



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

## CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE (Aude)

Exercices 2011 et suivants



## TABLE DES MATIÈRES

<b>SYNTHÈSE.....</b>	<b>5</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>1. PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE.....</b>	<b>9</b>
1.1. Le territoire de santé et ses besoins .....	9
1.1.1. Une région attractive mais vieillissante .....	9
1.1.2. Des besoins importants de santé mais une offre hospitalière inadaptée .....	9
1.1.3. Le centre hospitalier de Narbonne, établissement de santé de référence sur un territoire de santé concurrentiel .....	10
1.2. L'offre de soins du centre hospitalier de Narbonne.....	13
1.2.1. Une offre complète répartie sur différents sites, concentrés sur le territoire urbain de Narbonne.....	13
1.2.2. Enjeux et perspectives d'évolution en matière d'activités.....	16
<b>2. LA FIABILITÉ DES INFORMATIONS COMPTABLES.....</b>	<b>21</b>
2.1. Principes et cadres de l'analyse .....	21
2.2. Une amélioration relative de la qualité des prévisions budgétaires.....	21
2.2.1. Par rapport au précédent contrôle de la chambre, la qualité des prévisions budgétaires a été globalement améliorée .....	21
2.2.2. Les prévisions de recettes des titres 3 et 4 du budget principal mériteraient toutefois d'être affinées.....	21
2.3. Le rattachement des charges et des produits à l'exercice a été réalisé .....	22
2.4. Les comptes de provisions.....	22
2.5. La fiabilité des comptes liés à l'actif immobilisé .....	23
2.5.1. Intégrations du compte 23 au compte 21 .....	23
2.5.2. Les amortissements.....	24
<b>3. ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIÈRE.....</b>	<b>26</b>
3.1. Un niveau de trésorerie qui reste positif, du fait de dettes fournisseurs en instance de paiement.....	26
3.1.1. Une situation apparemment favorable .....	26
3.1.2. Qui masque une situation de tension de trésorerie.....	27
3.2. L'évolution de l'exploitation jusqu'en 2016 .....	28
3.2.1. Présentation générale de l'évolution des charges et des produits du budget principal .....	28
3.2.2. L'évolution des produits et des charges des budgets annexes .....	31
3.3. L'analyse des soldes intermédiaires de gestion et la formation de l'autofinancement .....	32
3.3.1. Des charges de personnel qui ont eu un impact défavorable important sur les performances économiques de l'établissement.....	32

3.3.2.	Une épargne brute (tous budgets confondus) qui diminue drastiquement...	34
3.4.	Le financement des investissements .....	36
3.4.1.	L'investissement réalisé au cours de la période sous revue.....	36
3.4.2.	La CAF nette en très forte diminution sur la période au contrôle .....	37
3.4.3.	La couverture des investissements par des financements propres .....	40
3.5.	La situation bilancielle.....	42
3.5.1.	La perte de marges de manœuvre, consécutive à l'autofinancement d'un actif au cours de la période 2013-2014 .....	42
3.5.2.	La dette.....	45
3.6.	Les perspectives.....	53
3.6.1.	L'établissement ne rencontre pas de difficultés de recours à l'emprunt.....	53
3.6.2.	L'EPRD 2017 présente néanmoins une dégradation des indicateurs financiers .....	53
3.6.3.	Les pistes.....	59
<b>4.</b>	<b>LES PERSONNELS INFIRMIERS .....</b>	<b>61</b>
4.1.	Les personnels infirmiers à l'hôpital de Narbonne.....	61
4.1.1.	L'évolution de leur statut a eu des impacts financiers non négligeables.....	61
4.1.2.	La réforme a eu un coût financier non négligeable pour l'établissement ....	64
4.2.	La gestion des infirmiers .....	67
4.2.1.	Les acteurs de la gestion la gestion des infirmiers.....	67
4.2.2.	Un accompagnement des projets professionnels des infirmiers sans une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences .....	71
4.2.3.	Les politiques de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers .	73
4.3.	L'exercice du métier infirmier .....	75
4.3.1.	Les personnels infirmiers au sein des équipes hospitalières .....	75
4.3.2.	L'organisation du travail infirmier.....	78
4.3.3.	La condition infirmière .....	80
4.4.	La formation des personnels infirmiers .....	84
4.4.1.	Les moyens mis en œuvre.....	84
4.4.2.	Les résultats .....	89
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>91</b>
	<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>101</b>

## SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Occitanie a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier (CH) de Narbonne, pour les exercices 2011 et suivants. Le contrôle de la chambre a porté sur l'activité, la fiabilité des comptes et la situation financière, ainsi que sur la situation démographique et organisationnelle des personnels infirmiers dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières à laquelle sont associées la Cour des comptes et onze chambres régionales des comptes.

Cet établissement public de santé, d'une capacité de 565 lits toutes activités confondues, est l'hôpital de référence du territoire Narbonne-Lézignan-Corbières. Il se situe dans un environnement caractérisé par une intense activité estivale mais aussi une population vieillissante. Dans ce cadre, l'hôpital a développé au cours de la période sous revue une stratégie de développement de son pôle médecine et de sa filière gériatrique. Pour autant, ne disposant plus de projet d'établissement depuis 2014, l'établissement devrait adopter un nouveau texte affichant clairement ses objectifs, conformément à ce que prévoit l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, qui devront être en cohérence avec les objectifs partagés de son groupement hospitalier de territoire.

La fiabilité des comptes s'est améliorée depuis le précédent contrôle de la chambre, lequel portait sur la période de 2004 à 2009. Des progrès sont, en particulier, notés s'agissant de la qualité des prévisions budgétaires, du rattachement des produits et des charges à l'exercice, et des provisions (notamment celles ayant trait aux comptes épargne-temps). Pour autant, dans la perspective de la probable future certification de sa comptabilité en vertu du décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes, la chambre recommande que cette démarche positive soit aujourd'hui confortée dans trois domaines : l'ajustement des prévisions du budget hospitalier ; l'admission en non-valeur de créances irrécouvrables ; l'évaluation de l'actif immobilisé.

La situation financière est marquée, en fonctionnement, par la forte progression des charges de personnel, liée notamment au recours à du personnel médical intérimaire, qui concourt au déséquilibre grandissant entre les recettes (+ 16 % sur la période 2011-2016), et les dépenses (+ 23 %). Cette évolution défavorable, caractéristique d'un « effet ciseaux » en fonctionnement, s'est conjuguée à la mobilisation des seules ressources propres de l'établissement pour le financement, en 2012-2013, d'un centre de gérontologie représentant, à lui seul, la moitié des dépenses d'investissement sur toute la période au contrôle. L'épargne disponible du centre hospitalier, dans ces conditions, baisse de façon drastique entre 2011 et 2016 : la capacité d'autofinancement brute a ainsi diminué de 4,3 M€ en 2011, à 1,2 M€ en 2016. Fin 2016, la capacité d'autofinancement ne permet plus de couvrir le remboursement annuel en capital des emprunts. Cette évolution défavorable, qui perdure en 2017, conduit la chambre à s'interroger sur la soutenabilité de la politique d'investissement envisagée par l'établissement. Si sa trésorerie est apparemment favorable, elle résulte pour partie d'un décalage dans le temps entre le recouvrement des créances et le paiement des factures : cette situation conduit à un excédent en fonds de roulement d'exploitation (ou besoin en fonds de roulement négatif), par définition instable, qui fait peser en outre, sur le long terme, des risques en matière de paiement d'intérêts de retard aux fournisseurs. La chambre, à partir du cas des créances de la caisse pivot, propose à l'établissement un plan d'amélioration de la chaîne de la facturation.

S'agissant des personnels infirmiers, la présence d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) est un atout majeur pour l'hôpital : chaque année, celui-ci recrute ainsi 1/5<sup>ème</sup> de la promotion. Une organisation du temps de travail en 12 heures s'est généralisée, à la demande des agents, sans qu'une évaluation de ses effets n'ait été menée, hormis un questionnaire renseigné à l'été 2017 par une partie, seulement, des effectifs.

## RECOMMANDATIONS

1. Adopter un nouveau projet d'établissement fédérateur, autour d'une stratégie clairement affichée. *Non mise en œuvre.*
2. Mettre en œuvre une démarche afin d'améliorer la qualité des prévisions budgétaires de recettes des titres 3 et 4 du budget hospitalier. *Non mise en œuvre.*
3. Réaliser, en partenariat avec le comptable public, une revue des restes à recouvrer, afin de déterminer les créances à admettre en non-valeur. *Non mise en œuvre.*
4. Établir des durées d'amortissement conformes à ce que recommande l'instruction comptable M21. *Non mise en œuvre.*
5. Respecter les durées d'amortissement initialement mises en œuvre. *Non mise en œuvre.*
6. Procéder à la correction de l'écriture relative à la comptabilisation des amortissements du centre de gérontologie « Pech d'Alcy ». *Non mise en œuvre.*
7. Ajuster l'inventaire immobilier avec l'actif du comptable, au besoin en recherchant l'historique des écritures correspondant à cette opération au moyen des anciens logiciels CLARA ou DDPAC. *Non mise en œuvre.*
8. Définir un plan d'amélioration de la facturation. *Non mise en œuvre.*

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans sa synthèse.

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes d'octobre 2017 :

- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Mise en œuvre en cours : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Mise en œuvre incomplète : quand la mise en œuvre n'a concerné qu'une seule partie de la recommandation ; pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours n'a pas abouti dans le temps à une mise en œuvre totale.
- Totalement mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.

## INTRODUCTION

*Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières « Par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».*

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Narbonne a été ouvert le 2 juin 2017 par lettre du président adressée à M. Vincent Rouvet, ordonnateur alors en fonctions. Un courrier a également été adressé le 2 juin 2017 à M. Olivier Roquet, précédent ordonnateur, et le 11 juillet 2017 à M. Richard Barthes, nouvel ordonnateur.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 17 et 31 octobre 2017.

Lors de sa séance du 24 novembre 2017, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. Richard Barthes.

MM. Vincent Rouvet et Olivier Roquet, en qualité d'ordonnateurs précédents, en ont également été destinataires pour la partie afférente à leur gestion. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 11 avril 2018, la chambre, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

# 1. PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE

Le centre hospitalier de Narbonne est implanté dans le territoire de santé de Narbonne-Lézignan et regroupe, sur plusieurs sites à Narbonne, le centre hospitalier proprement dit « Hôtel-Dieu », le centre de long séjour « Pech Dalcy », ainsi qu'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation pour les aides-soignants (IFAS). Par arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2016, l'hôpital est membre du groupement hospitalier de territoire des centres hospitaliers de Perpignan - Narbonne - Lézignan Corbières - Port la Nouvelle - Prades.

## 1.1. Le territoire de santé et ses besoins

L'activité d'un établissement de santé dépend fortement du dynamisme de la population de son territoire de ressort, de l'organisation sanitaire du territoire de santé, ainsi que des capacités de l'établissement. L'analyse des pathologies recensées dans le territoire permet d'établir et de cartographier les besoins de santé de la population concernée. Elle constitue ainsi l'un des points structurants des projets régionaux de santé établis par les agences régionales de santé (ARS).

Le centre hospitalier (CH) de Narbonne étant situé dans l'ancienne région Languedoc-Roussillon, les éléments relatifs à l'analyse des problématiques de santé du territoire ont été relevés à partir de l'analyse du projet régional de santé de l'ARS (agence régionale de santé) Languedoc-Roussillon pour la période 2012-2017, en complément des synthèses disponibles sur le site de l'Insee, ainsi que des diverses statistiques en provenance de sites spécialisés (ATIH<sup>1</sup> et Hospi Diag notamment).

### 1.1.1. Une région attractive mais vieillissante

La situation du département de l'Aude se distingue des échelons, tant régional que national. Avec une croissance démographique de 4 % depuis 2009 (369 000 habitants selon les données provisoires 2016 de l'Insee), l'Aude constitue un carrefour dynamique dans une région vieillissante. Même si l'indice de vieillissement dans le département de l'Aude est parmi les plus élevés de France, la population active progresse également. Pour autant, avec le taux de pauvreté le plus élevé de la région Occitanie (21,4 % en 2013 contre 17 % pour la région et 14 % pour le pays), l'Aude s'inscrit clairement dans un territoire où « les populations pauvres de la région [...] ont un niveau de vie inférieur aux populations pauvres de France métropolitaine »<sup>2</sup>. Le fort taux de chômage (18,1 % en 2013 pour la classe d'âge 15-64 ans) fait progresser la précarité. Cette situation n'est pas sans effet sur les besoins de santé de la population.

### 1.1.2. Des besoins importants de santé mais une offre hospitalière inadaptée

Les besoins de soins en région, supérieurs à la moyenne nationale (+ 6 % de séjours dont 50 % pour la cataracte, et + 19 % d'endoscopies en ambulatoire<sup>2</sup>), sont directement liés d'une part, à l'augmentation de la population âgée et aux besoins de soins liés au risque de dépendance, la précarité et le taux de pauvreté, d'autre part, dans un contexte de fort chômage, avec ses

<sup>1</sup> Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

<sup>2</sup> ARS Languedoc-Roussillon, *Plan stratégique régional de santé* (2011), p. 12.

conséquences (obésité, addictions, maladies chroniques, mortalité prématurée), augmentent les risques et les besoins de santé sur le territoire.

Pour autant, bénéficiant du fort pouvoir attractif de la région, l'offre de soins y est abondante avec une densité de professionnels de santé supérieure à la moyenne (3<sup>ème</sup> densité médicale de France). Ainsi la région dispose de 235 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, soit deux fois plus que la moyenne nationale<sup>2</sup>. L'importante offre hospitalière de la région est tout à fait atypique, avec une forte représentation du secteur libéral (dans lequel les grands groupes régionaux sont dominants) qui effectue 70 % des actes de chirurgie, 50 % des accouchements (situation nationale à 27 %) et 50 % des hospitalisations de psychiatrie<sup>3</sup>.

L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire, entre le littoral, fortement pourvu, et l'arrière-pays, d'autant que les professionnels de santé sont eux aussi touchés par le vieillissement (49 % d'entre eux sont âgés de plus de 55 ans). Cette situation concerne 44 % de la population dans le département de l'Aude<sup>4</sup>.

### **1.1.3. Le centre hospitalier de Narbonne, établissement de santé de référence sur un territoire de santé concurrentiel**

#### 1.1.3.1. Une concurrence accrue entre établissements publics et, surtout, privés

Le CH de Narbonne est historiquement l'établissement de référence du territoire de santé « Narbonne-Lézignan-Corbières », qui regroupe 84 668 habitants<sup>5</sup>. En 2016, il a pris en charge plus de 15 213 patients en hospitalisation (en baisse de 2 % par rapport à 2015), dont 95 % de ceux-ci étaient originaires de la région, et 89 % du département de l'Aude<sup>6</sup>. Les principales villes de résidence des patients d'origine audoise sont Narbonne et Lézignan-Corbières, pour lesquelles l'établissement a représenté respectivement 40 % et 32 % des séjours.

Si en 2016 l'on dénombre un total de 17 990 séjours hospitaliers dans la zone géographique/zone d'attractivité de Narbonne (55 183 habitants), le poids de l'établissement dans cette même zone s'élève à 7 157 séjours hospitaliers, soit 40 % du total des séjours. Au niveau de la région, la part de marché globale en médecine du CH de Narbonne est de 1,4 % (source : Hospi Diag 2015). En chirurgie, le constat est identique, avec une part de marché de 29 % sur la zone d'attractivité et de 1 % sur la région. Quant à l'obstétrique, la part de marché de l'établissement est de 51 % sur la zone d'attractivité et de 1,6 % sur la région. S'ajoute à ce constat la situation touristique du territoire : en période estivale, la zone d'attraction du CH de Narbonne peut concerner jusqu'à 400 000 personnes.

L'établissement est confronté à une forte concurrence du secteur privé, mais aussi public. Les parts de marché en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sur le territoire de santé, pour les séjours des habitants de la zone, ont été partagées en 2016 essentiellement entre le CH de Carcassonne (24,1 %), la clinique Montréal de Carcassonne (12 %), le CH de Narbonne (16 %) ce dernier étant en concurrence directe avec la polyclinique « Le Languedoc » à Narbonne (16,7 % des parts de marché)<sup>7</sup>, qui a fusionné avec la clinique « Les Genêts », également à Narbonne.

<sup>3</sup> Schéma régional organisation des soins (SROS) p. 6.

<sup>4</sup> Extrait du SROS.

<sup>5</sup> ATIH (2016) : code géographique de Narbonne : 55 183 habitants ; de Lézignan-Corbières : 29 485 habitants.

<sup>6</sup> Rapport d'activité 2016 de l'établissement p. 23.

<sup>7</sup> ATIH.

La concurrence avec la clinique privée « Le Languedoc » va devenir plus forte à l'horizon 2019, celle-ci étant transférée dans le nouvel « Hôpital privé du Grand Narbonne ». D'une surface de 23 000 m<sup>2</sup>, le futur établissement est appelé à recevoir 300 lits et 12 salles d'opération, une crèche et une zone de chalandise.

Enfin, l'hôpital de Narbonne est dans la zone d'attraction de deux centres hospitaliers universitaires (CHU), de Montpellier et de Toulouse.

Dans son projet médical 2009-2013, le centre hospitalier entendait réaffirmer son positionnement d'établissement de santé de référence du territoire.

#### **schéma n° 1 : Offre de soins sur le territoire de santé (département de l'Aude)**



Source : Schéma régional organisation des soins (SROS)

La caractéristique du département de l'Aude est donc une bipolarité géographique entre le CH Carcassonne, d'un côté, et le CH Narbonne, de l'autre.

#### **1.1.3.2. Des coopérations rendues nécessaires avec ces mêmes établissements**

##### ***Des coopérations pour renforcer la prise en charge des patients***

Des coopérations existent dans le territoire de santé (et hors du territoire de santé), pour assurer d'une part la continuité de la prise en charge des patients en garantissant la permanence des soins, et d'autre part, proposer une offre de soins de proximité graduée, garantissant l'accessibilité financière à tous les patients du territoire<sup>8</sup>. Ont ainsi été mises en œuvre diverses coopérations avec les cliniques privées du territoire, les centres hospitaliers de Carcassonne et de Perpignan et les établissements publics de l'est audois ; d'autres partenariats ont enfin été noués avec le CH de Béziers, le CH de Carcassonne, le CHU de Montpellier, et avec des praticiens libéraux du territoire.

##### ***Les enjeux du groupement hospitalier de territoire***

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est un mode de coopération entre établissements publics de santé, qui a pour objectif de garantir aux patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux autour d'un « projet médical partagé »<sup>9</sup>. Ce n'est pas un nouvel établissement, ni une fusion ; chaque hôpital garde son autonomie budgétaire et décisionnelle.

<sup>8</sup> *Projet médical 2009-2013*, page 14.

<sup>9</sup> Élaboré pour cinq ans, il définit la stratégie médicale du groupement (article R. 6132-3-I du code de la santé publique).

Le déploiement des GHT, prévu par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation de notre système de santé, s'est traduit par la désignation du centre hospitalier de Perpignan comme établissement support de la convention cadre du GHT « Aude-Pyrénées », signée le 1<sup>er</sup> juillet 2016 entre les cinq centres hospitaliers (Lézignan-Corbières, Narbonne, Perpignan, Port-la-Nouvelle et Prades). L'établissement support est chargé d'assurer certaines fonctions pour le compte des autres (telles que la stratégie d'informatisation, la politique d'achats, la formation).

La convention cadre formalise les orientations stratégiques du projet médical partagé, ainsi que les modalités d'organisation. Le GHT a pour objet de favoriser les développements mutuels de spécialités médicales telles que la cancérologie, la cardiologie, la neurochirurgie, la neurologie, l'ORL, la gynécologie-obstétrique, la gériatrie, la radiologie, la médecine nucléaire, la biologie, la recherche clinique, etc., disciplines qui nécessitent des compétences très spécialisées et des moyens techniques importants. En outre, « les orientations du projet médical partagé ont été construites sur l'axe de coopération existant depuis plusieurs années entre les centres hospitaliers de Narbonne et de Perpignan ».

Face aux difficultés de recrutements médicaux dans certaines spécialités, les hôpitaux ont intérêt à s'entraider pour maintenir ou développer une offre de soins de proximité, nécessaire pour répondre aux besoins de santé des populations de l'Aude et des Pyrénées-Orientales. « Les établissements doivent, en effet, faire face à deux enjeux majeurs, vieillissement et précarité, dont il faut tenir compte en renforçant l'offre de soins de proximité<sup>10</sup> ». Avec des parts de marché significatives, les établissements du GHT doivent conforter leur offre, face aux établissements privés des Pyrénées-Orientales et de l'Aude. Les établissements publics du groupement présentent deux offres sanitaires principales en nombre, avec des activités réparties entre Perpignan et Narbonne, au prorata de leur propre bassin, dans un rapport de deux tiers, un tiers. Le GHT représente l'offre de soins publique d'un bassin de plus de 630 000 habitants, situé dans la nouvelle région Occitanie.

Les capacités dont dispose ce groupement, le positionnent comme moteur d'une dynamique favorable sur le territoire de santé. Le GHT « Aude-Pyrénées », avec un effectif de 530 médecins et de 4 950 personnels non médicaux, représente une capacité de 2 586 lits et places.

Le positionnement global de ce GHT en fait un acteur incontournable sur le territoire. Ainsi, tandis que le nombre de séjours au sein du CH de Narbonne n'a représenté que 9,5 % du total des séjours du bassin (en 2014)<sup>11</sup>, l'ensemble des établissements membres du groupement ont représenté, sur la seule activité de médecine, une réponse pertinente pour près de deux patients sur cinq (soit près de 40 % des séjours réalisés cette même année).

