 - L'analyse des différents prévisionnels de coût proposés et la critique de la notion de « surcoût » de construction dans le cas du CHC

#### a - Des prévisionnels lacunaires qui ne permettent pas d'identifier le coût global du projet

Date	Estimation APD 2005	Prévisionnel avenant (contrat pluriannuel objectifs et moyens)	Estimations DDE		Intégration des adaptations et estimation fin de chantier
	décembre 2005	janvier 2006	janvier 2007	octobre 2007	mai 2009
<b>Montants prévus ou constatés</b>					
Hors taxes	46 397 000		70 243 222	70 567 200	<b>72 679 645</b>
TTC	55 490 812	<b>55 490 812</b>	84 010 893	84 398 371	<b>86 915 451</b>
ICC 2000 / 2006 (TTC)	15 681 414	<b>18 814 492</b>		ICC intégrés au prix TTC	
ICC 2007 / 2011 (TTC)			9 325 260	20 130 580	<b>14 255 800</b>
Frais d'étude et honoraires		<b>14 886 686</b>	9 243 599	11 471 049	<b>11 471 049</b>
Aléa technique et fiches techniques modificatives (FTM)			3 266 781	2 206 668	<b>17 500 000</b>
Equipement					
<b>Total</b>	71 172 226	<b>89 191 990</b>	105 846 533	118 206 668	<b>133 500 000</b>

Source : CHC.

Les documents prévisionnels étaient lacunaires sur au moins un des points suivants :

- les aléas techniques inévitables dans une reconstruction sur site occupé ;
- l'application d'un aléa économique en prenant en compte l'indice du coût de la construction ;
- les équipements pas explicitement pris en compte dans le coût global d'une opération de travaux, faisaient pourtant partie, au moins pour 10 %, d'une opération immobilière de modernisation (14 M€ entre 2006 et 2012 pour le CHC). Ils allaient avoir un impact sur l'enveloppe financière disponible.

Le tableau contenu dans l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) n° 1 du 23 janvier 2006 sous-estimait dès l'origine le coût réel du projet. L'avenant au CPOM précise : « Par courrier en date du 27 octobre 2004, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a accepté ce nouvel avant-projet sommaire sous réserve de la mise en œuvre d'un plan de financement cohérent, validé par elle-même. »

La chambre estime que la cohérence de ce projet de financement pose problème et explique en partie les difficultés rencontrées par l'établissement dans son aboutissement.

L'établissement avait fait état de l'évaluation du projet valeur 2000 dans le compte rendu du conseil d'administration de décembre 2005 ; la construction du plan de financement sur cette base non réactualisée entre 2000 et 2006 n'avait donc pas été une erreur de construction. La sous-évaluation du coût global du projet du fait d'une insuffisante prise en compte de l'évolution prévisible des coûts de la construction avait entraîné par conséquent une sous-évaluation des surcoûts d'exploitation évoqués.

Le plan de financement proposé à l'ARH au stade de l'avant-projet détaillé (APD) n'avait pas été une évaluation toutes dépenses confondues. Le plan de financement annexé au CPOM en janvier 2006 s'était appuyé sur l'estimation APD du maître d'œuvre. Ainsi le plan de financement validé avec l'ARH ne mentionnait pas :

- l'indice du coût de la construction entre 2007 et 2011 ;
- le montant des équipements ;
- le montant de l'aléa technique.

En 2011, la direction de la logistique avait établi la liste des adaptations qui avaient dû être intégrées en cours de projet :

- demandes d'adaptation de l'établissement ;
- modification du phasage due à l'intégration de la maternité Sainte-Marie ;
- aléas techniques liés au choix de la reconstruction sur place ;
- adaptations règlementaires connues avant le démarrage du projet (accessibilité de l'établissement loi de 2005) ;
- mises aux normes habituelles et fréquentes dans le secteur hospitalier.