---

### ***CONCLUSION INTERMÉDIAIRE***

---

Le CH de Narbonne, conscient de la difficulté de maintenir son activité dans un bassin de faible population, et proche d'hôpitaux plus attractifs comme celui de Perpignan, a depuis plusieurs années pour stratégie médicale de concevoir des coopérations ; ces coopérations s'inscrivent dans une complémentarité d'activités, permettant de renforcer la permanence des soins et une offre de proximité. La mise en place récente du GHT « Aude-Pyrénées » doit conforter ce choix stratégique. Le GHT devrait à terme permettre d'élever le niveau de prestations de

---

<sup>10</sup> Extrait convention de GHT.

<sup>11</sup> Contre 10,2 % pour la clinique « Le Languedoc » et plus de 22 % pour CH de Perpignan.

l'établissement en vue de maintenir, voire gagner des parts de marché. Par ailleurs (voir *infra*), un des enjeux fondamentaux des coopérations ainsi développées est aussi de pallier aux difficultés de recrutement des personnels, notamment médicaux, dont le coût est important pour l'établissement.

## 1.2. L'offre de soins du centre hospitalier de Narbonne

### 1.2.1. Une offre complète répartie sur différents sites, concentrés sur le territoire urbain de Narbonne

1.2.1.1. L'Hôtel-Dieu propose une offre de soins complète en médecine-chirurgie-obstétrique et en psychiatrie

*Des capacités qui augmentent en médecine, un volume d'activité qui progresse en gériatrie*

Regroupant 288 lits et places (193 en médecine, 70 en chirurgie et 25 en gynéco-obstétrique)<sup>12</sup>, l'Hôtel-Dieu dispose d'un plateau technique complet, auquel s'ajoute un SMUR. Conséquence de la forte concurrence entre établissements précédemment développée, l'augmentation du nombre de lits en médecine (+ 10 lits entre 2012 et 2016) ne se traduit toutefois pas par une croissance sensible du nombre de journées (puisque leur nombre passe de 57 909 en 2012 à 58 187 en 2016). Seule la filière gériatrique voit son activité augmenter de 21 % sur la période, avec 72 061 journées réalisées en 2016 contre 58 989 en 2012.

tableau n° 1 : Nombre de lits installés par grands groupes de disciplines

CH de Narbonne. Nombre de lits installés (temps complet)							
	Lits installés au 31 décembre						
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2016-2015	Evolution 2016-2012
Médecine	178	178	176	176	188	7%	6%
Chirurgie	56	56	56	56	44	-21%	-21%
Gynécologie-obstétrique	22	22	22	22	22	0%	0%
Sous-total MCO	256	256	254	254	254	0%	-1%
Psychiatrie	56	56	56	57	57	0%	2%
Gériatrie	168	204	204	204	204	0%	21%
dont USLD	168	174	174	174	174	0%	4%
dont SSR	0	30	30	30	30	0%	#DIV/0!
Sous-total hors SSIAD	480	516	514	515	515	0%	7%
SSIAD	50	50	50	50	50	0%	0%

Source : Rapport d'activité 2016 de l'établissement

### *Les caractéristiques des prises en charge*

En ce qui concerne la médecine, l'établissement a logiquement organisé depuis plusieurs années les grandes disciplines de cette activité autour de filières spécialisées<sup>13</sup>. Il a, par ailleurs, dédié 16 lits polyvalents (intégrant la pneumologie, la rhumatologie et le court séjour gériatrique),

<sup>12</sup> Fédération hospitalière de France, 2017.

<sup>13</sup> Neuro-cardio-vasculaire, diabétologie-endocrinologie, pneumologie et rhumatologie, gastro-entérologie.

pour l'accueil de personnes âgées présentant des pathologies multiples. L'établissement a mis récemment en place une télétransmission des images en coupe au CH de Perpignan, pour une meilleure prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Le CH de Narbonne est également à l'origine de la création d'une fédération inter-hospitalière avec les centres hospitaliers de Béziers, Perpignan, Lézignan pour la prise en charge du diabète. Il a ainsi développé un pôle d'excellence sur la diabétologie.

La chirurgie est organisée à travers le pôle médico-chirurgical, autour de 44 lits en 2016<sup>14</sup>. L'essentiel des actes pratiqués à Narbonne est de faible ou de moyenne gravité (l'établissement n'ayant pas les capacités de recevoir des cas plus lourds). L'établissement dispose notamment d'une unité d'anesthésie ambulatoire de six places, forte d'une activité de chirurgie substitutive, particulièrement en chirurgie orthopédique, en chirurgie vasculaire (varices) et maxillo-faciale. Le CH de Narbonne ne réalise plus de chirurgie ophtalmologique. Une fédération inter-hospitalière a été organisée avec le centre hospitalier de Perpignan pour consolider l'activité d'ophtalmologie médicale.

La chirurgie ambulatoire, promotion des alternatives à l'hospitalisation complète, est un axe fort des évolutions hospitalières depuis plusieurs années en France, afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé<sup>15</sup>, dans une logique de maîtrise des dépenses. Dans ce contexte, et dans le but de donner plus de souplesse à la gestion des lits entre les secteurs de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale, l'établissement tend à développer un volume de « lits indifférenciés » qui servira de soupape commune à l'attribution des capacités d'hospitalisation. L'établissement souhaite également développer l'activité ambulatoire en lui dédiant notamment davantage de plages de blocs opératoires.

L'obstétrique, pour sa part, est organisée à travers le pôle mère-enfant, qui comprend deux services<sup>16</sup>. Le CH de Narbonne dispose d'une maternité de niveau 1<sup>17</sup>. Le nombre d'accouchements est passé de 892 en 2012 à 805 en 2016. Cette baisse peut être mise en lien avec les problèmes de recrutement de praticiens, l'établissement gardant tout de même 59 % de l'activité dans ce secteur en 2016, ce qui représente une évolution favorable par rapport à 2015 (56 %). La pédiatrie voit son activité diminuer tant en nombre d'entrées (5 %) qu'en nombre de journées (10 %), ce qui entraîne un taux d'occupation de seulement 66 % en 2016, en forte baisse par rapport à 2015 (73 %).

Le service des urgences est organisé à travers le pôle URI (urgences, réanimation et imagerie)<sup>18</sup>. Il a réussi à maintenir son activité, malgré des travaux d'extension importants achevés en 2017. Le nombre de patients reçu aux urgences est supérieur à 40 000 par an (avec un nombre de passages de 41 825 en 2015, et 43 219 en 2016). Ce chiffre correspond à une moyenne de 120 passages pour une journée classique, et 180 passages par jour en été, en raison des touristes et de

---

<sup>14</sup> Qui accueille les spécialités suivantes : la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie viscérale, urologique, vasculaire et spécialités, la gynécologie chirurgicale, la chirurgie ORL et de stomatologie, et, enfin, la chirurgie de gastro-entérologie.

<sup>15</sup> Le plan triennal d'économies sur l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) 2015-2017 a fixé un objectif de 66 % pour l'activité ambulatoire dans les établissements de santé. Ce mode de prise en charge, doit permettre de transformer une partie des lits d'hospitalisation complète de chirurgie en places ambulatoires moins coûteuses en ressources de personnel, et réaliser ainsi une économie sur l'ONDAM de 600 M€. La stratégie nationale de santé est axée notamment sur la chirurgie ambulatoire qui devient désormais la chirurgie de référence.

<sup>16</sup> D'une part, le service gynécologie-obstétrique regroupant l'unité d'hospitalisation de 24 lits, un plateau de consultation, de préparation à l'accouchement et un bloc obstétrical, et d'autre part, le service pédiatrie comprenant une unité d'hospitalisation avec 16 berceaux lits, d'une consultation programmée et d'une consultation d'urgence.

<sup>17</sup> Les maternités sont réparties en trois catégories distinctes, selon le type d'activités qu'elles pratiquent, et le niveau de prise en charge qu'elles assurent. Le niveau 1 correspond aux accouchements qui ne présentent aucun risque.

<sup>18</sup> Il comprend une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avec 9 lits, une équipe de SMUR, une unité de réanimation de 8 lits (plus 4 lits de surveillance continue), et le service d'imagerie (radiologie conventionnelle, échographie, scanner, IRM neuf renouvelé en 2016).

la proximité de l'autoroute. Le nombre de sorties primaires<sup>19</sup> du SMUR a augmenté de 3 % entre 2012 (1 698) et 2016 (1 778), alors que le nombre de sorties secondaires<sup>20</sup> a diminué de plus de 5 % (421 en 2012 et 368 en 2016). De même, pour le service de réanimation et surveillance continue, l'année 2016 est marquée par une augmentation du nombre d'entrées, et de la durée moyenne de séjour (DMS), ce qui conduit à un taux d'occupation des lits de 94 %, pour les 8 lits de réanimation.

#### 1.2.1.2. La prise en charge des patients en gériatrie et en psychiatrie dans les autres sites narbonnais

La psychiatrie adulte est réalisée dans deux types d'établissements : la clinique psychiatrique « Sainte-Thérèse », (49 lits et places), qui prend en charge les patients du secteur Narbonne-Sigean-Coursan ; elle compte également deux hôpitaux de jour, un pour patients alcooliques et l'autre pour patients psychotiques, ainsi qu'un centre médico-psychologique (CMP) pour adulte.

L'établissement « Sainte-Thérèse » a été récemment entièrement rénové ; il bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des patients du secteur Narbonne-Sigean-Coursan, selon des modalités variées (suivi à domicile, consultations, hospitalisations de jour, prise en charge en urgence, hospitalisation complète). Le centre hospitalier de Narbonne est également agréé pour effectuer des hospitalisations sous contrainte.

La psychiatrie infanto-juvénile est constituée du centre médico-psychiatrique (CMP) de Narbonne-Lézignan, d'un hôpital de jour pour adolescents « Elise Saunier » (8 lits et places) et d'un hôpital de jour pour jeunes enfants « Brossolette » (8 lits et places)<sup>21</sup>. En 2016, le nombre de venues en hospitalisation de jour augmente de 12,4 % pour l'accueil des jeunes enfants mais diminue de plus de 6 % pour l'accueil de jour des adolescents.

Le centre de gériatrie « Pech Dalcy » comprend : une unité de soins de longue durée (USLD) « Pech Dalcy » de 90 lits ; un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Pech Dalcy » de 84 lits ; un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 50 places ; enfin une unité mobile de gériatrie.

L'objectif du centre de gériatrie est de stabiliser, pour 2017, l'équipe médicale, marquée par de nombreux mouvements des personnels médicaux en 2016. Celui du service de soins de suite et de réadaptation (SSR) et le SSIAD, est de maintenir l'activité. Ainsi, en 2016, les 50 places de SSIAD ont été occupées à 95 %, en légère progression par rapport à 2015 (94 %). Le centre d'accueil de jour pour malades d'Alzheimer a enregistré une augmentation de 20 % des venues (2 686) par rapport à 2015. Au centre de gériatrie, les 174 lits sont pleinement occupés, tant pour l'USLD (97 %) qu'en EHPAD (98 %). En SSR, le taux d'occupation des 30 lits reste stable autour de 90 % avec une durée moyenne de séjour (DMS) qui diminue. Le CH de Narbonne doit conforter son rôle de « tête de réseau » de la filière gériatrique du territoire de santé, notamment

---

<sup>19</sup> Sortie primaire = prise en charge d'un patient qui se trouve en dehors d'un EPS, avec diagnostic.

<sup>20</sup> Sortie secondaire = transfert d'un patient d'une structure médicalisée vers une autre structure médicalisée sans initier de diagnostic.

<sup>21</sup> Après un bilan pratiqué au CMP pour enfants de Narbonne ou de Lézignan-Corbières (suivant le lieu de résidence de l'enfant), un projet thérapeutique individualisé est établi en accord avec la famille. Peuvent être ainsi proposés : une prise en charge ambulatoire au CMP pour enfants de Narbonne ou Lézignan, une hospitalisation à domicile ou une prise en charge dans les différents établissements dédiés, soit l'hôpital de jour pour adolescents « Elise Saunier » (8 lits et places) ou l'hôpital pour jeunes enfants « Brossolette » (8 lits et places).

par le renfort des deux principaux maillons de la filière, le court séjour gériatrique (CSG) et l'unité mobile de gériatrie (UMG).

#### 1.2.1.3. La formation des infirmiers et des aides-soignants

L'établissement de Narbonne accueille un institut de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes (EIFP). L'ensemble est constitué de l'institut de formation de soins infirmiers (IFSI) et de l'institut de formation des aides-soignants (IFAS). Une présentation détaillée de cette activité est réalisée dans la dernière partie de ce rapport, consacrée à l'enquête nationale des juridictions financières précitée.

#### 1.2.1.4. Des activités de vaccination et d'information auprès du public

L'offre de soins du CH de Narbonne comprend enfin : un centre de vaccination publique, ainsi que le centre de vaccination internationale (CVI) ; un centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles, le CIDDIST, ainsi que le centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites B et C.

### **1.2.2. Enjeux et perspectives d'évolution en matière d'activités**

#### 1.2.2.1. Les difficultés de recrutement de personnels médicaux

Les difficultés évoquées à ce stade ressortent notamment du rapport d'activité 2016, qui mentionne ainsi le sous-effectif médical de la maternité (seuls deux praticiens y travaillent à temps plein et se partagent les gardes). La baisse de l'activité obstétrique est notamment liée à la démographie médicale tendue, caractérisée par un à deux postes vacants sur quatre pendant toute l'année, ce qui a obligé l'établissement à faire appel à des médecins intérimaires afin d'assurer la continuité et la permanence des soins.

De même, l'absence prolongée d'un pédiatre à temps plein sur une partie de l'année 2016 a entraîné une baisse de l'activité sur ce secteur. L'effectif médical de cardiologie a diminué au cours de l'année 2016 suite au départ d'un praticien avec des conséquences négatives sur l'activité. Il en est de même pour le service d'oncologie qui a vu le départ d'un médecin en 2016.

Le service d'ophtalmologie a connu des difficultés de fonctionnement : il repose sur la présence d'un seul praticien. De même le fonctionnement quotidien de l'anesthésie a été contraint, en raison du départ de plusieurs praticiens hospitaliers. Le service de réanimation a connu également des difficultés de fonctionnement, en lien avec le départ de plusieurs praticiens qui n'ont pu être remplacés. Au pôle médico-technique, des difficultés de fidélisation ont été constatées sur les postes de kinésithérapeutes. Au pôle de psychiatrie enfin, toujours en 2016, le recours à l'intérim pour disposer de psychiatres a été nécessaire.

Pour autant, l'établissement n'est pas dans la situation des hôpitaux de l'arrière-pays, qui ne réussissent pas à attirer les professionnels de santé. Le CH de Narbonne peut encore s'appuyer sur l'attrait relatif que conserve la région pour les professionnels. Les postes à pourvoir début 2017 (site internet de l'établissement) étaient de trois anesthésistes-réanimateurs, un psychiatre, un gériatre, un cardiologue et un pneumologue.

### 1.2.2.2. L'absence de nouveau projet d'établissement

Composante du projet d'établissement, le projet médical 2009-2013 n'a pas non plus été renouvelé. Il était centré autour de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient<sup>22</sup>. Ce non-renouvellement a été présenté comme un choix délibéré de l'ancienne direction, qui considère que les orientations stratégiques, sur la base du projet régional de santé, sont mentionnées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (2013-2018). La chambre observe que le projet d'établissement a une ambition plus large que le CPOM.

Cette absence de stratégie clairement affichée dans un document accessible à tous est d'autant plus problématique que l'activité de l'établissement, en dépit d'une augmentation globale des produits issus de la tarification (T2A), stagne. Conformément aux dispositions de l'article R. 6132-4 du code de la santé, la partie du prochain projet d'établissement relative au projet médical, devra être conforme au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, qui a été transmis pour approbation à l'ARS le 2 janvier 2018.

### 1.2.2.3. Une activité qui stagne, même si ses recettes augmentent

Le précédent rapport de la chambre de 2009, avait mis l'accent sur l'absence d'un médecin DIM (département de l'information médicale) à temps plein. Le recrutement d'un médecin DIM en 2009 et la mise en œuvre dès 2010 de nouveaux modules de gestion informatisée des unités de soins et du dossier patient ont permis d'améliorer la qualité du recueil de l'activité médicale et sa valorisation. Notamment, les produits de la tarification à l'activité, versés par l'assurance maladie entre 2010 et 2016, détaillés dans le tableau ci-dessous, ont augmenté de presque 20 % sur cette période, malgré la baisse continue de l'ONDAM.

**tableau n° 2 : Recettes de la tarification à l'activité 2010-2016**

Produits de la tarification à l'activité (T2A) versés par l'Assurance maladie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %tage
	39 504 048	40 881 420	43 604 102	43 991 216	46 102 514	47 402 483	46 984 308	18,9%

Source : Anafi 2010-2016

Ci-après sont détaillés les indicateurs de l'activité médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), qui représente 86,4 % des recettes de l'assurance maladie en 2015<sup>23</sup> (plus de 59 M€ de recettes MCO pour un total de recettes de plus de 69 M€)<sup>24</sup>.

Au sein de l'établissement de Narbonne, en ce qui concerne l'activité MCO à temps partiel, la médecine et la chirurgie ambulatoire ont progressé respectivement de 13 % et 12 % entre 2012 et 2016. En revanche, en raison de la baisse du nombre d'IVG, l'activité gynécologie-obstétrique a décliné de 10 % sur la même période.

<sup>22</sup> Son introduction précise ainsi que l'objet du projet médical consistent à « s'attacher à définir et mettre en place les conditions nécessaires à l'amélioration et à l'évaluation de nos pratiques et du service que nous rendons à la population du territoire de santé ».

<sup>23</sup> Chiffre disponible le plus récent au moment du contrôle.

<sup>24</sup> ScanSanté (données de synthèse 2015).

**tableau n° 3 : Nombre de séances/venues 2012-2016**

<b>CH de Narbonne. Activité MCO à temps partiel</b>							
	Séances/venues réalisées						
	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2016-2015	Évolution 2016-2012
Médecine (hôpital de jour)	2 722	2 588	2 607	2 798	3 080	10%	13%
Chirurgie ambulatoire	2 795	2 869	2 856	3 089	3 130	1%	12%
Gynécologie-obstétrique (IVG)	498	480	488	440	448	2%	-10%
<b>Sous-total MCO</b>	<b>6 015</b>	<b>5 937</b>	<b>5 951</b>	<b>6 327</b>	<b>6 658</b>	<b>5%</b>	<b>11%</b>

Source : Rapport d'activité 2016 page 34

Cette évolution est confirmée par le nombre de séjours, qui fait ressortir un tassement de 1 % sur cinq ans au niveau de l'hospitalisation complète et une augmentation de 4 % sur cinq ans des séjours en ambulatoire.

**tableau n° 4 : Nombre de séjours MCO 2012-2016**

<b>CH Narbonne. Séjours PMSI en MCO</b>	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2016-2015	Evolution 2016-2012
Séjours hors ambulatoire et très courte durée	12 264	11 859	12 204	12 095	12 119	0%	-1%
Séjours ambulatoire et très courte durée	8 182	8 043	7 783	8 596	8 502	-1%	4%
<b>Total nombre de séjours MCO</b>	<b>20 446</b>	<b>19 902</b>	<b>19 987</b>	<b>20 691</b>	<b>20 621</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>

Source : Rapport d'activité 2016 (données issues du PMSI)

Le précédent rapport de la chambre avait mis l'accent sur le taux d'occupation élevé des lits en médecine : ce constat est confirmé sur la période 2012-2016. Ce taux est en effet passé de 89 % en 2012 à 92 % en 2016 : il est supérieur aux seuils préconisés par le CPOM 2013-2018 (signé le 4 juillet 2013), en médecine. En chirurgie, le taux d'occupation est supérieur au taux cible du CPOM en 2013 et 2014, autour de 80 %, mais il diminue autour de 76 % en 2015 et 2016. En ce qui concerne l'obstétrique, le taux d'occupation est sur toute la période 2013 à 2016, en-dessous du taux cible défini par le CPOM.

**tableau n° 5 : Taux d'occupation cible du CPOM**

CPOM du CH de Narbonne	taux d'occupation cible des lits			
	2013	2014	2015	2016
Médecine	85,9%	86,0%	87,0%	88,0%
Chirurgie	79,5%	80,0%	82,0%	84,0%
Gynécologie-obstétrique	77,8%	79,0%	80,0%	83,0%

Source : CPOM 2013-2018 pages 23 et 24

**tableau n° 6 : Taux d'occupation réels des lits au CH de Narbonne**

<b>CH de Narbonne</b>	taux d'occupation						
	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2016-2015	Évolution 2016-2012
Médecine	89,3%	88,6%	91,1%	92,2%	92,6%	0,4%	3,3%
Chirurgie	80,5%	79,9%	81,6%	76,7%	76,8%	0,1%	-3,7%
Gynécologie-obstétrique	75,3%	69,5%	72,1%	71,4%	66,6%	-4,7%	-8,7%
<b>Sous-total MCO</b>	<b>85,8%</b>	<b>84,6%</b>	<b>86,8%</b>	<b>86,6%</b>	<b>86,5%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>0,7%</b>

Source : Rapport d'activité 2016 (données issues du PMSI)

En médecine, la durée moyenne du séjour (DMS) augmente de 9 % sur la période, passant de 4,3 jours à 4,7 jours en médecine. En chirurgie, la DMS diminue de 12 % sur la période : de

plus en plus d'actes chirurgicaux, auparavant effectués en hospitalisation complète, sont désormais réalisés en ambulatoire. En obstétrique la DMS est stable sur la période.

**tableau n° 7 : Durée moyenne de séjour**

CH de Narbonne	Durée moyenne de séjour en jours (DMS)						
	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2016-2015	Évolution 2016-2012
Médecine	4,3	4,3	4,6	4,5	4,7	4%	9%
Chirurgie	5,0	4,9	4,9	4,6	4,4	-4%	-12%
Gynécologie-obstétrique	3,7	3,8	3,8	3,8	3,7	-3%	0%
Sous-total MCO	4,4	4,7	4,6	4,5	4,5	0%	2%
Psychiatrie	32,0	32,4	26,3	27,0	35,9	33%	12%
Gériatrie	236,9	226,8	182,5	168,9	156,0	-8%	-34%

Source : Rapport d'activité 2016 (données issues du PMSI)

La performance de la prise en charge hospitalière de l'hôpital, appréciée par l'indice de performance - durée moyenne de séjour (IP-DMS)<sup>25</sup>, était en médecine, en 2015, de 0,97 ; l'établissement a cette année-là déjà dépassé l'objectif de 1 prévu par le CPOM pour 2017. En chirurgie, l'IP-DMS cible est également atteint sur la période (de 1,10 en 2012 à 1,04 en 2015), et doit être ramené à 1 en 2017. En obstétrique, l'IP-DMS cible est de 0,98 sur toute la période. Si l'indice de performance réalisé entre 2012 et 2014 (0,96) est conforme à l'objectif, il se dégrade brutalement en 2015 en remontant à 0,99. Cette détérioration est directement liée au taux d'occupation des lits, passé de 75,3 % en 2012 à 71,4 % en 2015, ce taux baissant encore à 66,6 % en 2016. Elle est la conséquence d'une baisse générale des naissances sur la commune et de la démographie médicale tendue déjà évoquée.

**tableau n° 8 : L'Indice de Performance – Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS)**

Indicateur IP-DMS CH Narbonne	Comparaison IP-DMS cible du CPOM et IP-DMS réalisé									
	2012		2013		2014		2015		2016	
	Cible CPOM	IP-DMS réalisé	Cible CPOM	IP-DMS réalisé	Cible CPOM	IP-DMS réalisé	Cible CPOM	IP-DMS réalisé	Cible CPOM	IP-DMS réalisé
Médecine	1,06	1,03	1,06	1,02	1,05	1,01	1,04	0,97	1,02	NC
Chirurgie	1,11	1,10	1,11	1,06	1,10	1,08	1,05	1,04	1,02	NC
Gynécologie-obstétrique	0,98	0,96	0,98	0,96	0,98	0,96	0,98	0,99	0,98	NC

Source : CPOM (p. 23) et Hospi Diag

1.2.2.4. L'établissement est entré dans le « virage ambulatoire », mais ses résultats sont perfectibles

En matière de chirurgie ambulatoire, l'analyse de la performance des établissements de santé est réalisée au moyen de quatre indicateurs, dont les résultats pour le CH de Narbonne sont présentés ci-dessous (l'annexe 1 au présent rapport détaille les résultats de l'établissement) :

- le taux de chirurgie ambulatoire : les objectifs nationaux fixés dans le cadre du plan triennal sont ainsi de 50 % en 2016 et 66 % en 2020 ; le taux cible a été réalisé par l'établissement entre

<sup>25</sup> Cet indice se calcule de la façon suivante : IP-DMS MCO = (nombre de journées réalisées) / (nombre de journées théoriques). Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux.

2012 et 2015, quel que soit le périmètre choisi, mais n'a pas été atteint en 2016 (cible de 45 % contre 44,3 % réalisé).

- le taux de chirurgie ambulatoire sur les 18 gestes marqueurs pour lesquels le potentiel de chirurgie ambulatoire est estimé à 90 % : la moyenne nationale s'élevait en 2009 à 64 % ; ce taux n'a cessé de progresser depuis 2012 au CH de Narbonne, pour atteindre 76,81 % en 2014 ; il régresse toutefois en 2015, à 74,76 %.
- le taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire, pour lequel la cible nationale fixée par la DGOS est de 130 %<sup>26</sup> ; au CH de Narbonne ce taux, dont la cible au CPOM a été fixé à 50 %, a été de près de 60 % en 2015 (dernier chiffre connu).
- les parts de marché en chirurgie ambulatoire : au final, les indicateurs précédents doivent être fortement améliorés si le CH de Narbonne veut être en mesure de rivaliser avec son concurrent direct, la clinique « Le Languedoc », dont la part de marché en chirurgie ambulatoire est pratiquement trois fois plus importante (cf. annexe 1 précitée) ; le positionnement de l'établissement est toutefois encourageant sur certaines disciplines de chirurgie ambulatoire<sup>27</sup>

---

## CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

Le centre hospitalier de Narbonne est l'établissement de santé de référence du territoire de santé Narbonne-Lézignan-Corbières. Situé dans un environnement caractérisé à la fois par une forte activité estivale et une population résidant à l'année vieillissante et disposant de ressources financières limitées, il est confronté à des enjeux similaires à ceux des autres établissements de la région.

Pour autant, malgré l'impact de la concurrence des établissements (publics mais surtout privés) de la région, et en dépit d'une situation de recrutement tendue, il a réussi à maintenir ses parts de marché.

Ceci apparaît comme le résultat d'une stratégie à long terme, caractérisée notamment par le développement du pôle médecine (création d'un pôle de référence sur la diabétologie). La direction de l'établissement s'est également attachée à répondre aux besoins liés au vieillissement de la population, en faisant de son pôle gériatrie une « tête de réseau » pour le territoire.

L'établissement a, de même, développé une stratégie basée sur des liens de coopération avec des établissements proches, publics ou privés. Ainsi, la collaboration renforcée avec le CH de Perpignan, dans le cadre du nouveau GHT, devrait permettre à l'établissement de renforcer les activités existantes et d'en créer de nouvelles, en vue de gagner des parts de marché.

L'établissement gagnerait à afficher plus clairement sa stratégie, dans un document que le personnel pourra s'approprier.

### **Recommandation**

**1. Adopter un nouveau projet d'établissement fédérateur autour d'une stratégie clairement affichée. *Non mise en œuvre.***

---

<sup>26</sup> Un taux de rotation supérieur à 100 % révèle une forte utilisation des places (plus d'un patient par place par jour), ce qui est habituel dans le cas de certaines interventions chirurgicales (cataractes, carpiens, etc.) nécessitant une durée de séjour de quelques heures.

<sup>27</sup> Le taux d'arthroscopies du genou est de 83 % (taux national de 52 %), le taux d'extractions dentaires est de 73 % (taux national de 71 %), les taux de la décompression du nerf du canal carpien est de 83 %.

## **2. LA FIABILITÉ DES INFORMATIONS COMPTABLES**

### **2.1. Principes et cadres de l'analyse**

Le CH de Narbonne n'est pas soumis pour l'heure à l'obligation de certification des comptes prévue par la loi<sup>28</sup>. Pour autant, il a souhaité anticiper cette démarche, en se faisant accompagner pour cela, depuis 2014, par un cabinet d'expertise comptable. En outre, un audit des dépenses informatiques a été réalisé sur l'exercice 2015, afin de vérifier l'application de la procédure « achats ». Cette démarche s'est appuyée sur la coopération du poste comptable de l'hôpital. Elle a notamment été facilitée par la mise en place d'une trésorerie spécialisée hospitalière, à compter de l'exercice 2015. Une nouvelle convention de partenariat est en cours d'élaboration avec le poste comptable.

Le contrôle précédent de la chambre avait mis en avant différents constats qui ont guidé le présent contrôle réalisé en 2017.

### **2.2. Une amélioration relative de la qualité des prévisions budgétaires**

#### **2.2.1. Par rapport au précédent contrôle de la chambre, la qualité des prévisions budgétaires a été globalement améliorée**

Les résultats réalisés sont plus favorables que ceux prévus par les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), sur toute la période 2011-2016. L'EPRD de 2011, comme celui de 2012, prévoyait l'équilibre entre les charges et les produits : c'est un excédent qui a été réalisé, de 354 789 € en 2011 et de 153 380 € en 2012. En 2013, le déficit prévisionnel de 1 400 183 € a été limité dans les faits à 627 646 €. Enfin, les réalisations de 2014 et 2015 sont à l'équilibre (excédent respectivement de 176 € et de 6 049 €), pour un EPRD déficitaire de 1 440 730 € en 2014, et de 953 423 € en 2015. Quant à 2016, les réalisations s'avèrent déficitaires à hauteur de 2 180 329 €, en deçà de l'EPRD (- 2 642 614 €).

La chambre note la justesse des prévisions en matière des charges de personnel (écart entre 0 % et 1 %) et des charges à caractère médical (écart entre - 1 % et + 2 %). Quant aux charges réelles du titre 3 (« dépenses à caractère général et hôtelier »), elles ont diminué de 4 % par rapport aux prévisions, en 2015 et 2016.

#### **2.2.2. Les prévisions de recettes des titres 3 et 4 du budget principal mériteraient toutefois d'être affinées**

Le contrôle précédent avait relevé le caractère artificiel des prévisions budgétaires de début d'exercice, systématiquement faussées par le versement de crédits supplémentaires intervenant en cours d'exercice (notamment les MIGAC), au caractère peu prévisible, et par la finalisation tardive de l'EPRD (achevée parfois en juin de l'exercice concerné) : la combinaison des deux phénomènes rendait particulièrement complexe le pilotage budgétaire. La chambre réitère cette remarque en 2017 ; elle relève en effet l'écart important entre les prévisions et les réalisations, au niveau des autres produits du titre 3 en 2013 et 2014 (+ 17 % et + 18 %). Elle note en outre, désormais,

---

<sup>28</sup> En application d'une obligation introduite par la loi « hôpital, patient, santé et territoire » (dite « Loi HPST ») du 21 juillet 2009, et conformément au décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013, les établissements publics de santé qui disposent, durant trois exercices consécutifs, d'un compte de résultat principal présentant des produits supérieurs à 100 M€, doivent être certifiés.

l'existence d'un écart systématique entre le prévisionnel et la réalisation des charges du titre 4, sous-évaluées par l'EPRD entre 2012 et 2016 respectivement de 13 % à 24 %.

### **Recommandation :**

**2. Mettre en œuvre une démarche afin d'améliorer la qualité des prévisions budgétaires de recettes des titres 3 et 4 du budget hospitalier. *Non mise en œuvre.***

En ce qui concerne les dépenses d'investissement, le contrôle précédent avait mis l'accent sur l'absence d'engagement comptable d'environ 4 à 5 M€ de dépenses d'investissement. La situation s'est depuis améliorée. Depuis 2011, le taux de réalisation des investissements se stabilise autour de 90 %, rendant ainsi aux prévisions de l'EPRD un caractère conforme à la réalité.

**tableau n° 9 : Écarts entre les prévisions et les réalisations de dépenses d'investissement**

Dépenses d'investissement	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prévisions (EPRD)	13 678 726	17 345 560	17 265 937	8 566 699	6 697 880	6 414 750
<b>Réalisations</b>	<b>3 875 742</b>	<b>11 464 515</b>	<b>14 373 029</b>	<b>7 924 414</b>	<b>5 121 692</b>	<b>5 718 196</b>
Écarts	-9 802 984	-5 881 045	-2 892 909	-642 285	-1 576 188	-696 554
Taux de réalisation des dépenses	28%	66%	83%	93%	76%	89%

Source : Comptes financiers

### **2.3. Le rattachement des charges et des produits à l'exercice a été réalisé**

Effectué en application du principe d'indépendance des exercices, la procédure de rattachement consiste à prendre en compte les charges à payer et les produits à recevoir, déduire les charges et les produits constatés d'avance.

En 2017, la chambre observe que les écritures suivantes ont été correctement mouvementées, pour la période sous revue : les charges à payer sur l'exercice précédent ; les charges à payer sur les exercices antérieurs ; les produits à recevoir du compte 418 ; le rattachement des produits à recevoir, charges et produits constatés d'avance ; le rattachement des produits sur exercices antérieurs ; les comptes transitoires ou comptes d'attente.

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

Leur analyse, pour la période 2011-2016, conduit à constater le respect de la réglementation comptable. Cette mutation bienvenue était d'autant plus nécessaire qu'à moyen terme, au regard de l'évolution tendancielle de ses produits, cet établissement de santé est appelé à entrer dans la catégorie de ceux soumis à l'obligation d'avoir leurs comptes certifiés.

### **2.4. Les comptes de provisions**

La chambre a examiné les mouvements intervenus en matière de provisions règlementées (pour renouvellement des immobilisations et pour comptes épargne-temps (CET)<sup>29</sup>), de provisions pour risques et charges, comme pour les reprises sur provisions. Ils n'appellent pas d'observations de sa part.

<sup>29</sup> S'agissant plus particulièrement des provisions pour CET, elle relève les progrès réalisés au CH de Narbonne, au sein duquel les mécanismes et les montants des calculs de provisionnement sont en accord avec la réglementation.

S'agissant, par contre, des provisions pour créances irrécouvrables et des admissions en non-valeur, la chambre relève, tout d'abord, qu'aucune provision ni admission en non-valeur n'ont été enregistrées avant l'exercice 2015. L'hôpital maintenait dans ses comptes des ressources présentées comme réelles pour la globalité de leur montant, alors que leur recouvrement était au moins pour partie compromis. En outre, à compter de ce même exercice 2015, la méthode mise en œuvre a conduit à un sous-provisionnement au regard du risque d'irrecouvrabilité. En 2015 et en 2016, il existe un différentiel important entre les provisions au compte 491 (montant de la perte financière latente) et la faiblesse des créances admises en non-valeur (perte actée par l'établissement).

---

### ***CONCLUSION INTERMÉDIAIRE***

---

Des améliorations notables sont donc relevées par rapport à la situation observée lors du précédent contrôle de la chambre (2005-2010), ainsi en matière des provisions liées aux comptes épargne-temps, et des provisions pour créances douteuses. Pour autant, du fait notamment de l'existence de créances datant de 1998, l'établissement aurait intérêt à réaliser, en partenariat avec le comptable public, une revue de ses restes à recouvrer, visant à établir une base sincère pour le provisionnement de la perte financière liée à ses créances douteuses.

#### **Recommandation :**

**3. Réaliser, en partenariat avec le comptable public, une revue des restes à recouvrer, afin de déterminer les créances à admettre en non-valeur. *Non mise en œuvre.***

## **2.5. La fiabilité des comptes liés à l'actif immobilisé**

L'engagement partenarial signé en mai 2012, entre l'établissement et la direction générale des finances publiques (Dgfp), a fait de l'amélioration de la qualité comptable de la tenue des comptes de bilan (notamment l'amélioration de la description de la situation patrimoniale) un axe de travail prioritaire<sup>30</sup>.

### **2.5.1. Intégrations du compte 23 au compte 21**

Un des objectifs de l'engagement partenarial (action 3.2) était de s'assurer que les immobilisations en cours (compte 23) soient régulièrement virées au compte définitif d'immobilisation (compte 21), afin de rendre une image fidèle de la situation patrimoniale de l'établissement. Cette règle conditionne également les amortissements des biens recensés dans l'inventaire (et donc la valeur nette du bien en question).

Jusqu'en 2014, les dépenses de travaux par opération étaient gérées par le biais d'un compte ordonnateur spécifique, pour chaque opération. À compter de l'exercice 2015, l'établissement utilise le compte exécutoire 23823, avec la notion de projet, afin de suivre plus précisément les dépenses de travaux. Cette méthode lui permet d'effectuer les « intégrations » (passage du compte 23 au compte 21) selon la règle préalablement définie. Une liste détaillée des mandats associés à l'intégration est jointe au certificat administratif afin d'éclairer le comptable.

---

<sup>30</sup> Engagement partenarial du 29 mai 2012 entre l'établissement et la Dgfp, p. 15.

Sur la période au contrôle, hormis l'exercice 2012, le ratio immobilisations en cours/immobilisations corporelles, est très faible, l'établissement ayant un taux très élevé d'intégration. Le travail réalisé en partenariat par l'établissement et le comptable a donc porté ses fruits.

## 2.5.2. Les amortissements

Les constats de la chambre sont les suivants :

La méthode d'amortissement est en concordance avec l'instruction budgétaire et comptable M21, mais les durées d'amortissement se sont allongées : le taux et la méthode d'amortissement retenus au CH de Narbonne, pour chacune des immobilisations, sont détaillés dans un certificat administratif annuel qui fixe la méthode et les durées d'amortissement. Jusqu'en 2014, l'établissement pratiquait un amortissement linéaire calculé à partir du premier jour de l'exercice suivant la date de mise en service ou d'acquisition de l'immobilisation. Depuis 2015, l'établissement pratique un amortissement linéaire avec *un prorata temporis*, à compter de la date de mise en service ou de la date d'acquisition de l'immobilisation. L'hôpital a donc suivi les préconisations de l'instruction M21 (§ 3.2.2) qui précise désormais que « l'amortissement linéaire avec un *prorata temporis* à compter de la date de mise en service ou de la date d'acquisition de l'immobilisation est la méthode qui permet d'atteindre l'objectif d'image fidèle ». Les durées d'amortissement préconisées par l'instruction M21 sont reproduites en annexe 2 au présent rapport.

Les durées d'amortissement pratiquées par le CH de Narbonne en 2015 et 2016 (cf. annexe 3), sont supérieures aux préconisations de l'instruction budgétaire et comptable. C'est le cas notamment pour le matériel biomédical qui est amorti sur sept ans à compter de 2016 (quatre à cinq ans préconisés par la M21). C'est le cas aussi pour les logiciels amortis sur quatre ans (deux à trois ans préconisés par la M21), ainsi que pour le matériel informatique, amorti sur quatre ans (deux à trois ans préconisés par la M21). Le matériel roulant est amorti sur sept ans, à compter de 2016, alors que la M21 préconise un amortissement sur quatre à cinq ans.

De surcroît, les durées d'amortissement retenues pour les acquisitions 2016 se sont allongées, par rapport aux durées retenues pour les acquisitions 2015. C'est le cas pour le matériel biomédical qui passe de cinq ans à sept ans d'amortissement. C'est le cas aussi pour le mobilier (de sept à dix ans), pour le matériel roulant (de cinq à sept ans), le matériel électrique, les installations de chauffage et les ascenseurs (passage de sept à dix ans). Or, selon la M21, lorsqu'une durée a été choisie, elle doit être identique pour une même catégorie de biens utilisés dans des conditions similaires, en application du principe comptable dit de permanence des méthodes.

Au final, et ce dans un contexte financier tendu, l'hypothèse selon laquelle l'établissement chercherait à minimiser l'impact des dotations aux amortissements sur le résultat de l'année 2016, ne peut être écartée.

Une écriture au compte 2913 « Dépréciations des immobilisations - constructions sur sol propre » est erronée : au 31 décembre 2016, apparaît en solde créditeur du compte 2913 un montant de 2 932 802,19 €. Cette écriture est erronée et fausse le total de l'actif. En effet, le compte 2913 est utilisé pour les dépréciations d'immobilisations, généralement non amortissables, qui doivent faire l'objet d'actualisations annuelles. Cela engendre ici une anomalie, dans la mesure où le compte a été utilisé à tort pour régulariser des amortissements.

Le bien en cause ne correspond pas à un immeuble acquis dans le passé et qui serait totalement amorti. Il s'agit d'un bien récent acquis à titre gratuit (1 € symbolique), qui doit être comptabilisé à sa valeur actuelle (ce qui a été effectué), et qui doit être amorti normalement. La fiche 3 « ajustement inventaire-actif », établie conjointement par les services de la Dgfiip et la DGOS, précise, en effet que la « valeur actuelle constitue la base amortissable pour l'avenir. Il n'est pas pratiqué de rattrapage d'amortissement ».

La comptable de l'établissement estime, à bon escient, que l'écriture de débit au compte 1190 par le crédit du compte 2913 doit être annulée par un débit au compte 1190 et un crédit au compte 281314 pour amortissement sur cinq ans (2013 à 2017) en fonction de la durée d'amortissement choisie. Cette écriture corrective devait intervenir en 2017. L'ordonnateur dans sa réponse indique qu'il entend déclasser ce bâtiment et le transférer à la dotation non affectée, et à cette occasion, régulariser sa valeur nette comptable et mettre en œuvre son amortissement linéaire.

Les difficultés liées à l'ajustement de l'actif du comptable avec l'inventaire immobilier de l'établissement (voir tableaux en annexe 4 et en annexe 5) : en 2015, le cabinet d'expertise comptable a émis une réserve, en raison de l'absence de récolement entre les inventaires physiques et comptables, et du fait d'écarts significatifs entre le système d'information de l'hôpital (SIH) et l'application de la Dgfiip Hélios. Le cabinet a fixé, comme priorité, le rapprochement de l'actif de l'établissement avec celui de la trésorerie, l'étiquetage des biens et l'amélioration de la gestion des sorties d'actifs. Ce travail de fond sur les immobilisations devait être réalisé entre 2015 et 2017<sup>31</sup>.

Lors du présent contrôle, en 2017, cet ajustement n'a toujours pas été réalisé : il est constaté une différence de plus de 9 M€ entre la valeur brute de l'actif apparaissant au compte financier 2016 et celle apparaissant sur l'inventaire immobilier établi par l'établissement. Cette différence concerne tous les comptes d'actif. De même, les amortissements enregistrés par le comptable public dans les écritures sont supérieurs de plus de 3 M€ avec ceux enregistrés par l'établissement.

Au 31 décembre 2016, le comptable public n'est toujours pas en mesure d'affecter les amortissements sur les biens concernés ; le poste comptable n'est pas en mesure de présenter un actif 2016 conforme aux écritures.

---

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

Une procédure est en cours de réflexion avec le comptable public pour formaliser le suivi et le recensement des immobilisations. Si des progrès ont été réalisés. Au moment de l'instruction, il n'existe toujours pas d'inventaire immobilier homogène. Le suivi même des masses n'est pas cohérent ; cette situation obère donc le suivi des amortissements et l'image fidèle de la situation patrimoniale se trouve altérée. L'ordonnateur dans sa réponse indique avoir demandé à ce qu'il soit procédé à un inventaire physique des biens de l'établissement en vue de son rapprochement avec l'état de l'actif du comptable.