En outre, la prise en compte de l'ensemble des coûts d'adaptation par avenant s'était soldée par les résultats suivants :

- montant des adaptations prévues en mai 2009 : 17,5 M€TTC d'avenant sur un budget prévisionnel de 133,5 M€ soit 13 % du prévisionnel ;
- montant des adaptations réalisées (état fourni le 22 octobre 2012) : 13,2 M€TTC sur un coût total (hors Logipôle) de 111,7 M€ soit 12 % du prévisionnel.

Ainsi la part des avenants dans le total de l'opération représentait 12 % du coût total de la reconstruction, soit un montant cohérent avec un projet de reconstruction sur site occupé, inévitablement plus coûteux qu'une construction neuve.

L'établissement a présenté l'évaluation du coût de reconstruction comme une succession de dépenses subies ; cette position défendue au sein de l'établissement comme à l'égard de l'ARH ne résiste pas, selon la chambre, à l'analyse, l'essentiel du coût constaté relevant de choix initiaux contestables.

L'analyse du coût global de l'opération permet de souligner la succession d'insuffisances qui a conduit à masquer dès l'origine le coût réel du projet. L'établissement a mis en avant les surcoûts subis au cours de la construction ; l'essentiel des coûts étaient prévisibles au stade de la réalisation du plan de financement. L'ensemble de ces insuffisances explique l'arrêt forcé de l'opération en avril 2012, après 6 mois d'ajournement.

b - Un coût global pourtant prévisible dès l'origine du projet dans ses différentes composantes

	Coût (en M€)	Prévisible ou non
<b>Travaux de restructuration (activité médecine, chirurgie, obstétrique)</b>		
Base marché TTC valeur 2006	84	en partie prévisible
ICC 2007 / 2011 à 6 %	22	prévisible
Frais d'étude et honoraires	12	prévisible
Aléa technique	17,5	prévisible
<b>Total</b>	<b>135,5</b>	prévisible
<b>Equipements (2006-2012)</b>	14	prévisible
<b>Logipôle</b>	10	prévisible
<b>Coût global de l'opération</b>	<b>159,5</b>	en majeure partie prévisible

Source : *retraitement CRC.*

A partir du projet tel qu'il avait été initialement défini à l'APD de décembre 2005, le coût total à financer était prévisible en mai 2009, date de présentation de la réactualisation en conseil exécutif. Ainsi, l'affichage du montant réel de l'opération aurait pu conduire à étudier la question du refinancement dès le début de 2009, et non au deuxième trimestre 2011. Le projet de reconstruction présente, à la date d'arrêt de l'opération, un coût global de 121,6 M€ Les principaux écarts de prix sont les suivants :

- APD TTC valeur 2006 et base marché TTC valeur 2006

L'écart entre l'estimation du maître d'œuvre au stade de l'APD et l'estimation base marchés établie à l'issue de la commission d'appel d'offres a été dû à l'absence de prise en compte de l'aléa technique (3 à 4 % de l'opération de travaux) ainsi que des éléments intervenus entre décembre 2005 et janvier 2007 pour une part non prévisible (retard de délivrance du permis de construire et contexte économique de proposition des offres) mais aussi pour une part prévisible ou dépendant du maître d'œuvre ou du maître d'ouvrage (désamiantage – lots médico techniques – détails PRO – sous-estimation de la MO).

- ICC 2007/2011 à 6 %

L'effet de l'indice du coût de la construction était intégrable dès l'origine (entre 3 et 6 % par an).

- Frais d'étude et honoraires

Les frais et études étaient évaluables dès l'origine pour un montant proche du réalisé 2012.

- Alea technique et montant présenté en mai 2009

Les aléas techniques pour un projet intégralement neuf sont de l'ordre de 3 à 4 % ; pour un projet sur site occupé, il n'était pas surprenant de prévoir un montant plus élevé.

- Équipements (2006-2012)

Le montant des équipements évalué depuis l'origine à 2,5 M€an n'a jamais été pris en compte dans les estimations ; pourtant, il a pesé sur le plan de financement et notamment sur l'enveloppe d'emprunt.

- Logipôle

Le coût du Logipôle est pris en compte dans l'enveloppe d'emprunts de l'avenant CPOM du 23 janvier 2006. Toutefois, cet équipement avait déjà fait l'objet d'un financement spécifique par emprunt.

C - Modalités de financement du projet

La loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage, dite « loi MOP », et l'article R. 6145-65 du code de la santé publique prévoient l'obligation pour l'ordonnateur d'établir et d'assurer un plan de financement prévisionnel destiné à couvrir l'ensemble des opérations avec actualisation annuelle et présentation aux instances concernées. La loi dispose qu'il appartient au maître de l'ouvrage, après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux.

1 - Le plan de financement présenté dans le CPOM et son avenant du 23 janvier 2006

a - Le périmètre de financement du projet par l'ARH

Dans le cadre du CPOM 2002/2007 et de son avenant du 23 janvier 2006, l'ARH avait précisé le périmètre de calcul de son aide et déterminé, au regard de l'avant-projet détaillé proposé et du plan de financement établi par l'établissement, le niveau d'emprunt nécessaire pour un projet financé à 90 % par emprunt. Si l'établissement avait évoqué un montant maximal d'emprunt de 103,5 M€, enveloppe globale d'emprunt autorisé, le justificatif de ce montant n'avait pas été fourni par l'établissement. Il n'était pas mentionné dans l'avenant au CPOM qui fixait les modalités de financement de ce projet :

« *Le plan de financement de l'opération est prévu de la façon suivante :*

- <i>rappel du montant estimé total de l'opération :</i>	98 986 989 €
- <i>rappel du montant estimé de l'investissement aidé :</i>	82 514 915 €
- <i>financement par subvention FMESPP :</i>	3 780 000 €
- <i>autres sources de financement :</i>	95 206 989 €
<i>dont :</i>	
- <i>autofinancement (dont cession de la DNA) :</i>	5 530 220 €
- <i>emprunts travaux :</i>	89 676 769 € »

Ainsi le montant d'emprunt prévu était de près de 90 M€. Le plan de financement du projet de restructuration portait sur une enveloppe d'emprunt, non actualisée au rythme de la réévaluation du coût du projet ; l'enveloppe ainsi fixée à l'origine, et non modifiée, ne couvrait finalement que le coût TTC, valeur ICC 2006, des travaux uniquement.

L'établissement a mené à 4 reprises la recherche de financement nécessaire au projet de restructuration, démarche qui n'a pas permis de couvrir le coût global du projet :

- 2005/2006 : financement du Logipôle par le prêt Crédit Agricole pour 10 M€;
- 2007 : 83 M€ auprès de Dexia pour le projet de restructuration MCO ;
- 2011 : 1<sup>er</sup> prêt complémentaire de la Banque Populaire de 15 M€;
- 2012 : 2<sup>ème</sup> prêt complémentaire de la Caisse des dépôts pour 11 M€

b - Les modalités de l'emprunt Dexia en 2007

Année de réalisation	Référence	Prêteur	Montant initial	Capital restant dû	Durée résiduelle	Taux
2010	MIN249976EUR	Dexia CL	7 000 000,00 €	6 338 889,04 €	27,12	Taux fixe à 4,708 %
2009	MIN249925	Dexia CL	15 000 000,00 €	13 083 333,18 €	26,12	Taux fixe à 4,69 %
2009	MIN249968	Dexia CL	13 000 000,00 €	11 555 555,60 €	26,62	Taux fixe à 4,698 %
2008	MIN249860EUR	Dexia CL	15 000 000,00 €	12 583 333,14 €	25,12	Taux fixe à 4,679 %
2008	MIN249926EUR	Dexia CL	13 000 000,00 €	11 122 222,28 €	25,62	Taux fixe à 4,682 %
2007	MIN249850EUR-conso	Dexia CL	20 000 000,00 €	16 555 555,28 €	24,78	Taux fixe à 4,67 %
			83 000 000,00 €	71 238 888,52 €		