#### **Recommandations**

**4. Établir des durées d'amortissement conformes à ce que recommande l'instruction comptable M21. *Non mise en œuvre.***

---

<sup>31</sup> *Mission d'accompagnement et de préparation à la certification des comptes du centre hospitalier de Narbonne, comité de pilotage, point sur le marché, Constats généraux sur l'audit à blanc, 10 septembre 2015, p. 7.*

**5. Respecter les durées d'amortissement initialement mises en œuvre. *Non mise en œuvre.***

**6. Procéder à la correction de l'écriture relative à la comptabilisation des amortissements du centre de gérontologie « Pech d'Alcy ». *Non mise en œuvre.***

**7. Ajuster l'inventaire immobilier avec l'actif du comptable, au besoin en recherchant l'historique des écritures correspondant à cette opération au moyen des anciens logiciels CLARA ou DDPAC. *Non mise en œuvre.***

L'engagement pris par l'ordonnateur dans sa réponse, de mettre en œuvre les recommandations de la chambre, ne conduisent pas à pouvoir les considérer comme mises en œuvre.

### **3. ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIÈRE**

Depuis 2004, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », l'allocation des ressources aux établissements de soins s'est orientée vers une tarification à l'activité (T2A) : les ressources des hôpitaux publics proviennent aujourd'hui, pour une part significative, de l'activité tarifée par séjour et prestations<sup>32</sup>. Cette situation se traduit par une gestion qui tend à optimiser les recettes. Le budget du CH de Narbonne est constitué d'un budget principal et de cinq budgets annexes (dotation non-affectée, USLD, IFSI, EHPAD et soins infirmiers à domicile). Le budget principal, qui correspond notamment à l'activité MCO tarifée à l'activité, représente 87 % de la masse budgétaire de l'établissement. C'est la raison pour laquelle la présente analyse traite prioritairement de la situation du budget principal (budget H).

#### **3.1. Un niveau de trésorerie qui reste positif, du fait de dettes fournisseurs en instance de paiement**

Au cours de la période sous revue, la trésorerie reste positive ; mais cette situation masque dans les faits une situation tendue. La trésorerie tient, en particulier, au niveau des dettes en instance d'apurement, bien supérieur à celui des créances à recouvrer.

##### **3.1.1. Une situation apparemment favorable**

Pendant la période examinée (2011-2016), la trésorerie nette excède le montant du fonds de roulement en 2011, 2012, 2014 et 2016. Elle le doit à un besoin en fonds de roulement négatif. Le bilan fonctionnel complet de la période est présenté en annexe (voir annexe 7).

---

<sup>32</sup> Ce mode de financement s'applique aujourd'hui à l'activité médecine, chirurgie-obstétrique (MCO). Il s'ajoute à des modalités de financement plus traditionnelles (forfait annuel pour les urgences, dotation pour l'enseignement et la recherche, dotation annuelle de financement pour la psychiatrie).

tableau n° 10

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fonds de roulement	6 220 197	4 182 176	5 517 672	515 403	5 143 651	3 423 896
= Besoin en fonds de roulement net global A12	-2 169 337	-6 416 635	192 888	-2 381 330	3 936 326	-171 562
Trésorerie nette (c-d)	8 389 534	10 598 811	5 324 783	2 896 733	1 207 325	3 595 459

Source : Comptes financiers

La lecture du tableau ci-dessus révèle la présence d'un excédent en besoin de fonds de roulement, qui indique un décalage entre les sommes dues aux fournisseurs, supérieures aux créances à recevoir. Pour favorable que puisse paraître cette gestion, elle s'inscrit toutefois en opposition avec les règles relatives aux délais de paiement dans la commande publique<sup>33</sup>. En outre, l'existence d'une ressource de financement au niveau du BFR peut être source de risque sur le moyen terme, car elle est de nature à inciter l'établissement à employer des crédits non pérennes, liés à son cycle d'exploitation, pour financer ses immobilisations (c'est-à-dire des dépenses durables).

### 3.1.2. Qui masque une situation de tension de trésorerie

Au 31 décembre 2016 (date du plus récent compte financier définitif au moment de l'instruction), le solde du compte 4011 « Fournisseurs » du budget principal s'élevait à 6,7 M€. Dans le même temps, le solde du compte 4111 « Hospitalisés consultants - Amiable » équivalait à 1,9 M€, tandis que le solde du compte 515 « Compte au Trésor » était de 3,6 M€. Autrement dit, fin 2016, l'établissement était dans l'incapacité d'assumer la couverture de ses dettes fournisseurs (6,7 M€ au compte 4011) avec le montant de ses créances attendues pour l'exercice en cours et de sa trésorerie disponible (5,5 M€ aux comptes 4111 et 515).

En outre, le détail des créances sur les hospitalisés et consultants au 31 décembre 2016 permet de constater que, sur le nombre total de factures concernées (23 900), 16 823 factures (correspondant à une somme de 387 972 €) sont inférieures à 30 € (seuil de poursuites de la trésorerie). C'est-à-dire que l'établissement, confronté à une absence de paiement volontaire sur ces factures, n'aurait que peu d'espoir de recouvrer ses créances (puisque la Dgfi, pour éviter des poursuites coûteuses, ne se lancera pas dans des procédures de recouvrement forcé).

Cette situation explique qu'à compter de l'exercice 2016, a été mise en place une procédure de suivi de la trésorerie de l'établissement de Narbonne, par le comité régional de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé (COREVA).

<sup>33</sup> Conformément à la loi n° 2013-100 du 28 janvier 2013 (article 37) et au décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 (article 1<sup>er</sup>), le délai de paiement des fournisseurs des établissements publics de santé ne peut être supérieur à 50 jours (hors cas particulier de suspension du paiement par le comptable public, dans le cas de l'absence de pièces justificatives). Tout retard de paiement fait en outre courir de plein droit des intérêts moratoires et une indemnité forfaitaire automatique.

## 3.2. L'évolution de l'exploitation jusqu'en 2016

### 3.2.1. Présentation générale de l'évolution des charges et des produits du budget principal

Fin 2016, les produits du budget principal s'élevaient à 96 M€, les charges à 98 M€. De 2011 à 2016, les premiers ont augmenté de 16 M€, les secondes de 18,5 M€.

L'évolution des produits et des charges a conduit l'établissement à afficher des résultats légèrement excédentaires, sauf pour les exercices 2013 (- 627 646 €) et 2016 (- 2 180 330 €). L'établissement est désormais soumis à un « effet ciseaux » se traduisant par un niveau des charges supérieur à celui des produits.

Un déséquilibre de plus en plus marqué s'observe dans la structure des produits et des charges. Cette situation, qui se traduit notamment sur le budget principal par un effet de ciseaux marqué en 2016 (avec des charges supérieures aux produits), s'explique par la dynamique des charges de personnel.

tableau n° 11

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total des produits	79 698 283	83 376 755	85 468 112	91 830 165	95 653 923	95 727 782
Total des charges	79 343 494	83 223 376	86 095 757	91 829 988	95 647 837	97 908 111

Source : Comptes financiers

#### 3.2.1.1. L'évolution des produits

***Les produits issus de l'activité hospitalière ont augmenté de 10 % sur la période (2011-2016)***

Première source de recettes du budget hospitalier, les produits de l'activité hospitalière se sont élevés à 77 430 496 € fin 2016. Ils progressent ainsi de 10 % sur la période considérée, en dépit de la diminution du nombre de journées.

tableau n° 12 : Évolution des produits (Budget H)

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2016/2011
Total des produits	79 698 283	83 376 755	85 468 112	91 830 165	95 653 923	95 727 782	+ 16 %
<i>Dont produits de l'activité hospitalière</i>	<i>70 448 962</i>	<i>72 342 754</i>	<i>71 159 301</i>	<i>75 627 016</i>	<i>77 499 573</i>	<i>77 430 496</i>	<i>+ 10 %</i>

Source : Comptes financiers

L'augmentation des produits du titre 1 (voir annexe 8), provient, pour partie, de l'évolution de l'activité et de la tarification (avec une augmentation annuelle moyenne de près de 3 % sur cette période).

**tableau n° 13 : Évolution détaillée des produits de l'activité hospitalière (budget H)**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. an. Moy.
Produits de l'activité hospitalière	70 448 962	72 342 754	71 159 301	75 627 016	77 499 573	77 430 496	1,9 %
<b><i>Dont Produits de la tarification à l'activité</i></b>	<b>40 881 420</b>	<b>43 604 102</b>	<b>43 991 216</b>	<b>46 102 514</b>	<b>47 402 483</b>	<b>46 984 308</b>	<b>2,8 %</b>
<i>Dont produits de la tarification des séjours</i>	38 700 656	40 910 540	40 801 500	42 627 678	43 690 904	43 049 759	2,2 %
<i>Dont produits des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus</i>	2 180 764	2 693 562	3 189 716	3 474 836	3 711 578	3 934 548	12,5 %
<i>Dont produits sur patients étrangers et autres établissements</i>	843 934	781 353	726 688	840 344	778 142	649 629	-5,1 %

Source : Logiciel Anafi et comptes financiers

### ***Des dotations annuelles en légère progression***

Au titre des dotations annuelles, les recettes annuelles du CH de Narbonne ont été stables sur toute la période (- 0,1 % de variation annuelle moyenne entre 2011 et 2016). Elles représentent moins du quart des produits d'activité.

#### 3.2.1.2. L'évolution des charges

### ***Présentation générale de l'évolution des charges***

Entre 2011 et 2016, 16 M€ de charges supplémentaires ont été enregistrées. Leur évolution figure dans le tableau ci-dessous.

**tableau n° 14 : L'évolution des charges du budget H (2011-2016)**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total des charges	79 343 494	83 223 376	86 095 757	91 829 988	95 647 837	97 908 111

Source : Comptes financiers

Les charges de personnel, principal poste de dépenses du budget, ont progressé de 4 % chaque année en moyenne. Cette évolution est plus que proportionnelle à l'évolution de l'activité, qui augmente chaque année de 2 % en moyenne.

Surtout, la dynamique de ce poste de dépenses provient des rémunérations versées aux personnels permanents et au recours à des intérimaires (428 k€ en 2011 ; 1,2 M€ en 2016). La charge correspondant à ce dernier poste a ainsi triplé au cours de la période sous revue, et s'explique par les difficultés de recrutement de médecins<sup>34</sup>, comme il sera vu plus en détail ci-après.

<sup>34</sup> Selon le rapport Véran de 2013, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, « un médecin intérimaire touche en moyenne de 600 à 800 euros nets pour une journée de travail et son collègue titulaire 260 euros. Ce qui a pu entraîner des dérives, tels que le développement d'une forme de mercenariat ».

**tableau n° 15 : Décomposition des charges de personnel du budget H (2011-2016)**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation annuelle moyenne
Rémunération du personnel	34 419 422	36 035 546	36 872 809	38 446 666	40 265 255	41 213 453	3,7 %
+ Charges sociales totales sur personnel	12 719 804	13 176 393	13 690 169	14 665 453	15 266 325	15 777 756	4,4 %
+ Autres charges de personnel	252 871	224 022	176 180	116 629	190 861	163 988	- 8,3 %
- Atténuations de charges (y c. portabilité CET)	13 639	13 570	13 424	70 528	14 350	49 836	29,6 %
+ Impôts et taxes liés au personnel	4 866 931	5 105 970	5 218 702	5 497 584	5 790 978	5 681 630	3,1 %
Dont taxe sur les salaires	3 390 644	3 554 607	3 663 573	3 814 411	4 032 716	3 899 583	2,8 %
= Charges de personnel interne	52 245 439	54 528 361	55 944 437	58 655 803	61 499 069	62 786 991	3,7 %
+ <b>Charges de personnel externe</b>	<b>427 783</b>	<b>656 727</b>	<b>600 478</b>	<b>1 017 668</b>	<b>1 269 403</b>	<b>1 159 969</b>	<b>22,1 %</b>
= <b>Charges de personnel totales budget H</b>	<b>52 673 222</b>	<b>55 185 088</b>	<b>56 544 914</b>	<b>59 673 472</b>	<b>62 768 472</b>	<b>63 946 960</b>	<b>4,0 %</b>

Source : Comptes financiers et logiciel Anafi

### *Les charges de personnel permanent*

La rémunération versée à ce personnel est à l'origine de la dynamique de ce poste de dépense, la part des charges sociales dans le salaire versé se stabilisant au quart de la rémunération versée.

**tableau n° 16**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation annuelle moyenne
Charges de personnel totales budget H	52 673 222	55 185 088	56 544 914	59 673 472	62 768 472	63 946 960	4,0 %
Charges sociales nettes sur personnel non médical (a)	9 866 362	10 123 268	10 414 458	11 278 723	11 739 616	12 098 925	4,2 %
<i>Part des charges dans la rémunération chargée</i>	<i>27,75 %</i>	<i>27,46 %</i>	<i>27,78 %</i>	<i>28,41 %</i>	<i>28,25 %</i>	<i>28,68 %</i>	0,7 %
Charges sociales nettes sur personnel médical (b)	2 853 442	3 053 125	3 275 711	3 386 730	3 526 710	3 678 831	5,2 %
<i>Part des charges dans la rémunération chargée</i>	<i>24,63 %</i>	<i>24,72 %</i>	<i>25,05 %</i>	<i>25,26 %</i>	<i>25,24 %</i>	<i>24,84 %</i>	0,2 %
Charges sociales nettes totales sur personnel (a + b)	12 719 804	13 176 393	13 690 169	14 665 453	15 266 325	15 777 756	4,4 %
<b><i>Part des charges dans la rémunération chargée</i></b>	<b><i>26,98 %</i></b>	<b><i>26,77 %</i></b>	<b><i>27,08 %</i></b>	<b><i>27,61 %</i></b>	<b><i>27,49 %</i></b>	<b><i>27,68 %</i></b>	0,5 %

Source : Comptes financiers et logiciel Anafi

À partir du bilan social 2016, un comparatif a été réalisé pour évaluer le coût annuel moyen du personnel médical par catégories (dans le bilan social, l'effectif pris en considération ne comprend pas les internes et les étudiants). Le coût moyen du personnel médical (PM), toutes catégories confondues, est de 129 523 € fin 2016, en progression de 8 % sur la période 2014-2016.

**tableau n° 17 : Coût annuel moyen du personnel médical pour le CH**

(En €)	2014 <sup>35</sup>	2015	2016	Évol. 2014/2016
Rémunération du PM <sup>36</sup>	10 159 364 €	10 582 737 €	11 266 335 €	
ETPR <sup>37</sup> PM	112,9	113,15	115,69	
<b>Rémunération annuelle moyenne</b>	<b>89 986 €</b>	<b>93 528 €</b>	<b>97 384 €</b>	<b>+ 8 %</b>
Charges sociales nettes sur PM	3 438 429 €	3 576 006 €	3 718 165 €	
<b>Coût annuel moyen pour le CH</b>	<b>120 441 €</b>	<b>125 133 €</b>	<b>129 523 €</b>	<b>+ 8 %</b>

Source : Comptes financiers, bilan social 2016

### *Le recours à l'intérim*

La difficulté, précédemment évoquée, de l'établissement à recruter du personnel permanent, et la nécessité d'assurer la continuité de l'activité de soins, l'ont conduit à recourir de plus en plus à l'intérim. L'emploi de personnels médicaux intérimaires (830 k€) a représenté, en 2016, 72 % des charges de personnel externe (1 160 k€).

**tableau n° 18 : Les dépenses de personnel externe**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation annuelle moyenne
Charges de personnel externe	427 783	656 727	600 478	1 017 668	1 269 403	1 159 969	22,1 %
<i>Dont personnel médical</i>	<i>162 438</i>	<i>390 802</i>	<i>261 560</i>	<i>693 183</i>	<i>944 702</i>	<i>828 828</i>	-

Source : Comptes financiers, bilan social 2016

## **3.2.2. L'évolution des produits et des charges des budgets annexes**

### 3.2.2.1. Les produits issus de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

La prise en charge des personnes âgées dépendantes représentent une part croissante de l'activité de cet établissement (la dynamique du nombre de journées sur la seule USLD explique même l'augmentation du nombre de journées sur tout l'établissement).

**tableau n° 19 : Nombre de journées (toutes activités confondues)**

(En €)	2012	2013	2014	2015	2016
Total	155 098	152 677	165 751	165 679	164 548
<i>Dont MCO</i>	<i>79 578</i>	<i>78 416</i>	<i>79 196</i>	<i>78 372</i>	<i>76 740</i>
<i>Dont USLD</i>	<i>58 989</i>	<i>58 535</i>	<i>61 374</i>	<i>61 780</i>	<i>62 235</i>

Source : Rapport d'activité 2016

Au 31 décembre 2016, cette activité a assuré à l'établissement des ressources à hauteur de 9 M€, (annexe 6). De 2011 à 2016, la progression des recettes de cette activité, au titre des dotations et produits de la tarification, a été de près de 2 M€.

<sup>35</sup> Effectif au 31/12/N.

<sup>36</sup> La rémunération retenue ici correspond à celle figurant au titre des budgets consolidés.

<sup>37</sup> Équivalent temps plein rémunéré : un agent à 80 % est comptabilisé comme 0,86 ETP car il s'agit du coût qu'il représente pour la structure.

### 3.2.2.2. Les charges de personnel des budgets annexes

En 2016, les charges de personnel des budgets annexes ont représenté une somme de 7,5 M€, soit un peu plus de 7 % des charges totales de personnels (tous budgets confondus). Il est intéressant d'y relever la quasi-absence de recours à l'intérim.

**tableau n° 20 : Évolution et composition des charges de personnel (budgets annexes)**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rémunération du personnel	4 118 501	4 200 003	4 091 992	4 366 279	4 675 735	4 757 307
+ Charges sociales totales sur personnel	1 653 565	1 602 760	1 620 780	1 758 851	1 884 505	1 900 868
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	31 833	33 090	25 401	25 407	23 562	26 040
+ Autres charges de personnel	174 898	177 421	130 780	126 277	121 627	149 776
- Atténuations de charges (y c. portabilité CET)	0	0	524	0	3 543	359
+ Impôts et taxes liés au personnel	581 387	605 275	585 153	636 386	679 509	665 003
Dont taxe sur les salaires	373 961	386 346	373 415	412 221	437 784	422 458
= Charges de personnel interne	6 560 183	6 618 548	6 453 582	6 913 200	7 381 394	7 498 635
+ Charges de personnel externe	<b>8 707</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 294</b>	<b>5 064</b>	<b>0</b>
= Charges de personnel totales budgets annexes	<b>6 568 890</b>	<b>6 618 548</b>	<b>6 453 582</b>	<b>6 914 494</b>	<b>7 386 458</b>	<b>7 498 635</b>
Pour info : Charges de personnel totales consolidées	59 242 112	61 803 636	62 998 497	66 587 966	70 154 930	71 445 595

Source : Comptes financiers

## 3.3. L'analyse des soldes intermédiaires de gestion et la formation de l'autofinancement

### 3.3.1. Des charges de personnel qui ont eu un impact défavorable important sur les performances économiques de l'établissement

3.3.1.1. Au cours de la période sous revue, le chiffre d'affaires du budget H augmente sensiblement

Comme rappelé précédemment, l'activité de l'établissement (sur la partie MCO) conditionne le financement de l'hôpital. Aussi les éléments d'analyse qui suivent, ciblent plus particulièrement l'évolution de l'activité du budget H.

Au cours de la période examinée (2011-2016), le chiffre d'affaires de l'hôpital (c'est-à-dire la somme des ventes) augmente de 18 %, passant de près de 74 M€ (2011) à 87 M€ (2016). Sa valeur ajoutée (qui exprime l'accroissement de valeur générée par l'activité de l'établissement) augmente, elle, de près de 15 % (passant de 55 M€ en 2011 à 63 M€ en 2016).

tableau n° 21 : Décomposition du résultat (budget H)

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits de l'activité hospitalière	70 448 962	72 342 754	71 159 301	75 627 016	77 499 573	77 430 496
+ Produits annexes	924 670	812 805	746 932	1 094 531	1 094 881	1 311 153
+ Prestations services, travaux, études et divers	720	987	0	0	4 605	0
+ Rétrocession de médicaments	2 481 872	2 686 132	2 367 752	3 780 735	3 912 903	4 928 974
+ Autres ventes de marchandises	1 186	0	224	540	718	0
+ Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités	0	860 499	3 624 065	2 751 039	2 886 088	3 123 378
<b>= Chiffre d'affaires</b>	<b>73 857 410</b>	<b>76 703 177</b>	<b>77 898 274</b>	<b>83 253 860</b>	<b>85 398 769</b>	<b>86 794 001</b>
(pour information) Production propre	73 052 384	75 851 272	76 978 352	83 187 694	84 521 994	85 949 341
- Achats	13 611 028	14 499 614	14 793 401	16 904 013	17 646 308	17 927 996
- Services extérieurs	2 605 522	2 668 689	2 717 879	2 873 066	2 693 493	2 681 927
- Autres services extérieurs	1 919 229	1 898 910	2 273 628	2 682 005	2 619 584	2 572 758
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	5 334	4 307	5 725	60 689	60 812	64 158
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	0	0	0	0
<b>= Valeur ajoutée</b>	<b>54 911 272</b>	<b>56 779 751</b>	<b>57 187 719</b>	<b>60 667 921</b>	<b>61 501 797</b>	<b>62 702 501</b>

Source : Comptes financiers

3.3.1.2. L'augmentation de la valeur ajoutée ne permet toutefois pas de compenser l'effet de l'augmentation des charges sur la marge de l'établissement

Sur le seul budget H, entre 2011 et 2016, la valeur ajoutée (VA) a augmenté de 14 %. Toutefois, cette évolution n'a pas permis de compenser l'effet des charges de personnel sur la marge brute de l'hôpital, qui diminue drastiquement, passant de plus de 4,7 M€ (2011) à 1,3 M€ (2016), soit une division par quatre de son montant au début de la période au contrôle.

**tableau n° 22 : Décomposition de la marge brute (budget H seul), entre 2011 et 2016**

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évol. 2011/ 2016
<b>Valeur ajoutée</b>	<b>54 911 272</b>	<b>56 779 751</b>	<b>57 187 719</b>	<b>60 667 921</b>	<b>61 501 797</b>	<b>62 702 501</b>	<b>+ 14 %</b>
+ Autres subventions	401 125	438 517	465 333	354 387	539 820	183 874	-
- Charges totales de personnel	52 673 222	55 185 088	56 544 914	59 673 472	62 768 472	63 946 960	-
+ Remboursement de frais budgets annexes	1 618 368	1 800 227	1 867 861	1 789 899	1 769 957	1 699 930	-
<b>= Résultat économique brut</b>	<b>4 257 543</b>	<b>3 833 407</b>	<b>2 975 998</b>	<b>3 138 735</b>	<b>1 043 103</b>	<b>639 346</b>	<b>-</b>
+ Autres produits de gestion	650 152	784 749	797 066	676 695	2 172 444	1 279 381	-
- Autres charges de gestion	158 484	228 830	258 451	368 462	418 034	655 907	-
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>4 749 211</b>	<b>4 389 326</b>	<b>3 514 613</b>	<b>3 446 968</b>	<b>2 797 513</b>	<b>1 262 820</b>	<b>-</b>

Source : Comptes financiers

Le taux de marge brute, qui permet de mesurer la marge dégagée par l'exploitation courante pour financer les charges financières, d'amortissement et de provisions (c'est-à-dire les dépenses générées par les investissements), est le rapport entre la marge d'exploitation et les produits. S'agissant du budget H de l'établissement de Narbonne, cet indicateur met en évidence la réduction de la capacité à investir : le taux de marge brute de ce budget diminue, de 6,43 % en 2011 à 1,45 % en 2016.

**tableau n° 23 : Évolution du taux de marge brute (budget H)**

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Marge brute d'exploitation	4 749 211	4 389 326	3 514 613	3 446 968	2 797 513	1 262 820
Produits d'exploitation	73 857 410	76 703 177	77 924 841	84 245 826	85 624 353	87 019 394
<b>= Taux de marge brute</b>	<b>6,43 %</b>	<b>5,72 %</b>	<b>4,51 %</b>	<b>4,09 %</b>	<b>3,27 %</b>	<b>1,45 %</b>

Source : Comptes financiers

### 3.3.2. Une épargne brute (tous budgets confondus) qui diminue drastiquement

La capacité d'autofinancement brute (CAF) représente l'épargne dégagée par l'entité de son exploitation. Cet indicateur a pour finalité de montrer si l'établissement est en mesure, une fois couvertes ses dépenses d'exploitation, de financer le remboursement du capital des emprunts souscrits et, une fois ce remboursement opéré, de dégager des fonds pour autofinancer l'investissement à long terme.

tableau n° 24 : Décomposition de la CAF brute (tous budgets)

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évol. 2011/2016
<b>Chiffre d'affaires</b>	<b>73 857 410</b>	<b>76 703 177</b>	<b>77 898 274</b>	<b>83 253 860</b>	<b>85 398 769</b>	<b>86 794 001</b>	<b>+ 17,5 %</b>
+ Production stockée	0	0	0	0	0	0	-
+ Production immobilisée	0	0	26 567	991 965	225 584	225 393	-
= Produits d'exploitation	73 857 410	76 703 177	77 924 841	84 245 826	85 624 353	87 019 394	-
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	805 026	851 905	946 490	1 058 132	1 102 359	1 070 053	-
= Production propre	73 052 384	75 851 272	76 978 352	83 187 694	84 521 994	85 949 341	-
- Achats	13 611 028	14 499 614	14 793 401	16 904 013	17 646 308	17 927 996	-
- Services extérieurs	2 605 522	2 668 689	2 717 879	2 873 066	2 693 493	2 681 927	-
- Autres services extérieurs	1 919 229	1 898 910	2 273 628	2 682 005	2 619 584	2 572 758	-
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	5 334	4 307	5 725	60 689	60 812	64 158	-
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	0	0	0	0	-
<b>Valeur ajoutée</b>	<b>61 712 262</b>	<b>64 194 727</b>	<b>64 544 394</b>	<b>68 465 717</b>	<b>69 359 908</b>	<b>71 022 717</b>	<b>2,9 %</b>
+ Autres subventions	401 125	475 534	500 937	395 035	560 600	202 352	-
- Charges totales de personnel	59 242 112	61 803 636	62 998 497	66 587 966	70 154 930	71 445 595	-
+ Remboursement de frais entre budgets	1 692 787	1 861 638	1 919 824	1 811 996	1 792 414	1 722 387	-
<b>= Résultat économique brut</b>	<b>4 564 062</b>	<b>4 728 263</b>	<b>3 966 658</b>	<b>4 084 782</b>	<b>1 557 992</b>	<b>1 501 861</b>	<b>- 19,9 %</b>
+ Autres produits de gestion	652 194	832 888	819 184	779 958	2 241 089	1 376 700	-
- Autres charges de gestion	159 354	229 717	258 629	384 514	513 096	692 837	-
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>5 056 903</b>	<b>5 331 433</b>	<b>4 527 213</b>	<b>4 480 226</b>	<b>3 285 984</b>	<b>2 185 724</b>	<b>- 15,4 %</b>
- Frais financiers nets réels	949 761	901 512	1 041 370	1 078 737	1 007 988	978 215	-
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	444 288	791 476	592 761	453 353	394 007	308 570	-
- Charges exceptionnelles réelles	272 555	558 512	544 156	486 346	381 629	334 173	-
<b>= Capacité d'autofinancement brute</b>	<b>4 278 875</b>	<b>4 662 884</b>	<b>3 534 448</b>	<b>3 368 496</b>	<b>2 290 374</b>	<b>1 181 906</b>	<b>- 22,7 %</b>

Source : Comptes financiers

La baisse importante de la capacité d'autofinancement brute, pour tout l'établissement, se trouve partiellement compensée par l'apport d'épargne brute provenant des budgets annexes (USLD), comme illustré ci-dessous :

tableau n° 25 : Capacité d'autofinancement brute agrégée

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budget H	4 023 701	3 781 910	2 592 490	2 536 847	1 925 784	379 619
Budget USLD	174 092	770 557	661 818	731 710	593 330	748 679
Budget IFSI	57 121	63 955	254 894	111 883	-234 895	68 651
Budget soins infirmiers à dom.	37 215	47 463	10 319	-35 828	1 147	-20 241
Budget DNA	-13 254	-1 001	14 927	23 883	5 008	5 200
<b>Total</b>	<b>4 278 875</b>	<b>4 662 884</b>	<b>3 534 448</b>	<b>3 368 495</b>	<b>2 290 374</b>	<b>1 181 906</b>

Source : Comptes financiers

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

Entre 2011 et 2016, en dépit d'une augmentation des produits de l'activité, l'épargne brute disponible a perdu le quart de sa valeur. Cette situation, qui est liée à une augmentation des charges de personnel déconnectée de l'évolution de l'activité, interroge la soutenabilité de la politique d'investissement de l'établissement. En effet, au regard de la situation du seul budget reflétant l'activité hospitalière de cet établissement (budget H), le taux de marge brute diminue drastiquement (sa valeur étant divisée par quatre entre 2011 et 2016).

### **3.4. Le financement des investissements<sup>38</sup>**

#### **3.4.1. L'investissement réalisé au cours de la période sous revue**

3.4.1.1. Des dépenses importantes, liées notamment à la construction d'un centre de gérontologie

Entre 2011 et 2016, l'hôpital de Narbonne a réalisé un peu plus de 48 M€ d'investissements au titre des immobilisations. Les investissements les plus significatifs ont été effectués sur les exercices 2012 et 2013, qui couvrent plus de 50 % des dépenses relevées à ce titre. Ces dépenses correspondent pour l'essentiel à la construction du centre de gérontologie. En 2015 et 2016, les immobilisations en cours ont concerné des travaux dans les secteurs urgence et endoscopie.

Dans le même temps, l'hôpital a constaté dans ses comptes une charge (venant en diminution du résultat de l'exercice) de 34 M€, correspondant à l'amortissement de ses immobilisations.

**tableau n° 26 : Évolution des dépenses de haut de bilan (actifs)**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul 2011-2016
<b>Total des emplois</b>	<b>13 610 141</b>	<b>20 452 432</b>	<b>22 176 846</b>	<b>18 176 102</b>	<b>9 535 878</b>	<b>7 982 218</b>	<b>-</b>
<i>Dont Titre 2</i>							
« Immobilisations »	3 875 742	11 464 515	14 373 029	7 924 414	5 121 692	5 718 196	48 477 588
Amortissements – Dotations de l'exercice	4 431 994	4 455 869	4 582 341	5 203 753	6 208 449	6 293 902	31 176 308
Pour information : retraitement dotation erreur d'écriture 2014	-	-	-	+ 2 932 80 2	-	-	34 109 110

*Source : Comptes financiers et retraitement CRC*

#### 3.4.1.2. Analyse de l'actif immobilisé

À l'actif, les biens stables s'élevaient au 31 décembre 2016, à 58 466 696 € (valeur nette), en progression de près de 14 M€ par rapport à 2011 (44 505 720 €).

<sup>38</sup> Cette analyse tient compte du retraitement mentionné dans la partie relative à la fiabilité des comptes, et qui concerne l'enregistrement à tort d'une dépréciation d'immobilisation pour un montant de 2,9 M€.

**tableau n° 27 : Évolution de la valeur nette comptable des éléments de l'actif**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Actifs immobilisés	44 502 720	51 590 367	61 381 055	61 162 294	59 042 401	58 466 696

Source : Comptes financiers

Au cours de la période sous revue, l'établissement a enrichi son patrimoine incorporel, par acquisition de logiciels informatiques (respectivement 1 M€ et 613 k€ ont été investis en 2015 et 2016 sur le secteur informatique). Ces dépenses se sont inscrites dans le cadre du déploiement du schéma directeur informatique (2013-2016), qui s'est traduit par le renouvellement du parc d'ordinateurs.

**tableau n° 28 : Évolution de la valeur nette comptable des immobilisations incorporelles**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Immobilisations incorporelles	424 214	484 428	575 816	2 805 598	3 167 446	2 959 094
<i>Dont Brevet, licences, ...</i>	424 214	456 743	548 131	2 777 913	3 139 761	2 959 094

Source : Comptes financiers

Les immobilisations corporelles représentent la majorité de l'actif du bilan (près de 95 % du poste de bilan, hors exercice 2012).

**tableau n° 29 : Évolution de la valeur nette comptable des immobilisations corporelles**

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Immobilisations corporelles	41 981 913	40 137 764	60 631 505	57 935 308	55 223 338	55 118 383
<i>en % de l'actif immobilisé</i>	94,34 %	77,80 %	98,78 %	94,72 %	93,53 %	94,27 %

Source : Comptes financiers

C'est la construction de bâtiments qui représente le poste le plus important sur cette partie du bilan.

**tableau n° 30 : Détail de l'évolution de la valeur nette comptable des immobilisations corporelles**

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Immobilisations corporelles	41 981 913	40 137 764	60 631 505	57 935 308	55 223 338	55 118 383
<i>Dont Terrains</i>	297 369	297 369	1 624 200	1 624 200	1 826 200	1 826 200
<i>Dont Constructions et agencements</i>	33 029 252	30 807 456	50 833 351	47 234 949	45 779 154	45 263 339
<i>Dont Installations techniques, matériel et outillages</i>	4 288 804	5 251 537	4 790 517	5 613 613	4 408 460	4 284 298
<i>Dont Autres immobilisations corporelles</i>	4 366 487	3 781 402	3 383 437	3 462 547	3 209 524	3 744 545

Source : Comptes financiers

### 3.4.2. La CAF nette en très forte diminution sur la période au contrôle

3.4.2.1. Le retraitement nécessaire des enregistrements comptables relatifs aux emprunts « revolving »

L'analyse de la dette bancaire de l'hôpital a révélé l'existence de deux types d'anomalies relatives à l'encours des emprunts.

En 2015, une confusion a été faite par l'établissement concernant l'enregistrement des écritures comptables relatives aux mouvements de lignes de trésorerie des contrats « revolving » ;

cela s'est traduit, pour cet exercice, par une augmentation non justifiée du compte 1641 « Emprunts en euros », en lieu et place du compte 16441 « Emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie-Opérations afférentes à l'emprunt ». Les corrections ont été apportées à la fin de l'exercice 2015, après une intervention de l'ARS.

Il ressort des pièces justificatives transmises par le poste comptable que pour l'exercice 2015, les mouvements à prendre en compte au titre du compte 1641 étaient différents de ceux affichés au compte financier (1 612 115 € au titre de l'amortissement du capital des emprunts « classiques », et non pas 4 279 423 € comme indiqué par erreur sur le compte financier (CF)).

**tableau n° 31 : Corrections intervenues sur le compte 1641**

(« Emprunts en euros auprès des établissements de crédit »)

(en €)	Solde au 31/12/2014	Montant des émissions au cours de l'année	Montant des annulations au cours de l'année	<b>Total au 31/12/2015</b>	Solde au 31/12/2015
Dépenses		1 921 015	308 900	<b>1 612 115</b>	
Recettes	23 527 762	5 358 408	2 358 408	<b>3 000 000</b>	24 915 647

Source : Comptes financiers, Dgfiip et CRC

De même, au titre du compte 16441, il convient de retenir 2 791 975 €, au lieu du montant de 5 150 483 € mentionné dans le compte financier 2015.

**tableau n° 32 : Corrections intervenues sur le compte 16441**

(« Emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie »)

(en €)	Solde au 31/12/2014	Montant des émissions au cours de l'année	Montant des annulations au cours de l'année	<b>Total au 31/12/2015</b>	Solde au 31/12/2015
Dépenses		5 150 483	2 358 508	<b>2 791 975</b>	
Recettes	10 402 017	2 358 408	-	<b>2 358 408</b>	9 968 450

Source : Comptes financiers, Dgfiip et CRC

À ce stade, ces mouvements ne modifient pas le solde des comptes de classe 164 (encours de dette), puisque recettes et dépenses, bien qu'artificiellement gonflées, se compensent.

En outre, l'encours des dettes « revolving » au 31 décembre 2016 mentionne un solde qui ne correspond pas au montant renseigné par les tableaux d'amortissement de ces dettes « revolving ».

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, début de la période contrôlée par la chambre, le solde du compte 16441 était de 12 888 732 €. L'encours de dette correspondant aux emprunts « revolving » était donc en début de la période au contrôle de près de 13 M€. En fin de période (31 décembre 2016), ce solde passe à 9 534 883 €. L'établissement hospitalier de Narbonne a donc, sur la période 2011-2016, décaissé une somme équivalente à 3 353 849 € au titre de l'amortissement du capital des emprunts « revolving ». Les mouvements comptables intervenus à ce titre ont été contrôlés et ne posent pas de difficultés. En revanche, la réalité de l'encours de dette au 1<sup>er</sup> janvier 2011 n'a pu être vérifiée, compte tenu de l'ancienneté des écritures en jeu. Or, comme il sera vu plus loin dans la présente analyse, ce solde est important, car il intervient dans le calcul des ratios d'endettement.

Pour l'heure, le comptable public et la direction des finances du centre hospitalier travaillent à la recherche de l'origine de l'erreur. L'ordonnateur indique en réponse que les écritures seront corrigées lors de la production des comptes de l'exercice 2017.

### 3.4.2.2. Analyse de la CAF nette

#### *L'annuité de la dette*

Au cours de la période sous revue, l'annuité en capital de la dette a été relativement constante, hormis en 2015, pour les raisons développées ci-avant.

**tableau n° 33 : Évolution de l'annuité de la dette retraitée (tous budgets confondus)**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015 retraitée	2016
Annuité en capital de la dette <sup>39</sup>	2 243 393	2 306 701	1 932 393	2 098 919	4 414 185 <sup>40</sup>	2 264 022

Source : Comptes financiers

#### *Le remboursement du capital des emprunts*

Les ratios d'endettement de l'établissement se sont détériorés en fin de période, du fait de la conjonction d'une exploitation de plus en plus dégradée (impactant la capacité d'autofinancement brute) et du remboursement accru de capital de dette. Ainsi, la capacité d'autofinancement nette, qui soustrait à la CAF brute le montant des amortissements du capital de la dette, devient négative à compter de 2015. C'est-à-dire qu'à compter de cet exercice, l'établissement n'est plus en mesure de couvrir, par les ressources issues de son exploitation, le remboursement du capital des emprunts.

**tableau n° 34 : Détail et évolution de la CAF nette (tous budgets)**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAF brute	4 278 875	4 662 884	3 534 448	3 368 496	2 290 374	1 181 906
Amortissement du capital des emprunts	2 243 393	2 306 701	1 932 393	2 098 919	4 414 185	2 264 022
CAF nette	2 035 483	2 356 183	1 602 055	1 269 576	-	-
					2 123 811	1 082 115

Source : Comptes financiers

<sup>39</sup> L'annuité en capital de la dette correspond aux mouvements (opérations budgétaires) intervenus en débit des comptes de classe 164, non compris ceux afférents au compte 16449, auxquels s'ajoutent ceux du compte 167 et 168 (hors ICNE).

<sup>40</sup> 1 612 115 € (débit compte 1641 retraité) + 2 791 975 € (débit compte 16441 retraité) + 10 095 € (débit compte 167) = 4 414 185 €.

### 3.4.3. La couverture des investissements par des financements propres

#### 3.4.3.1. Des marges de manœuvre réduites

Les financements stables (ou de long terme) s'élèvent à près de 62 M€ en 2016, en augmentation de 11,2 M€ par rapport à 2011.

**tableau n° 35 : Évolutions des ressources stables (2011-2016)**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ressources stables	50 722 917	55 772 543	66 898 727	61 677 697	64 186 053	61 890 592

Source : Comptes financiers

Pour autant, dans le détail, et en 2016, en haut de bilan, le fait marquant est le léger recul des fonds propres.

**tableau n° 36 : Évolution de la part des fonds propres dans les ressources stables**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ressources stables	50 722 917	55 772 543	66 898 727	61 677 697	64 186 053	61 890 592
<i>Dont Fonds propres</i>	<i>19 603 076</i>	<i>21 651 800</i>	<i>25 886 566</i>	<i>19 804 868</i>	<i>19 737 736</i>	<i>18 348 017</i>

Source : Comptes financiers

Cette situation est liée à l'accumulation de résultats déficitaires sur le budget H (cf. ci-dessus), qui a pesé lourdement sur ce poste de haut de bilan.

**tableau n° 37 : Évolution de l'impact des résultats déficitaires sur les fonds propres (2011-2016)**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fonds propres	19 603 076	21 651 800	25 886 566	19 804 868	19 737 736	18 348 017
<i>Dont Report à nouveau<sup>41</sup></i>	<i>-318 769</i>	<i>-59 257</i>	<i>270 303</i>	<i>-3 364 365</i>	<i>-3 070 548</i>	<i>-3 508 248</i>
<i>Dont Résultat de l'exercice</i>	<i>243 187</i>	<i>548 723</i>	<i>25 937</i>	<i>293 817</i>	<i>-437 700</i>	<i>-2 399 996</i>

Source : Comptes financiers

#### 3.4.3.2. L'attribution de subventions d'équipement

L'attribution de subventions d'équipement à l'établissement, a permis de limiter l'impact des résultats déficitaires sur le niveau de ressources propres.

<sup>41</sup> Le report à nouveau est la partie du résultat dont l'affectation a été ajournée par le conseil de surveillance qui a délibéré sur les comptes de l'exercice précédent.

tableau n° 38

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Subventions d'investissement	0	507 924	2 660 044	5 380 673	7 200 379	6 951 037
<i>Dont État et établissements nationaux</i>	0	0	2 000 000	3 500 000	5 000 000	5 000 000
<i>Dont régions</i>	0	0	0	114 911	114 911	114 911
<i>Dont départements</i>	0	500 000	650 000	1 934 810	2 192 169	2 192 169
<i>Dont communes et EPCI</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Dont autres</i>	165 889	173 813	188 650	208 650	575 397	595 849
<i>Dont subventions inscrites au compte de résultat</i>	-165 889	-165 889	-178 606	-377 698	-682 097	-951 891

Source : Comptes financiers

### 3.4.3.3. Le stock de dettes financières (tous budgets)

Au 31 décembre 2016, l'encours de dette souscrit auprès des établissements de crédit s'élevait à 34,2 M€, en augmentation de près de 5 M€ par rapport à 2011.

tableau n° 39

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dettes financières	29 605 698	31 697 677	36 071 284	33 972 365	34 916 588	34 152 566

Source : Comptes financiers

Comme précisé ci-dessus, la justification de ces montants de l'encours de dette n'est pas totalement apportée : au 31 décembre 2016, d'une part, la somme des capitaux restant dus, inscrits dans l'ensemble des tableaux d'amortissement des emprunts, s'élève à 34 211 995 €, soit un différentiel de 59 429 € avec le compte financier qui demeure inexplicité pour l'heure. Il a pu être constaté, d'autre part, une confusion depuis, qu'entre 2005 et 2006, est intervenu un travail de répartition entre les dettes classiques et les emprunts « revolving » avec la mise en place des comptes 1641 et 16441 dans la nomenclature budgétaire et comptable. Ainsi, depuis cette date, les comptes financiers ne retracent pas la réalité du portefeuille de dettes de l'établissement.

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

Après retraitements<sup>42</sup>, il apparaît qu'au cours de la période 2011-2016, l'épargne nette de l'établissement s'est effondrée, jusqu'à ne plus permettre de couvrir le remboursement du capital des emprunts en 2015 et en 2016. En conséquence, le ratio de financement propre sur les dépenses d'équipement s'est progressivement dégradé, alors même que l'établissement a investi massivement (près de 60 M€, dont la moitié entre 2012 et 2013) dans le renouvellement et l'entretien de son patrimoine immobilier.

Cette situation pose la question de la soutenabilité de la politique d'investissement, qui tend à être désormais pour partie dépendante des subventions extérieures reçues ; celles-ci ont représenté en 2016, 12 % des ressources de long terme de l'hôpital, alors qu'en 2011 elles étaient quasiment nulles.