Source : *finance active/CHC.*

A l'issue de son appel d'offres de 2007, l'établissement avait fait le choix de s'endetter intégralement auprès de la banque Dexia pour un montant de 83 M€

c - Les emprunts complémentaires en 2011 et 2012

Année de réalisation	Référence	Prêteur	Montant initial	Capital restant dû	Durée résiduelle	Taux
2012	1214954	Caisse des dépôts et consignations	11 000 000,00 €	10 450 000,01 €	14,20	LEP + 1,35 %
2011	07784806	Banque Populaire	15 000 000,00 €	13 950 000,00 €	23,11	Taux fixe à 5,3 %
			26 000 000,00 €	24 400 000,01 €		

Source : *finance active/CHC.*

A l'issue d'un appel d'offres infructueux au 1<sup>er</sup> semestre 2011, l'établissement avait obtenu deux prêts complémentaires de 15 M€ auprès de la Banque Populaire en 2011 et de 11 M€ auprès de la CDC en 2012, sans parvenir à couvrir ses besoins estimés à 40 M€

d - L'état de la dette fin 2013

Prêteur	Montant emprunté	Capital restant dû	Nombre d'emprunts	Part du capital restant dû en %
Dexia	83 000 000,00 €	70 990 645 €	18	68,70
Crédit Agricole	12 123 787,69 €	8 027 998 €	4	7,77
Société Générale	1 465 103,33 €	817 784 €	3	0,79
CRAM	5 950 738,00 €	168 106 €	2	0,16
CDC	11 441 121,74 €	9 976 298 €	2	9,65
Banque Populaire	15 000 000,00 €	13 350 000 €	1	12,92
Total au 31/02/2013		103 330 831 €	31	100,00

Source : *finance active / CHC/ calculs CRC.*

La dette est composée de contrats de prêt à taux fixe qui ne présentent pas de risque pour l'établissement, selon la classification de la chartre Gissler<sup>3</sup>.

#### D - Modalités de suivi financier interne et externe du projet

L'absence d'équipe projet, l'insuffisante information fournie au conseil d'administration, les lacunes des bilans d'étape semestriels et l'absence de plan global de financement pluriannuel constituent les principales faiblesses du suivi financier, interne et externe, de l'opération.

##### 1 - Le suivi interne

###### a - La conduite d'opération

###### 1) Le contenu de la convention de conduite d'opération

Le contenu de la mission de conduite d'opération a été défini dans le cadre d'une convention signée en 1999 à la suite du lancement de la procédure de marché de définition destinée à sélectionner un maître d'œuvre.

Cette convention précisait en son article 7 que, en cas de résiliation, celle-ci « *n'ouvre aucun droit à indemnité pour le maître de l'ouvrage (...)* ». Cette mention ne permettait pas de s'assurer d'une indemnisation en cas de défaillance au cours de la mission, au détriment de l'établissement.

###### 2) La prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage

La convention, dénoncée en 2010, a été remplacée par une prestation d'assistance demandée à M. Genevey, auto-entrepreneur, uniquement pour le volet financier. La prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage est soumise aux règles du code des marchés publics depuis 2001 ; or, le recours aux services de M. Genevey, pour un coût de 19 600 €HT, concepteur du logiciel informatique de suivi financier des opérations de travaux et d'actualisation des coûts de l'opération, n'a pas été décidé à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. L'établissement a donc, en 2010, dérogé aux règles de mise en concurrence.