<sup>42</sup> D'une erreur d'écriture datée de 2014 et des sommes versées au titre de l'amortissement de la dette en 2015.

### 3.5. La situation bilancielle

#### 3.5.1. La perte de marges de manœuvre, consécutive à l'autofinancement d'un actif au cours de la période 2013-2014

3.5.1.1. L'impact limité du retraitement de l'écriture de 2014 concernant la dépréciation erronée d'un actif

Comme mentionné dans la partie consacrée à l'analyse de la fiabilité des comptes, il a été procédé par erreur à l'enregistrement d'une dépréciation d'une immobilisation en 2014, en lieu et place d'un amortissement. Du point de vue de la construction du bilan fonctionnel (tableau n° 40 suivant), cette erreur est sans effet : la ligne « Immobilisations d'exploitation » déduit indifféremment les dotations aux amortissements et aux dépréciations.

3.5.1.2. Un fonds de roulement qui s'érode du fait de l'autofinancement d'un actif immobilisé

Le fonds de roulement (FDR) représente l'excédent des ressources durables (car non remboursables à court terme) sur les emplois durables (ou de long terme, les immobilisations détenues par l'entité). Son analyse s'inscrit dans le cadre d'une logique de bonne gestion, tendant à adosser le financement des emplois de long terme par des ressources de même nature.

**tableau n° 40 : Évolution et détail de la composition du fonds de roulement (2011-2016)<sup>43</sup>**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Apports, réserves et reports	19 359 889	21 103 076	25 860 629	19 511 051	20 175 436	20 748 013
+ Résultat de l'exercice	243 187	548 723	25 937	293 817	-437 700	-2 399 996
<b>= Fonds propres</b>	<b>19 603 076</b>	<b>21 651 800</b>	<b>25 886 566</b>	<b>19 804 868</b>	<b>19 737 736</b>	<b>18 348 017</b>
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	0	507 924	2 660 044	5 380 673	7 200 379	6 951 037
+ Provisions réglementées	1 514 143	1 915 143	2 280 832	2 519 792	2 331 350	2 438 972
<b>= Fonds propres élargis</b>	<b>21 117 219</b>	<b>24 074 867</b>	<b>30 827 443</b>	<b>27 705 332</b>	<b>29 269 465</b>	<b>27 738 026</b>
+ Dettes financières	29 605 698	31 697 677	36 071 284	33 972 365	34 916 588	34 152 566
<b>= Ressources stables (a)</b>	<b>50 722 917</b>	<b>55 772 543</b>	<b>66 898 727</b>	<b>61 677 697</b>	<b>64 186 053</b>	<b>61 890 592</b>
Immobilisations d'exploitation	44 459 269	51 467 916	61 258 604	61 039 843	58 919 950	58 344 244
+ Immobilisations financières	43 451	122 451	122 451	122 451	122 451	122 451
<b>= Actif immobilisé (b)</b>	<b>44 502 720</b>	<b>51 590 367</b>	<b>61 381 055</b>	<b>61 162 294</b>	<b>59 042 401</b>	<b>58 466 696</b>
<b>Fonds de roulement (a-b=c)</b>	<b>6 220 197</b>	<b>4 182 176</b>	<b>5 517 672</b>	<b>515 403</b>	<b>5 143 651</b>	<b>3 423 896</b>
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>28,11</i>	<i>18,08</i>	<i>23,27</i>	<i>2,02</i>	<i>19,25</i>	<i>12,6</i>

Source : Comptes financiers

<sup>43</sup> Les créances dites « de l'article 58 », correspondant aux montants restant à recouvrer au titre des déductions opérées en vertu de l'article R. 174-1-9 du code de la sécurité sociale, ne sont pas intégrées dans ce bilan.

Entre 2011 et 2016, le FDR diminue fortement : il est pratiquement divisé par deux sur la période. Entre 2013 et 2016, cette diminution du fonds de roulement (de 2 M€ en valeur absolue, soit 38 %) intervient en dépit d'une diminution de la valeur des actifs immobilisés (de 2,9 M€). Cette situation doit être reliée à l'existence d'un point de rupture, entre 2013 et 2014, au cours duquel les fonds propres de l'établissement (près de 26 M€ en 2013, 20 M€ en 2014) ont servi à financer la construction d'une immobilisation (le centre de gérontologie). Plus de 10 M€ d'actifs immobilisés ont été enregistrés entre 2013 et 2014. Au cours de cette période, l'établissement a donc autofinancé la construction d'une telle structure, ce qui s'est traduit par une réduction drastique de ses réserves.

L'absence de recours à l'emprunt était motivée par deux éléments. D'une part, elle découlait de l'injonction (orale) émise par l'ARS à la direction de l'établissement, de ne pas recourir à l'emprunt au cours de cette période<sup>44</sup> ; en effet, depuis 2015, l'établissement est soumis au contrôle de l'agence régionale de santé pour la souscription de nouveaux emprunts (conformément à l'article D. 6145-70 du code la santé publique). D'autre part, cette absence de recours à l'emprunt, pour un tel investissement découlait de la volonté du chef d'établissement de ne pas faire supporter la charge d'amortissement d'un emprunt par le prix de journée (et donc le reste à charge) des résidents accueillis.

### 3.5.1.3. L'existence d'un excédent en fonds de roulement

L'évolution du besoin en fonds de roulement (BFR), entre 2011 et 2016, est erratique. Entre 2011 et 2012, puis en 2014 et dans une moindre mesure en 2016, l'exploitation de l'établissement hospitalier de Narbonne génère des ressources (ou BFR négatif), là où une gestion classique engendre un besoin de financement.

**tableau n° 41 : Évolution du besoin en fonds de roulement (2011-2016)**

(En €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Besoin en fonds de roulement net global (+) ou excédent en fonds de roulement (-)	- 2 169 337	- 6 416 635	192 888	- 2 381 330	3 936 326	- 171 562

Source : Comptes financiers

L'exploitation de l'hôpital de Narbonne, hormis en 2013 et 2015, a généré un excédent de BFR du fait du décalage entre le recouvrement des créances et le paiement des sommes dues aux fournisseurs. Cette situation est atypique, et présente même des risques d'irrégularité au regard du respect des délais de paiement de la commande publique. Le BFR représente le besoin de financement qui naît logiquement du cycle d'exploitation, les factures des fournisseurs étant généralement payées avant que les clients ne paient leurs dettes. Le tableau ci-dessous détaille, pour l'exercice 2016, la couverture des créances sur les usagers de l'hôpital, par les dettes d'exploitation de l'établissement. Les dettes générées par l'exploitation (auprès des fournisseurs, de l'administration fiscale et de l'URSSAF) permettent de dégager des ressources couvrant les créances de l'établissement en attente de paiement.

<sup>44</sup> Cf. échange téléphonique du 2 octobre 2017.

**tableau n° 42 : La couverture des créances usagers par les dettes d'exploitation génère des ressources (2016)**

(En €)	2016
Créances sur usagers <sup>45</sup>	15 632 055
- dettes fournisseurs <sup>46</sup>	9 194 617
- dettes fiscales et sociales	6 019 545
- avances reçues	948 625
<b>= Besoin (+) ou Excédent de financement (-) liés à l'exploitation</b>	<b>- 530 732</b>

Source : Compte financier

Il convient toutefois de tenir compte de la situation particulière de l'établissement, dont l'activité estivale génère des pics de dépenses de façon irrégulière dans l'année.

#### 3.5.1.4. Une situation liée notamment à l'activité saisonnière de l'établissement

L'hôpital de Narbonne connaît une activité saisonnière importante, liée aux déplacements de populations durant la période estivale. Cette caractéristique a des impacts sur la situation de trésorerie de l'établissement, comme le signale l'utilisation qui est faite des lignes de trésorerie.

Le tableau figurant à l'annexe 10 « : Mouvements intervenus sur la ligne de trésorerie adossée au contrat n° XU 00144543 (Crédit agricole) », détaille les mouvements intervenus dans le cadre du contrat de prêt « revolving » contracté en 2010 auprès du Crédit agricole (contrat référencé « Convention du 16/11/2010 »). Il met en exergue une mobilisation de la ligne de trésorerie en fin d'exercice (avec des tirages en décembre) et, à compter de 2013, pendant la période estivale. Cette situation se retrouve dans l'étude des flux financiers concernant le contrat n° XU 00144543 contracté auprès du Crédit agricole (détaillés dans l'annexe 6).

#### 3.5.1.5. Une pratique subie de gestion de trésorerie à flux tendu

Le concept de trésorerie zéro vise à une optimisation du niveau de cash disponible qui ne doit être ni positif (donc non placé) ni négatif (générant des frais financiers).

Au cas présent, il ressort de la gestion de la trésorerie de l'établissement par le comptable public, qu'il tend à mettre en place un bon phasage entre les décaissements et les encaissements. Or, cette pratique ne s'assimile pas à celle d'une trésorerie volontairement lissée. En effet, elle se traduit par des délais de paiement particulièrement importants (taxe sur les salaires de septembre 2016 soldée en décembre 2016) et des demandes d'échéanciers récurrentes, notamment auprès de l'URSSAF : à compter de l'exercice 2016, a été mis en place une procédure de suivi de la trésorerie de l'établissement de Narbonne, par le comité régional de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé (COREVA). Le document transmis à la chambre, de la situation fin juin 2017, fait état des éléments suivants, qui mentionnent bien les difficultés qu'à l'établissement pour régler ses factures :

<sup>45</sup> Créances sur hospitalisés en consultants + caisse de sécurité sociale + départements + autres tiers payants + autres redevables + créances admises en non-valeur - dépréciation des comptes de tiers.

<sup>46</sup> Dettes fournisseurs et fournisseurs d'immobilisations.

**tableau n° 43 : Situation de trésorerie au 01/06/2017**

Solde au compte au Trésor		Restes à payer		
01/06/2017	450 149 €	01/06/2017	4 323 874 €	Dont fournisseurs : 3 716 439 €

Source : Comité régional de veille

### 3.5.2. La dette

#### 3.5.2.1. Le retraitement nécessaire de l'encours de dette « revolving »

Une erreur, déjà mentionnée *supra*, grève l'encours de dette inscrit dans les comptes financiers, s'agissant des contrats de prêts « revolving ». La comparaison avec les données dont dispose le cabinet conseil de l'établissement (Finance Active) permet de relever que l'erreur (présence constante d'une somme de 5,4 M€ en plus dans les comptes financiers) correspond à une écriture antérieure à la période sous revue.

**tableau n° 44 : Évolution comparée de l'encours de dette « revolving » au 31/12/N**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Comptes financiers <sup>47</sup> (1)	12 078 941	11 269 150	10 835 583	10 402 017	9 968 450	9 534 883
Finance Active <sup>48</sup> (2)	6 681 216	5 871 425	5 437 858	5 004 292	4 570 725	4 137 158
(1)-(2)	5 397 725	5 397 725	5 397 725	5 397 725	5 397 725	5 397 725

Source : Comptes financiers et Finance Active

Au 31 décembre 2016, l'encours réel de la dette « revolving », tableaux d'amortissement à l'appui, est bien de 4 137 158 €. C'est ce chiffre qui sera donc retenu dans l'analyse ci-dessous.

**tableau n° 45**

Contrats	Prêteurs	Date de réalisation	Encours détenu au 31/12/2016 en €
BBVA CX	BBVA	1998	-
000064	Crédit agricole	2004	3 033 158
Revo.2.257.347E	Société générale	2006	-
Convention du 16/11/2010	Crédit agricole	2010	1 104 000
Total en €			4 137 158

Source : Contrats et Finance Active

3.5.2.2. Un taux d'intérêt moyen plus élevé que la moyenne des établissements de taille équivalente, en raison de la présence de contrats anciens

Avec un taux d'intérêt moyen de 2,87 % au 31 décembre 2016, l'établissement se situe bien au-delà de la moyenne des établissements de taille comparable<sup>49</sup> (1,39 %). Pour autant, la durée de vie moyenne des emprunts est inférieure à celle des établissements de taille équivalente.

**tableau n° 46 : État de la dette : comparaison avec des structures de taille équivalente**

	Taux moyen (Ex Annuel)	Durée de vie moyenne
<b>CH de Narbonne</b>	<b>2,87 %</b>	<b>10 ans et 1 mois</b>
CH > 70 M€	1,39 %	15 ans et 4 mois

Source : Finance Active

<sup>47</sup> Solde du compte 16441.

<sup>48</sup> « Revolving consolidé ».

<sup>49</sup> Observatoire Finance Active des établissements de santé (2017).

Cette moyenne pondérée de taux, plus élevée à hauteur de 1,6 point, que celle des établissements de strate équivalente, s'explique par l'ancienneté d'un nombre significatif de contrats de prêts à taux fixes, moins favorables que les taux bas actuels du marché. Fin 2016, l'établissement disposait de 26 contrats en cours, dont le détail, par type de taux, est présenté ci-dessous :

**tableau n° 47 : Emprunts par structure de taux au 31 décembre 2016**

Type	Encours	% d'exposition	Taux moyen
Fixe	19 910 437 €	58,20 %	3,75 %
Variable	7 003 158 €	20,47 %	0,94 %
Livret A	5 944 404 €	17,38 %	1,81 %
Barrière avec multiplicateur	1 353 995 €	3,96 %	4,45 %
Ensemble des risques	34 211 995 €	100,00 %	2,87 %

Source : Finance Active

### 3.5.2.3. Une dette peu exposée aux risques de taux

La dette du CH de Narbonne est détenue par cinq prêteurs, parmi lesquels la Société générale et Arkéa (filiale du Crédit mutuel), qui représentent près de la moitié de l'encours de dette fin 2016. À cette même période, la structure de risque de taux était majoritairement à taux fixes ou variables simples (plus de 90 % de l'encours), tandis que l'établissement disposait d'un seul emprunt structuré (dont l'extinction est proche). Cette structure de risque de dette limitée est conforme à la moyenne des établissements hospitaliers<sup>50</sup>.

#### ***La dette à taux fixe***

Plus de la moitié de l'encours est classé dans la catégorie des dettes à taux fixe (classés 1A, niveau le moins risqué, dans la charte dite Gissler), sans risque majeur particulier autre que de ne pas bénéficier de la courbe actuellement descendante des taux. Le centre hospitalier de Narbonne a, certes, récemment profité de la baisse des taux d'intérêt, mais la majeure partie de son encours (ancien) demeure à des taux plus élevés. Enfin, pour mémoire, quatre emprunts ont été souscrits à taux 0 % avec la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), dont l'encours au 31 décembre 2016 est relativement limité.

#### ***La dette à taux variable***

La chambre a procédé à l'analyse, emprunt par emprunt, des modalités de remboursement et des flux financiers relatifs aux trois contrats souscrits à taux variables. Celles-ci apparaissent globalement favorables à l'établissement qui a bénéficié de la courbe actuellement descendante des taux. En prenant pour référence l'Euribor 3 mois, l'établissement ne prend pas le risque de devoir acquitter, hors marge de l'organisme prêteur, des charges financières à des taux qui s'écarteraient significativement des taux de marché. Ce choix peut s'analyser comme un coût d'opportunité.

L'établissement a, au cours de la période sous revue, bénéficié de la courbe descendante des taux interbancaires dans la Zone euro.

<sup>50</sup> Observatoire Finance Active (2017), p. 16.

### ***Les emprunts « revolving »***

Les crédits « revolving » sont des emprunts assortis d'une ligne de trésorerie. Ils associent un emprunt à long terme classique et l'ouverture de droits de tirage comparables à une ligne de trésorerie. S'ils constituent une catégorie particulière de contrats (les mouvements infra-annuels dont ils sont à l'origine n'étant pas analysés par la doctrine comme des emprunts classiques, de long terme), ils peuvent renseigner toutefois sur les difficultés de trésorerie croissantes rencontrées par l'établissement hospitalier.

Par une convention signée le 16 novembre 2010, l'établissement a souscrit auprès du Crédit agricole un emprunt « revolving » aux caractéristiques suivantes :

Référence banque	Prêteur	Capital souscrit initialement (en €)	Année de réalisation	Modalité de définition du taux	Montant restant dû au 31/12/2016	Date de fin
Convention du 16/11/2010	Crédit agricole	2 760 000	2010	En fonction de l'index retenu au moment du tirage	1 104 000	2020

Source : Contrat

La ligne de trésorerie annexée au contrat a été utilisée régulièrement entre fin 2010 et fin 2015, puis ne sera plus mouvementée, conformément aux conditions prévues au contrat (voir annexe 11). À compter du 21 décembre 2015, les mouvements constatés sont ceux d'un emprunt classique, avec remboursement du capital restant en attente et versement d'intérêts.

### ***Le contrat Crédit Agricole n° XU 00144543***

Référence banque	Prêteur	Capital souscrit initialement (en €)	Année de réalisation	Modalité de définition du taux	Montant restant dû au 31/12/2016	Date de fin
XU 00144543	Crédit agricole	4 727 000	2004	En fonction de l'index retenu au moment du tirage	3 033 158	2036

L'analyse des flux liés à l'utilisation de ce contrat met en exergue, sur une période longue d'observation (2004-2013), des difficultés de trésorerie (détails 2011-2013 en annexe 12) :

- en fin d'exercice, donnant lieu à des tirages fin décembre N et des remboursements début janvier N + 1 ;
- pendant la période estivale.

Après 2013, et jusque fin 2015, les tirages de trésorerie s'étalent en cours d'exercice, et donnent lieu à des remboursements plus tardifs. Cette situation, dans laquelle la ligne de trésorerie correspondant à ce contrat est employée comme un mode de financement pérenne, ne donnant pas lieu à remboursement dans l'année, témoigne des tensions de trésorerie au sein de la structure.

## *La dette structurée au 31 décembre 2016*

### *Le contrat DEXIA n° MPH259201EUR*

Au 31 décembre 2016, l'encours de dette de l'hôpital de Narbonne comprend un emprunt classé dans la catégorie des dettes structurées (deux phases de remboursement et index sur une valeur spéculative), dont les caractéristiques sont les suivantes :

Référence banque	Prêteur	Capital souscrit initialement	Année de réalisation	Modalité de définition du taux	Montant restant dû au 31/12/2016	Date de fin
MPH259201EUR	SFIL (DEXIA)	3 384 368 €	2008	(Voir ci-dessous)	1 353 995 €	2020

Ce contrat a été signé pour refinancer le capital restant dû d'un contrat plus ancien (référéncé : MIN232957EUR). Il comprend deux phases de remboursement (2008-2010 et 2010-2020), selon le descriptif ci-dessous détaillé :

- Phase 1 : taux fixe 4,39 % / an ;
- Phase 2 (à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010) : le taux d'intérêt annuel est calculé par référence à l'évolution d'un indice, selon la formule suivante :

- Si EURIBOR 12 mois < ou = 6,00 % → 4,39 % Si EURIBOR 12 mois > 6,00 % → 4,39 % - 5x (EURIBOR 12 mois - 6,00 %)
---

*Source : Contrat*

Au cours de la période sous revue, en raison des conditions de marché favorables aux taux bas, le taux d'intérêt est toutefois resté stable à 4,39 %.

tableau n° 48 : Échéancier du contrat n° MPH259201EUR

Date	CRD début de période	Capital amorti	Intérêts	Taux d'intérêt
01/05/2011	2 948 488,32 €	234 418,31 €	131 236,40 €	4,39 %
01/05/2012	2 714 070,01 €	246 139,23 €	121 133,47 €	4,39 %
01/05/2013	2 467 930,78 €	258 446,19 €	109 846,91 €	4,39 %
01/05/2014	2 209 484,59 €	271 368,50 €	98 343,55 €	4,39 %
01/05/2015	1 938 116,09 €	284 936,93 €	86 265,01 €	4,39 %
01/05/2016	1 653 179,16 €	299 183,78 €	73 784,14 €	4,39 %
01/05/2017	1 353 995,38 €	314 142,97 €	60 265,96 €	4,39 %

Source : Finance Active

**Le contrat Société générale n° 000068 Ream (sécurisation en taux fixe)**

Ce contrat a été souscrit en 2006, aux conditions suivantes :

Référence banque	Prêteur	Capital souscrit initialement	Année de réalisation	Modalité de définition du taux	Montant restant dû au 31/12/2016	Date de fin
000068 Ream	Société générale	9 780 174	2006	Taux fixe 3,36 % si Spread CMS EUR 10 ans (Postfixé) <sup>51</sup> - CMS EUR 02 ans(Postfixé) >= 0,15 %  Sinon (5,96 % - 5 x spread)	-	2037

Source : Contrat

Le taux est resté uniforme (3,36 %) tout au long de la période courant de 2011 à 2015. En 2015, le contrat a été renégocié, aux conditions suivantes :

Modalité de définition du taux	
Avant 2015	À la renégociation du contrat
Taux fixe 3,36 % si Spread CMS EUR 10 ans (Postfixé)-CMS EUR 02 ans (Postfixé) ≥ 0,15 % Sinon (5,96 % - 5 x spread)	Taux fixe : 3,99 %

Source : Avenant au contrat

L'établissement, en échange du passage à un taux fixe correspondant à une sécurisation du contrat, a accepté de payer une quasi-soulte correspondant à la différence entre le taux antérieur de 3,36 %, et le nouveau taux de 3,99 %. À la signature du contrat le 22 octobre 2015, le coût de sortie de l'emprunt complexe initial est donc l'équivalent d'un emprunt à taux fixe de 0,63 % sur le capital restant dû (1 575 000 €).

Ce nouveau taux ne correspond certes pas aux conditions de marché au moment de la renégociation. En 2015, en effet, les établissements publics de santé de plus de 70 M€ de budget (catégorie correspondant à celle du CH de Narbonne) ont emprunté à un taux moyen de 2,04 %<sup>52</sup>. Pour autant, l'existence d'un contrat structuré dans son encours de dette, avec un coefficient multiplicateur (cinq fois l'écart entre CMS 10 ans - CMS 2 ans), et sur une période longue (extinction de la dette 17 ans après la renégociation), faisait courir un risque important à l'hôpital. Tous ces éléments ont guidé l'importante réflexion menée sur ce dossier par l'établissement avec l'appui de son conseil.

<sup>51</sup> Le CMS (*Constant Maturity Swap*) 10 ans est un taux de swap, sur une maturité de 10 ans, qui s'échange contre les EURIBOR 6 mois sur la même maturité de 10 ans.

<sup>52</sup> Finance Active, *Observatoire 2016*, p. 6.

### 3.5.2.4. Les ratios d'endettement au 31 décembre 2016

#### *Les ratios de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique (CSP)*

Conformément à l'article D. 6145-70 du CSP, le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé pour la souscription de tout nouvel emprunt : le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ; la durée apparente de la dette excède dix ans ; l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

#### *Leur application au CH de Narbonne*

Les tableaux suivants présentent le détail du calcul de ces ratios, établis d'après la méthodologie contenue dans le « tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (2003) », confortée en 2012 par une circulaire interministérielle<sup>53</sup>, établie conjointement par le ministère de la santé et le ministère de l'économie.

**tableau n° 49 : Détermination du total des produits (toutes activités confondues)**

Solde créditeur comptes de classe 7, hors compte 7087 (en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budget principal	76 564 675	79 998 035	82 369 119	89 001 019	92 960 489	92 953 318
Budget annexe A (DNA)	20 756	20 312	29 260	38 544	27 206	25 773
Budget Annexe B (USLD)	4 204 038	4 600 495	4 606 018	5 036 011	5 173 075	5 251 745
Budget Annexe C (EIFP)	1 523 411	1 655 712	1 659 098	1 665 154	1 311 707	1 622 980
Budget Annexe E (EHPAD)	2 850 103	3 333 504	3 179 892	3 678 300	4 196 364	4 229 235
Budget Annexe N (SIA)	559 592	579 628	594 763	660 756	638 029	631 633
<b>Total</b>	<b>85 722 575</b>	<b>90 187 686</b>	<b>92 438 150</b>	<b>100 079 784</b>	<b>104 306 870</b>	<b>104 714 684</b>

Source : Comptes financiers

À partir de ce tableau, il est ainsi possible de calculer le rapport entre les produits issus de l'activité de prise en charge des personnes âgées dépendantes, et l'activité hospitalière de cet établissement :

<sup>53</sup> Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DB/Dgfp n° 2012-195 du 9 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

**tableau n° 50 : Évolution du rapport entre le produit de l'activité de prise en charge des personnes âgées dépendantes et le produit de l'activité hospitalière.**

Solde créditeur comptes de classe 7, hors compte 7087 (en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budgets Annexes B (USLD) et E (EHPAD) (1)	7 054 141	7 933 999	7 785 910	8 714 311	9 369 439	9 480 980
Budget principal (2)	76 564 675	79 998 035	82 369 119	89 001 019	92 960 489	92 953 318
(1) / (2)	9,2 %	9,9 %	9,5 %	9,8 %	10,1 %	10,2 %

Source : Comptes financiers

Il ressort de ce calcul qu'en dépit d'un investissement massif autofinancé, déjà évoqué, intervenu dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les produits perçus au titre de cette activité sont restés relativement constants, pendant la période 2011-2016 (ne gagnant qu'un point de pourcentage au cours de ces six exercices).

**tableau n° 51 : Détermination des soldes intermédiaires**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (non retraité)
Encours de dette au 31/12/N <sup>54</sup>	29 605 698	31 697 677	36 071 284	33 972 364	34 916 588	34 152 566
Capitaux permanents <sup>55</sup>	64 331 249	68 637 813	78 400 491	70 741 440	71 135 750	75 060 393
CAF brute <sup>56</sup>	4 278 875	4 662 884	3 534 448	3 368 496	2 290 374	1 181 906
Total des produits tous budgets <sup>57</sup>	85 722 575	90 187 686	92 438 150	100 079 784	104 306 870	104 714 684

Source : Comptes financiers

S'agissant sinon des ratios proprement dits de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, l'hôpital se trouve, à compter de 2013, dans une situation qui justifie le régime d'autorisation du recours à l'emprunt. Les pièces transmises par l'ARS mentionnent la mise en œuvre de ce mécanisme durant l'année 2014, après clôture des comptes de 2013, par un courrier du 24 juillet 2014 adressé à l'établissement à l'occasion de l'examen de l'EPRD 2014 et du PGFP 2014-2017.

<sup>54</sup> Les dettes à long terme correspondent ici aux emprunts et dettes assimilées (solde du compte 16 en fin de période), desquels sont déduits les intérêts courus (compte 1688).

<sup>55</sup> Capitaux permanents = fonds propres + provisions pour risques et charges + dettes à moyen et long terme, soit le solde des comptes 10 à 16 (hors comptes 12 et 1688).

<sup>56</sup> La CAF brute correspond ici à la somme des résultats des comptes de résultat principal et annexes, augmentée des soldes débiteurs des comptes 675 (« Valeurs comptables des éléments d'actifs cédés ») et 68 (« Dotations aux amortissements »), et diminuée des soldes créditeurs des comptes 775 (« produits de cession d'éléments d'actifs »), 777 (« quote-part des subventions virée au résultat ») et 78 (« reprises sur dépréciations et provisions »).

<sup>57</sup> Produits de l'activité = (somme des soldes créditeurs des comptes de classe 7 des comptes de résultats principal et annexes) – compte 7087 (« remboursement de frais par le CRPP et/ou le CRPA »).

**tableau n° 52 : Ratios d'endettement**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ratio d'indépendance financière	46 %	46 %	46 %	48 %	49 %	46 %
Durée apparente de la dette	7 ans	6,8 ans	10,2 ans	10,1 ans	15,2 ans	29,7 ans
Encours de dette / total des produits (toutes activités)	35 %	35 %	39 %	34 %	33 %	33 %
Déclenchement procédure ?	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

Source : Comptes financiers

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

Conformément aux critères de déséquilibre financier des établissements publics de santé, rappelés à l'article D. 6143-39 du code de la santé publique, au vu desquels la directrice générale de l'agence régionale de santé demande un plan de redressement, l'établissement se dirige vers une situation qui nécessitera à court terme la mise en œuvre d'un plan de redressement (article L. 6143-3 du code de la santé publique). L'analyse des ratios de l'établissement pour la période sous revue permet de relever que ce plan aurait dû être initié en 2015, au vu des résultats de clôture de l'exercice 2014, même si le contexte caractérisé par une crise de gouvernance alors rencontrée par l'établissement, rendait plus difficile de fédérer l'ensemble des personnels autour d'un tel projet.

**tableau n° 53 : Les critères du déséquilibre financier de l'article D. 6143-39 CSP appliqués au CH de Narbonne**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 <sup>er</sup> critère : résultat déficitaire / total des produits du CR principal	Excédent	Excédent	Excédent	Excédent	Excédent	2,3 %
2 <sup>ème</sup> critère : CAF / total des produits (toutes activités)	5 %	5 %	4 %	3 %	2 %	<b>1 %</b>
3 <sup>ème</sup> critère : CAF <sup>58</sup> montant du remboursement en capital des emprunts	Non	Non	Non	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>

Source : Comptes financiers

Au 1<sup>er</sup> octobre 2017, l'arrivée d'un nouveau directeur général provoquée par l'ARS est susceptible de permettre à l'établissement de s'engager dans la négociation d'un plan de rétablissement de l'équilibre (PRE) financier. L'actuel directeur, dans sa réponse, précise qu'un PRE sera élaboré d'ici à fin juin 2018, conjointement avec l'ARS d'Occitanie. Dans ce cadre,

<sup>58</sup> L'article D. 6143-39 du code de la santé publique dispose notamment que : « 3° La capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts figurant dans le tableau de financement mentionné à l'article R. 6145-13, compte non tenu des remboursements infra-annuels sur les emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie ». Aussi, et conformément à ce que prévoit l'instruction n° 09-003-M21 du 16 février 2009 du ministère du budget, le remboursement en capital des emprunts pris en compte pour la détermination du 3<sup>ème</sup> critère de déséquilibre financier figurant au 3° de l'article D. 6143-39 correspond au remboursement du capital contractuel des emprunts, donc celui des échéanciers d'amortissement du capital des emprunts en vie. Il ne tient donc pas compte des remboursements effectués à l'initiative de l'établissement au-delà des échéances contractuelles, pour les emprunts avec option sur une ligne de trésorerie (compte 16449), même si ces derniers font l'objet, conformément aux orientations de la M21 d'une consolidation en clôture d'exercice. En effet, « ce volant de remboursements supplémentaires de trésorerie ne correspond pas à un signal de déséquilibre financier et est susceptible de donner lieu à de nouvelles opérations de tirages puis remboursements infra-annuels de trésorerie dans les mois suivants la clôture d'exercice, dans la limite de l'encours contractuel restant ».

l'objectif sera notamment de restaurer l'épargne brute du budget principal pour retrouver un taux d'épargne brute compris entre 4,5 % et 6 %.

### 3.6. Les perspectives

#### 3.6.1. L'établissement ne rencontre pas de difficultés de recours à l'emprunt

En 2017, l'établissement a souscrit deux nouveaux contrats d'emprunt, dont les caractéristiques sont détaillées ci-dessous :

tableau n° 54

Référence banque	Prêteur	Capital souscrit initialement	Date de réalisation	Modalité de définition du taux	Montant restant dû au 27/09/2017 en €	Date de fin
8948181 / 4963765	Caisse d'épargne	1 500 000 €	20/07/2017	Taux fixe : 1,01 %	1 500 000	2027
8948183 / 4963768	Caisse d'épargne	1 500 000 €	20/07/2017	Taux fixe : 1,95 %	1 500 000	2042
Moyenne de taux et de durée souscrits par les EPS <sup>59</sup> en 2016				1,44 %	-	16 ans

Source : Contrats et observatoire 2017 Finance Active

L'hôpital de Narbonne a donc bénéficié de taux bas, pour des contrats souscrits pour des périodes aussi bien courtes (10 ans) que longues (25 ans, correspondant à une prise de risque augmentée de la part du prêteur). Ces caractéristiques témoignent de la « bonne image » que la banque a de la situation financière de l'établissement.

#### 3.6.2. L'EPRD 2017 présente néanmoins une dégradation des indicateurs financiers

3.6.2.1. Les prévisions budgétaires pour 2017 reflètent une situation aggravée

##### *La validation de l'EPRD par l'ARS*

Conformément à l'article R. 6145-29 du code de la santé publique, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est transmis au directeur général de l'ARS au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier de l'année à laquelle il se rapporte. L'ARS Occitanie a, par une première décision datée du 27 janvier 2017, rejeté la version initiale de l'EPRD 2017 du CH de Narbonne, notamment en raison de l'insincérité des prévisions de recettes du titre 1. Une nouvelle version a été élaborée et validée en avril 2017, avec cette particularité qu'une décision modificative (DM) a été instruite « à titre dérogatoire »<sup>60</sup>. Les éléments présentés ci-après ressortent de cette DM n° 1.

##### *Le budget principal se trouve à nouveau en déséquilibre du fait de l'aggravation des difficultés*

La version définitive de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) a été approuvée (2<sup>ème</sup> version) le 12 avril 2017 par l'ARS. Les prévisions de recettes et de dépenses réalisées par l'établissement ont été établies sur la base des constats relevés en début d'exercice

<sup>59</sup> Établissements publics de santé.

<sup>60</sup> Cf. courrier ARS n° 2017-1750.

(janvier et février 2017). En 2017, l'établissement est de manière prévisionnelle confronté à de nouvelles difficultés : dans cette prévision, si les produits liés à l'activité augmentent notablement (3 % par rapport à 2016), les charges de personnel augmentent plus légèrement (+ 1 %).

**tableau n° 55 : Comparaison entre compte de résultat réalisé (2016) et prévisionnel (2017) principal**

Charges en €			Produits en €		
Intitulé	Net constaté en 2016	EPRD 2017 DM n° 1	EPRD 2017 DM n° 1	Net constaté en 2016	Intitulé
Titre 1 : Charges de personnel	64 243 786	65 006 041	74 908 627	72 718 606	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	17 340 564	17 567 542	8 034 000	7 854 065	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	8 409 943	8 171 898	12 664 908	15 155 110	Titre 3 : Autres produits
Titre 4 : Charges d'amortissement, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	7 913 818	7 088 462	-	-	-
Total des charges	97 908 111	97 833 944	95 607 535	95 727 782	Total des produits
Résultat prévisionnel (excédent)			2 226 409	2 180 330	Résultat prévisionnel (déficit)

Source : EPRD 2017, décision modificative n° 1

À ce stade, l'impact sur le résultat n'a pas été mesuré, car les projections de l'hôpital ne prennent pas en compte le poste des provisions (car il s'agit d'opérations qui interviennent en fin d'exercice). Toutefois, il est possible d'évaluer la moyenne de ces dotations, pour la période sous revue (1 070 330 €).

**tableau n° 56 : Évolution des dotations aux provisions du budget H**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dotations aux provisions sur CET <sup>61</sup>	130 000	385 000	223 000	0 <sup>62</sup>	373 603	806 300
+ Autres dot. pour risques et charges d'exploitation <sup>63</sup>	606 625	431 032	867 199	1 344 313	655 058	632 680
	736 625	816 032	1 090 199	1 344 313	1 028 661	1 406 150

Source : Comptes financiers

De telle sorte que le titre 4 du budget H pour 2017 se trouverait alourdi de 558 130 €<sup>64</sup>.

<sup>61</sup> Compte 68153.

<sup>62</sup> Aucun mouvement constaté au compte 68153 (« Dotations aux provisions pour charges de personnel liées au CET »).

<sup>63</sup> Compte 68151 (« Dotations aux provisions pour risques ») et compte 68158 (« Dotations aux autres provisions pour charges »).

<sup>64</sup> 1 070 330 € (provisions annuelles moyennes constatées entre 2011 et 2016) – 512 200 € (provisions inscrites par l'établissement au titre des prévisions de son EPRD définitif).

**tableau n° 57 : Retraitement des charges du titre 4 pour 2017 (Budget H)**

Charges en €			
Intitulé	Net constaté en 2016	EPRD 2017 DM n°1	Prévisions CRC
Charges financières	857 882	868 293	868 293
Charges exceptionnelles	277 071	133 000	133 000
- annulation de titres sur exercices antérieures	157 204	100 000	100 000
- charges sur exercices antérieurs	118 710	30 000	30 000
- intérêts moratoires	1 157	3 000	3 000
Charges d'amortissement	5 292 280	5 509 549	5 509 549
Provisions	1 422 565	512 200	1 070 330
<b>TITRE 4</b>	<b>7 849 798</b>	<b>7 023 042</b>	<b>7 581 172</b>

Source : Comptes financiers

Ainsi, à partir de cette nouvelle donnée, le déficit prévisionnel de l'établissement s'établirait à 2,8 M€, soit un déficit plus élevé, d'un quart, que celui de 2016 :

**tableau n° 58 : Comparaison retraitée entre compte de résultat réalisé (2016) et prévisionnel (2017) principal**

Charges en €			Produits en €		
Intitulé	Net constaté en 2016	EPRD 2017 DM n°1	EPRD 2017 DM n°1	Net constaté en 2016	Intitulé
Titre 1 : Charges de personnel	64 243 786	65 006 041	74 908 627	72 718 606	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	17 340 564	17 567 542	8 034 000	7 854 065	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	8 409 943	8 171 898	12 664 908	15 155 110	Titre 3 : Autres produits
Titre 4 : Charges d'amortissement, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	7 913 818	<del>7 088 462</del> <b>7 581 172</b>			
Total des charges	97 908 111	<del>97 833 944</del> <b>98 326 653</b>	95 607 535	95 727 782	Total des produits
Résultat prévisionnel (excédent)			<del>2 226 409</del> <b>2 719 118</b>	2 180 330	Résultat prévisionnel (déficit)

Source : EPRD 2017, décision modificative n° 1 et CRC

Les résultats définitifs 2017, s'ils ne sont pas encore totalement stabilisés à la date de formulation par la chambre des observations définitives, ont été appréhendés au vu des éléments de réponse complémentaires émanant de l'établissement, et des extractions disponibles au 10 avril 2018 dans le logiciel Anafi M21 des juridictions financières. Ces éléments sont largement concordants : ils indiquent que le déficit du budget H sera sensiblement plus important que celui, précité, de 2,8 M€, prévu par l'établissement au stade de sa décision budgétaire modificative n° 1 à l'EPRD 2017 : il devrait excéder 4,8 M€.

### Les prévisions sur les budgets annexes

Elles appellent les commentaires suivants :

#### Le budget annexe B (USLD)

Le compte de résultat prévisionnel 2017 est marqué par une accentuation du déficit (+ 67 % par rapport à 2016), liée à l'augmentation des charges de personnel (6 %), en lien notamment avec l'absentéisme (voir *infra*).

**tableau n° 59 : Comparaison entre compte de résultat réalisé (2016) et prévisionnel (2017) sur le budget annexe USLD**

Intitulé	Charges en €		Produits en €		Intitulé
	Net constaté en 2016	EPRD 2017 DM n°1	EPRD 2017 DM n°1	Net constaté en 2016	
Titre 1 : Charges de personnel	3 578 781	3 791 850	2 354 818	2 444 818	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	83 930	87 545	852 131	707 323	Titre 2 : Produits afférents à la dépendance
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	1 184 605	1 144 944	1 735 529	1 847 174	Titre 3 : produits de l'hébergement produits
Titre 4 : Charges d'amortissement, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	671 662	521 272	184 316	269 016	Titre 4 : Autres produits
Total des charges	5 518 978	5 546 611	5 126 794	5 268 332	Total des produits
Résultat prévisionnel (excédent)	-	-	419 817	250 646	Résultat prévisionnel (déficit)

Source : EPRD 2017, décision modificative n° 1

Comme indiqué par l'établissement<sup>65</sup>, si les effectifs du personnel non médical (PNM) sont stables sur la période 2016-2017 (avec respectivement 83,76 ETPR et 83,46 ETPR), le glissement vieillesse-technicité<sup>66</sup> est de + 2,4 %. Pour l'établissement, cette situation est à relier aux effets du protocole dit PPCR<sup>67</sup>, qui se traduit par une augmentation des charges de personnel en 2017 (1,8 %), comme détaillé dans le tableau ci-dessous.

**tableau n° 60 : Évaluation prévisionnelle de l'impact du GVT sur l'augmentation de la rémunération du PNM du budget USLD (2017)**

	Titulaires	CDI	CDD	PNM
Évolution des rémunérations	8,9 %	92,3 %	- 37,9 %	<b>1,8 %</b>
Évolutions des ETPR	6,9 %	106,4 %	- 37,2 %	- 0,4 %
Évolution du GVT (T1/ETPR)	2,4 %			

Source : EPRD 2017, DM n° 1 p. 25

La chambre conclut toutefois à un chiffrage différent de l'augmentation prévisionnelle des dépenses de personnel au CH de Narbonne. En effet, en 2016, les réalisations constatées au titre des charges de personnel non médical (3 422 853 €) ont représenté 96 % des charges globales de

<sup>65</sup> EPRD 2017, DM n° 1, p. 24.

<sup>66</sup> Le GVT correspondant à l'augmentation automatique de la rémunération des agents, par la progression indiciaire à l'ancienneté et par les promotions.

<sup>67</sup> Le protocole visant à la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR) a notamment impliqué une restructuration des grilles de rémunération en début de carrière.

personnel de ce budget annexe (3 578 781 €). Pour 2017, l'EPRD (dans sa version définitive issue de la DM n°1) prévoit une dépense globale de 3 791 850 € (Titre 1).

En l'absence de précisions quant à la répartition de cette charge entre les différentes catégories de personnel, elle fait l'hypothèse d'un rapport PNM/PM équivalent à celui de 2016 (96%), soit une dépense de 3 640 176 € consacrée aux seuls PNM.

**tableau n° 61 : Comparaison entre le coût annuel moyen (2016-2017), budget USLD - Version établissement**

	2016	EPRD 2017 DM n°1 correction CRC	Évol. 2014/2016
Titre 1 : Charges de personnel PNM	3 422 853 €	<b>3 640 176 €<sup>68</sup></b>	
ETPR PNM <sup>69</sup>	83,76	83,46	
<b>Coût annuel moyen d'1 ETPR</b>	<b>40 865 €</b>	<b>43 616 €</b>	<b>+ 7 %</b>

*Source : EPRD 2017 DM n° 1, compte financier 2016*

Le tableau ci-dessus, établi à partir des éléments avancés par l'établissement (hors charges de personnel non médical) conduit à une augmentation prévisionnelle du coût annuel moyen pour le centre hospitalier CH, bien supérieure à celle annoncée à l'EPRD (7 % entre 2016 et 2017, et non 1,8 %).

Cette situation est le résultat de la compensation des absences par des contrats de court terme puisque l'établissement doit compenser la vacance de postes liés aux événements suivants (situation au 31 mars 2017) :

- - 2,5 agents en études promotionnelles ;
- - 3 agents (1,7 ETP) en congés de longue maladie ;
- - 3 agents (0,9 ETP) en congés maternité ;
- - 7 agents (3 ETP) en MP/AT > 15 jours.

### ***Le budget annexe E (EHPAD)***

L'EPRD 2017 affiche un résultat prévisionnel déficitaire (il était excédentaire en 2016), qui provient d'une augmentation des charges de personnel (3 %), non compensée entièrement par la baisse des autres postes de dépenses.

<sup>68</sup> Et non 3 104 748 € comme mentionné par l'établissement.

<sup>69</sup> ETPR au 31/03/N.