###### 3) L'absence de mise en place d'une équipe projet

Selon la circulaire du 20 septembre 2006 relative au contrôle des investissements hospitaliers, « La réalisation d'opérations majeures d'investissement dans certains EPS nécessite le développement de la gestion de projet dans ces établissements. Il est indispensable aux établissements lançant un ou plusieurs projets majeurs (plus de 30 M€ et/ou très structurants pour l'établissement) de se doter d'équipes projets dédiées au suivi et à la coordination de ces investissements. Les ARH doivent inciter fortement les directeurs des EPS à le faire ; ces équipes doivent renforcer la sécurité de réalisation des opérations et en faciliter le suivi. Il conviendra de veiller, avec les cellules d'investissement régionales et l'appui de la MAINH et de la DHOS (qui disposent de standards et d'outils nationaux) à leur configuration conforme aux besoins, certains projets pouvant se satisfaire d'une à deux personnes dédiées et clairement désignées, d'autres supposant des équipes plus étayées. »

La chambre observe que l'établissement n'a pas constitué une véritable équipe projet pour assurer la conduite d'une opération de restructuration de cette envergure.

---

<sup>3</sup> Dette de niveau de risque A1.

b - L'information donnée aux instances consultatives ou décisionnelles internes sur le projet de restructuration

Le service financier a fourni un tableau de suivi interne qui indique le besoin d'emprunt déterminé depuis 2008, soit un an après le début des travaux.

**Remboursement des emprunts travaux plan directeur  
(Pôle logistique + MCO)**

Objet	Capital emprunté
<b>Emprunts conclus au 31/12/2005</b>	
Pôle logistique (2005 - 3,50 %)	9 300 000,00
Etude Plan Directeur (2004 - 4,50 %)	1 032 000,00
Dette antérieure au projet	<b>10 332 000,00</b>
<b>Emprunts nouveaux</b>	
<b>emprunt 2006</b>	
Emprunt 2007 - Dexia	20 000 000,00
Emprunt 2009 - Dexia	15 000 000,00
Emprunt 2008 - Dexia	13 000 000,00
Emprunt 2008 - Dexia	13 000 000,00
Emprunt 2009 - Dexia	15 000 000,00
Emprunt 2009 - Dexia	7 000 000,00
Dette destinée à financer le projet	<b>83 000 000,00</b>
<b>A réaliser à partir de 2009</b>	
Emprunt 2009	6 000 000,00
Emprunt 2010	10 000 000,00
Emprunt 2010 – Dexia	15 000 000,00
Emprunt 2011	2 000 000,00
Emprunt complémentaire nécessaire au financement du projet	<b>33 000 000,00</b>
<b>Total besoin de financement du nouveau projet</b>	<b>116 000 000,00</b>
<b>Total de la dette (antérieur et nouvelle)</b>	<b>126 332 000,00</b>

Source : CHC.

Le suivi financier du projet s'est révélé lacunaire. Il s'est traduit par une insuffisance de financement en l'absence d'anticipation dans la recherche de ressources complémentaires.

S'ajoute à ce qui précède, une absence de suivi budgétaire infra-annuel permettant de suivre et de piloter la situation financière générale.

Par ailleurs, la présentation au cours du conseil exécutif (devenu conseil de surveillance), des raisons de la réévaluation du coût du projet passant de 116 M€ à 133 M€, aurait dû déboucher sur la prise de conscience de l'impasse financière et de la nécessité d'une autorisation d'emprunt supplémentaire pour assurer le bouclage financier de l'opération.

Ainsi, l'examen du suivi interne indique, soit que l'information disponible n'est pas fournie aux instances (le besoin de financement identifié au niveau du service financier dès 2008), soit que l'information donnée sur le coût du projet ne débouche pas sur les décisions adaptées (la réévaluation du coût du projet en mai 2009 sans recherche de financement complémentaire).

La chambre relève un défaut d'information des instances concernées et le manque d'anticipation de l'établissement dans la recherche de nouveaux financements.

## 2 - Le bilan d'étape semestriel prévu au CPOM

Les bilans d'étape ne fournissent pas d'informations suffisantes en ce qui concerne l'impact de l'évolution du coût du projet sur le besoin de financement et la réalité de la situation financière.

L'établissement, au travers de ses bilans semestriels, n'a pas alerté l'ARH sur le besoin de financement identifiable dès 2007 et a fortiori 2008. Cette demande complémentaire d'ajustement de l'autorisation d'emprunt et d'information des instances aurait logiquement dû intervenir dès janvier 2007 à la suite de la CAO de jugements des offres et la production d'une estimation DDE actualisée de janvier 2007.

Si les bilans d'étape transmis par semestre étaient conformes à ce qui était attendu par l'article 5 de l'avenant n° 1 du CPOM du 23 janvier 2006, il n'y avait aucun commentaire sur les données transmises, aucune mise en perspective sur les suites de l'opération.

Le montant des dépenses prévisionnelles en charges d'intérêt et d'amortissement est indiqué mais l'établissement ne précise pas dans quelle mesure il pourra couvrir ces charges supplémentaires sans détériorer son compte de résultat.

En l'absence de PGFP, les informations disponibles ne permettaient pas de suivre l'impact financier du projet ; si des tableaux de financement ont été produits, il n'y avait pas de mesure de l'impact sur le compte de résultat ou du niveau de prélèvement sur le fonds de roulement.

\*  
\* \*

## LEXIQUE

ANAP :	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APD :	Avant-projet détaillé
ARH :	Agence régionale d'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé
AS :	Aide-soignant
ASH :	Agent de service hospitalier
ATIH :	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BA :	Budget annexe
BDHF :	Banque de données hospitalière de France
BFR :	Besoin en fonds de roulement
CA :	Chiffre d'affaires
CAF :	Capacité d'autofinancement
CCAA :	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDC :	Caisse des dépôts
CET :	Compte épargne-temps
CH :	Centre hospitalier
CHC :	Centre hospitalier de Cambrai
CHR :	Centre hospitalier régional
CHT :	Communauté hospitalière de territoire
CLTR :	Crédits long terme renouvelables
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRPA :	Compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP :	Compte de résultat prévisionnel principal
DDE :	Direction départementale de l'équipement
DGOS :	Direction générale de l'offre des soins
DIM :	Département d'information médicale
DMS :	Durée moyenne de séjours
DNA :	Dotation non affectée
DPI :	Dossier patient informatisé
DRFIP :	Direction régionale des finances publiques
EEG :	Electro-encéphalographie
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP :	Equipe mobile de soins palliatifs
EPRD :	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS :	Etablissement public de santé
FEH :	Fonds pour l'emploi hospitalier
FIPHFP :	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique
FMESPP :	Fonds de modernisation des établissements de santé
FRNG :	Fonds de roulement net global
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
GHM :	Groupe homogène de malades
GIMC :	Groupement d'imagerie médicale du Cambrésis
GVT :	Glissement vieillissement technicité
HAD :	Hospitalisation à domicile
IDE :	Infirmier diplômé d'Etat
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
MCO :	Médecine chirurgie obstétrique
MIGAC :	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MOP :	Maîtrise d'ouvrage public
OPQ :	Ouvrier professionnel qualifié
PACS :	Système d'archivage et de stockage pour imagerie médicale
PGFP :	Plan global de financement pluriannuel
PMSI :	Programme médicalisé du système d'information
PRE :	Plan de retour à l'équilibre
SC :	Solde créditeur
SD :	Solde débiteur
SSR :	Soins de suite et réadaptation
T2A :	Tarifcation à l'activité
TCCM :	Tableau de coûts case-mix
USIC :	Unité de soins intensifs cardiologiques
USLD :	Unité de soins de longue durée



ROD.0610

## **RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES**

– Centre hospitalier de Cambrai –

**(Département du Nord)**

Ordonnateurs en fonction pour la période examinée :

- M. Jean-Martin Andarelli : Pas de réponse.
- Mme Jeanne-Marie Marion-Drumez : Pas de réponse.

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