**tableau n° 62 : Comparaison entre compte de résultat réalisé (2016) et prévisionnel (2017) sur le BA EHPAD**

Charges en €			Produits en €		
Intitulé	Net constaté en 2016	EPRD 2017 DM n°1	EPRD 2017 DM n°1	Net constaté en 2016	Intitulé
Titre 1 : Charges de personnel	2 213 951	2 288 345	1 535 911	1 685 255	Titre 1 : Produits afférents aux soins
Titre 2 : Charges à caractère médical	63 545	86 900	569 112	631 087	Titre 2 : Produits afférents à la dépendance
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	1 144 517	1 181 111	1 789 294	1 692 606	Titre 3 : produits afférents à l'hébergement
Titre 4 : Charges d'amortissement, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	771 370	563 317	202 462	237 295	Titre 4 : autres produits
<b>Total des charges</b>	<b>4 193 382</b>	<b>4 119 673</b>	<b>4 096 774</b>	<b>4 246 243</b>	<b>Total des produits</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>	<b>52 861</b>	<b>-</b>	<b>22 894</b>	<b>-</b>	<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>

Source : EPRD 2017, décision modificative n° 1

### 3.6.2.2. La capacité d'autofinancement et le financement des investissements futurs

#### *Une baisse de 10 % de la CAF*

La CAF diminue de 100 k€, passant de 1,2 M€ en 2016 à 1,1 M€ en 2017. Elle demeure insuffisante pour permettre de couvrir le remboursement des dettes financières (2 370 943 €)<sup>70</sup>.

**tableau n° 63 : Passage du résultat prévisionnel à la CAF prévisionnelle (comparaison réalisations 2016 et prévisions 2017)**

	Charges (en €)		Produits (en €)		
	Réalisations 2016	EPRD 2017 DM n° 1	EPRD 2017 DM n° 1	Réalisations 2016	
<b>Résultat prévisionnel (Excédent)</b>	-	-	<b>2 238 503</b>	-	<b>Résultat prévisionnel (Déficit)</b>
Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	-	-	529 000	-	Produits des cessions d'éléments d'actif
Dotations aux amortissements, dépréciations et aux provisions	-	7 025 748	250 002	-	Quote-part des subventions virée au résultat
	-	-	2 929 018	-	Reprise sur amortissements, dépréciation et provisions
Sous-total 1	-	7 025 748	5 946 524	-	Sous-total 2
<b>Capacité d'autofinancement</b>	<b>1 181 906</b>	<b>1 079 224</b>	-	-	<b>Insuffisance d'autofinancement</b>

Source : DM 2017 n° 1 et compte financier 2016

Appréhendés selon les modalités évoquées *supra*, les résultats 2017 devraient se traduire par un niveau de CAF brute supérieur à 1,6 M€, sensiblement plus favorable, donc, que celui prévu

<sup>70</sup> ARS.

à la DM n° 1 précitée de l'EPRD 2017. Sachant qu'en 2017, le remboursement en capital de la dette s'est élevé à 2 414 620 €, la CAF nette (CAF brute – annuité du remboursement en capital de la dette) de l'hôpital de Narbonne est donc pour la troisième année consécutive négative en 2017, comme elle l'a été en 2015 et en 2016.

### ***Un moindre prélèvement sur le FDR***

Due à une diminution de l'investissement immobilier et à un recours plus important aux emprunts bancaires, cette situation interroge alors que l'établissement « est engagé dans des opérations d'investissement structurantes importantes »<sup>71</sup> (extension des urgences achevée courant 2017, réorganisation du pôle mère-enfant) et souhaite se lancer dans un projet de regroupement de la pédopsychiatrie au sein du quartier « la Coupe ».

**tableau n° 64 : Présentation du financement prévisionnel des investissements**

Emplois (en €)			Ressources (en €)		
	Réalisations 2016	EPRD 2017 DM n°1	EPRD 2017 DM n°1	Réalisations 2016	
<b>Insuffisance d'autofinancement prévisionnelle</b>	-	-	<b>1 079 224</b>	<b>1 181 906</b>	<b>Capacité d'autofinancement prévisionnelle</b>
Titre 1 : remboursement des dettes financières	2 264 022	2 370 943	3 000 000	1 500 000	Titre 1 : emprunts
Titre 2 : Immobilisations	5 718 196	3 217 266	-	1 030 729	Titre 2 : dotations et subventions
Titre 3 : autres emplois		-	529 000	-	Titre 3 : autres ressources
Total des emplois		5 588 209	4 608 224	3 712 635	Total des ressources
<b>Apport au fonds de roulement</b>	-	-	<b>979 985</b>	<b>4 269 583</b>	<b>Prélèvement sur le fonds de roulement</b>
Total équilibre du tableau de financement	7 982 218	5 588 209	5 588 209	7 982 218	Total équilibre du tableau de financement

Source : DM 2017 n° 1 et compte financier 2016

### **3.6.3. Les pistes**

Comme rappelé plus haut, le besoin en fonds de roulement représente le besoin de financement issu du cycle d'exploitation. Lorsque le BFR fait naître un solde positif, cela signifie que le décalage entre les décaissements (liés au paiement des factures) et les encaissements (liés au recouvrement des dettes sur les patients) s'effectue au détriment des fournisseurs. Cette situation, non tenable à long terme, peut être corrigée, en diminuant les délais d'encaissement clients.

Au 31 décembre 2016, le stock de créances détenues sur la caisse pivot de l'assurance-maladie et sur les patients hospitalisés et consultants externes était évalué à 9 545 265 € (tous budgets de l'établissement confondus). Or, ce stock de créances, qui constitue un composant majeur de l'actif circulant (près de 40 % fin 2016), représente un emploi à financer. En conséquence, la diminution de ce stock (par un recouvrement plus rapide des titres) ferait diminuer le besoin en fonds de roulement. À cette fin, la chambre a élaboré un scénario d'amélioration de la chaîne de recouvrement des titres hospitaliers, applicable au CH de Narbonne.

<sup>71</sup> ARS.

Le compte 673 enregistre l'annulation des titres de recettes émis au cours de l'exercice précédent ou d'un exercice antérieur ; tandis que sur le compte 7721 s'imputent les produits réémis (qui n'ont pu être rattachés à l'exercice courant ou qui se réfèrent à des exercices clos). La comparaison entre ces deux comptes donne un renseignement sur une des marges de manœuvre dont dispose l'établissement pour réémettre des titres de créances à l'encontre de ses débiteurs. Dans le cas d'espèce, il est intéressant de relever qu'avec près de 160 000 € de titres annulés en 2016 (du fait par exemple du rejet par l'assurance maladie des factures qui lui ont été adressées), l'établissement n'a pu réémettre que près de 43 000 € (soit 1/3 seulement des titres concernés).

Par ailleurs, les titres réémis à l'encontre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour des exercices antérieurs (compte 7722) ont représenté une somme de moins de 20 000 € (soit 1/8<sup>ème</sup> des titres annulés), faible montant qui n'est guère surprenant : les établissements publics de santé disposent d'un délai d'un an pour facturer à l'AMO les prestations réalisées sur les assurés sociaux<sup>72</sup>. Passé ce délai de forclusion, les titres ne peuvent faire l'objet de règlement.

**tableau n° 65 : Réémissions de titres sur exercices clos (budget hospitalier seul)**

(en €)	31/12/2016
compte 673 « titres annulés exercices antérieurs »	157 204
compte 7721 « réémissions titres sur exercices clos »	42 825
compte 7722 « produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie »	18 798

Source : *Compte financier 2016*

De cette présentation, il ressort deux constats : en premier lieu, l'établissement dispose d'une marge de manœuvre pour réémettre des titres dont la nouvelle présentation (adressage amélioré, nom du débiteur complété, etc.) facilitera le recouvrement ; en second lieu, les factures émises à l'encontre de l'AMO doivent lui parvenir dans un délai d'un an maximum à compter de la réalisation de la prestation.

Ces deux constats sont complémentaires : la consultation des droits (mis à jour) des assurés sociaux peut permettre l'émission de titres qui feront plus facilement l'objet d'un recouvrement. Ce mécanisme présente plusieurs atouts. Notamment, il peut permettre une réduction du délai de mise en œuvre de la phase précontentieuse.

## ***CONCLUSION INTERMÉDIAIRE***

À la fin de l'exercice 2016, l'établissement se trouvait dans une situation financière dégradée. Or, les signaux d'alerte (notamment les ratios d'épargne brute et d'endettement) sont apparus dès 2013/2014. Les résultats de 2017, non encore totalement stabilisés à ce jour, montrent néanmoins que cette situation perdure. Contactée sur ce point, l'ARS met en avant le manque de transparence de l'établissement sur sa situation (trésorerie) et le manque de lisibilité sur les écritures comptables en matière de dette, qui auraient empêché l'instauration d'un constat partagé.

### **Recommandation**

#### **8. Définir un plan d'amélioration de la facturation. *Non mise en œuvre.***

<sup>72</sup> Article L. 162-25 du code de la sécurité sociale : « [...] l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte. [...] ».

## 4. LES PERSONNELS INFIRMIERS

Cette partie du rapport relève de l'enquête éponyme des juridictions financières.

### 4.1. Les personnels infirmiers à l'hôpital de Narbonne

#### 4.1.1. L'évolution de leur statut a eu des impacts financiers non négligeables

##### 4.1.1.1. Introduction : les apports de la réforme

L'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 a créé le corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés (IGS), de catégorie A, qui doit, à terme, constituer l'unique corps d'infirmier diplômé d'État (IDE) de la fonction publique hospitalière. La réforme reconnaît « le niveau d'analyse et de technicité propres aux infirmiers et aux professions paramédicales et accompagne le développement de leurs missions », vise à offrir « des rémunérations et des pensions plus élevées » et à permettre « de renforcer l'attractivité de ces métiers. »<sup>73</sup>

Les quatre corps antérieurs à 2010<sup>74</sup> continuent d'exister au sein des effectifs des établissements publics de santé (EPS). Par l'exercice d'un droit d'option, les infirmiers déjà en poste lors de la création du nouveau statut, disposaient de la possibilité de rester dans leur corps ou d'un reclassement dans le corps IGS. Pour les infirmiers ayant fait le choix de l'intégration dans le corps des IGS, les conséquences sont multiples. Sur le plan financier, elles se traduisent notamment par l'évolution des grilles indiciaires, aussi bien concernant le nombre d'échelon que les indices, majorés, aux bornes des grilles.

##### 4.1.1.2. Une croissance des effectifs en catégorie A en partie liée à la hausse de l'activité

Au centre hospitalier de Narbonne, les effectifs infirmiers représentent près d'un tiers du personnel soignant (1 219 agents non médicaux<sup>75</sup> en 2016). Ils ont globalement augmenté entre 2011 et 2016.

**tableau n° 66 : Évolution des effectifs infirmiers (budget H)**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011/2016
Nombre d'agents infirmiers	328,65	337,15	335,68	358,20	367,86	375,25	+ 14,18
ETPR infirmiers	314,60	324,92	323,92	347,94	356,86	364,84	+ 15,97 %

Source : Centre hospitalier de Narbonne et CRC

Du fait des départs en retraite d'infirmiers en poste et du recrutement aujourd'hui effectué uniquement dans le corps des IGS, la place des personnels infirmiers de catégorie B au sein des équipes soignantes est naturellement en nette baisse (- 25 % des ETPR de catégorie B, toutes professions d'infirmiers confondues).

<sup>73</sup> Lettre rectificative au projet de loi (n° 1577) relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique, enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 23 février 2009 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2329.asp>

<sup>74</sup> Les effectifs infirmiers se répartissent notamment par catégorie : infirmiers diplômés d'État (IDE) ; infirmier de bloc opératoire (IBODE) ; infirmier anesthésiste (IADE) ; infirmier puériculteur.

<sup>75</sup> Site internet du centre hospitalier de Nanterre.

**tableau n° 67 : Évolution des effectifs infirmiers (en ETPR) selon la catégorie**

Catégorie d'infirmiers - ETPR	2011	2016	Évolution 2011/2016
<b>Infirmiers hors activité psychiatrique et EHPAD (hors IBODE, IADE, puéricultrices)</b>	<b>216,09</b>	<b>249,91</b>	<b>+ 15,65 %</b>
<i>Catégorie A</i>	<i>146,62</i>	<i>197,45</i>	<i>+ 34,67 %</i>
<i>Catégorie B</i>	<i>69,47</i>	<i>52,46</i>	<i>- 24,49 %</i>
<b>Infirmiers exerçant une activité psychiatrique (hors IBODE, IADE, puéricultrices)</b>	<b>48,71</b>	<b>52,56</b>	<b>+ 7,90 %</b>
<i>Catégorie A</i>	<i>24,61</i>	<i>34,31</i>	<i>+ 39,41</i>
<i>Catégorie B</i>	<i>24,10</i>	<i>18,25</i>	<i>- 24,27</i>
<b>Infirmiers exerçant au SSR, EHPAD et USLD</b>	<b>22,34</b>	<b>31,97</b>	<b>+ 43,11 %</b>
<i>Catégorie A</i>	<i>14,67</i>	<i>26,22</i>	<i>+ 78,73 %</i>
<i>Catégorie B</i>	<i>7,67</i>	<i>5,75</i>	<i>- 25,03 %</i>
<b>Total des infirmiers (hors IBODE, IADE, puéricultrices)</b>	<b>287,11</b>	<b>334,44</b>	<b>+ 16,48 %</b>
<i>Catégorie A</i>	<i>185,90</i>	<i>257,98</i>	<i>+ 38,77 %</i>
<i>Catégorie B</i>	<i>101,24</i>	<i>76,46</i>	<i>- 24,48 %</i>

Source : Centre hospitalier de Narbonne et CRC

L'augmentation des effectifs peut être rapprochée de l'évolution de l'activité et notamment des données PMSI sur le court séjour et l'activité ambulatoire. Le centre hospitalier a connu une croissance de son activité en médecine et chirurgie, qui explique une partie de l'évolution des effectifs.

**tableau n° 68 : Évolution de l'activité hospitalière du CH de Narbonne (2011-2015)**

	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution
<b>Nombre de résumés de sortie anonymes (RSA) de médecine (hospitalisation complète)</b>	<b>8 863</b>	<b>9 113</b>	<b>8 696</b>	<b>9 094</b>	<b>9 188</b>	<b>+ 3,66 %</b>
<i>Nombre de RSA de chirurgie (HC)</i>	<i>3 116</i>	<i>3 262</i>	<i>3 294</i>	<i>3 276</i>	<i>3 215</i>	<i>+ 3,18 %</i>
<i>Nombre de RSA d'obstétrique (HC)</i>	<i>1 131</i>	<i>1 119</i>	<i>1 039</i>	<i>1 089</i>	<i>1 048</i>	<i>- 3,34 %</i>
<i>Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)</i>	<i>3 860</i>	<i>4 250</i>	<i>4 013</i>	<i>3 680</i>	<i>3 862</i>	<i>+ 0,05 %</i>
<i>Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)</i>	<i>1 516</i>	<i>1 715</i>	<i>1 773</i>	<i>1 761</i>	<i>1 837</i>	<i>+ 21 %</i>
<i>Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)</i>	<i>589</i>	<i>616</i>	<i>642</i>	<i>617</i>	<i>561</i>	<i>- 4,75 %</i>
<b>Nombre de forfait accueil et traitement des urgences (ATU)</b>	<b>30 733</b>	<b>30 620</b>	<b>29876</b>	<b>30 091</b>	<b>31 134</b>	<b>+ 1,30 %</b>

Source : données PMSI – Hospi Diag

Ces données d'activité permettent de mieux comprendre la variation du nombre d'ETPR par spécialité. Ainsi, en dépit d'une baisse de l'activité d'obstétrique, les ETPR d'infirmières puéricultrices ont augmenté de 4,42 % entre 2011 et 2016. Ceux d'IBODE, au cœur de l'activité chirurgicale, ont augmenté de 19,62 %.

**tableau n° 69 : Évolution des ETPR d'infirmiers spécialisés (2011/2016)**

Catégorie d'infirmiers - ETPR	2011	2016	Évolution 2011/2016
IDE puéricultrice	5,66	5,91	+ 4,42 %
IBODE	9,58	11,46	+ 19,62 %
IADE	12,22	13,03	+ 6,63 %

Source : Centre hospitalier de Narbonne et CRC

Les données d'activité ne permettent pas d'expliquer totalement l'évolution des personnels infirmiers au centre hospitalier, telle l'augmentation de plus de 43 % des effectifs exerçant en gérontologie entre 2016 et 2017. Il convient, en effet, de tenir compte des réorganisations de services, des départs en congés de longue durée et des évolutions des métiers. Sur l'hôpital de jour, a par exemple été créé sur la période un poste d'infirmière coordinatrice de parcours complexes de soins<sup>76</sup>.

#### 4.1.1.3. L'évolution des effectifs est également liée à la spécialisation des métiers infirmiers

La profession infirmière était à l'origine (officialisation du titre d'IDE en 1922) dans une relation hiérarchique très forte vis-à-vis du corps médical<sup>77</sup>. Ce n'est que progressivement que l'autonomie des infirmières s'instaure (reconnaissance du rôle propre en 1978). Leur périmètre fonctionnel évolue entre polyvalence (liée à la reconnaissance de leur statut de partenaires des autres professionnels de santé) et spécialisation (en lien avec de nouveaux besoins de santé, notamment dans la prise en charge des patients âgés).

Ce constat s'observe au CH de Narbonne, au sein du pôle gériatrie en particulier, qui regroupe des structures de moyen et long séjour intervenant dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il compte un SSR de 30 lits, un centre de gérontologie de 174 lits d'USLD et d'EHPAD, un centre d'accueil de jour autour de la pathologie d'Alzheimer de 12 places, un service de soins infirmiers à domicile, ainsi qu'une unité mobile de gériatrie. Au cours de la période 2011-2016, l'activité du pôle gériatrique (exprimée en nombre de journées et de consultations)<sup>78</sup> augmente régulièrement (respectivement de 10 % et de 28 %).

**tableau n° 70 : Évolution de l'activité du pôle gérontologie (2011-2016)**

(en nombre de journées)		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011/2016
Centre de gérontologie (USLD+EHPAD)		57 308	58 989	58 535	61 374	61 780	62 235	+ 9 %
SSIAD		14 751	16 011	17 497	17 016	16 836	16 847	+ 14 %
Unité mobile de gériatrie (nombre de consultations <sup>79</sup> )		869	885	869	974	1 098	1 113	+ 28 %
Total	Nombre de journées	72 059	76 000	76 032	78 390	78 616	79 082	+ 10 %
	Nombre de consultations	869	885	869	974	1 098	1 113	-

Source : *Rapports d'activité*

Le tableau ci-dessous permet également de constater une augmentation significative du nombre d'ETPR entre 2013 et 2014, en lien avec la spécialisation des prises en charge des patients âgés.

<sup>76</sup> Les personnes âgées prises en charge par l'hôpital présentent souvent des cas de polyopathologies. C'est pourquoi il ne s'agit plus de traiter une seule, mais plusieurs maladies, et d'organiser le parcours du patient de façon coordonnée.

<sup>77</sup> Les manuels de formation du début du siècle mentionnent que « l'infirmière hospitalière seconde assidûment et docilement le médecin » (cité par EHESP, *Coordination des parcours complexes de soins, une pratique avancée en soins infirmier*, Module interprofessionnel des santé publique, 2012, p. 13).

<sup>78</sup> Un autre ratio significatif employé pour analyser l'évolution de l'activité des établissements de santé et la durée moyenne de séjour (nombre de journées réalisées divisé par le nombre d'entrées). Or, ce ratio n'est pas significatif dans le cas de séjour en soins de longue durée.

<sup>79</sup> Internes et externes confondus.

**tableau n° 71 : Comparaison entre l'évolution de l'activité et celle du personnel infirmier**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution. 2011/2016
Nombre de journées	72 059	76 000	76 032	78 390	78 616	79 082	+ 10 %
Nombre de consultations	869	885	869	974	1 098	1 113	+ 28 %
ETPR	22,34	23,52	23,02	31,91	32,13	31,97	+ 43,11 %

Source : CH de Narbonne

Cette évolution s'inscrit dans le contexte du rattachement de 30 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), et de la mise en service du nouveau centre de gérontologie. Concernant ce dernier élément, si la capacité de l'établissement en termes d'accueil de personnes âgées dépendantes est demeurée inchangée (avec 174 lits d'USLD-EHPAD en 2013 et 2014), la mise en place de ce nouveau service a permis des réorganisations des équipes, pour répondre aux besoins spécifiques des résidents.

**tableau n° 72 : Événements ayant eu une influence significative sur l'activité du Pôle gériatrie**

2011	2012	Nov./déc. 2013	2014	2015	2016
-	Développement d'une activité d'oncogériatrie	-ouverture de 30 lits de SSR ; - mise en fonctionnement du nouveau Centre de gérontologie, portant la capacité à 174 lits et obligeant de nouvelles organisations du travail	-	Rattachement d'une structure de 10 places (CH d'Auxilia)	Nombreux mouvements de personnels médicaux

Source : Rapports d'activité

Au sein du pôle de gérontologie (voir ci-après tableau n° 73), la progression des effectifs (exprimés en ETPR) a été plus que proportionnelle à l'augmentation de l'activité. L'hypothèse de l'influence de nouvelles organisations du travail, en lien avec les mutations du rôle des infirmiers, pourrait expliquer cette augmentation. Ce que le rapport d'activité 2013 confirme : « la fin des travaux et la mise en fonctionnement du nouveau centre de gérontologie Pech d'Alcy, avec un changement de l'ensemble des résidents le 3 décembre 2013, ce qui a supposé notamment la refonte de l'ensemble des organisations de travail (soins, circuits logistiques, permanence des soins, administratifs et de facturation, ...) [...] »<sup>80</sup>.

**tableau n° 73 : Comparaison entre l'activité et les effectifs du pôle gériatrie (2013-2014)**

	2013	2014	Évolution 2013/2014
Nombre de journées	76 032	78 390	+ 3 %
Nombre de consultations	869	974	+ 12 %
ETPR	23,02	31,91	+ 39 %

Source : Rapports d'activité et CRC

## 4.1.2. La réforme a eu un coût financier non négligeable pour l'établissement

### 4.1.2.1. Une réforme qui s'est traduite par une revalorisation salariale

La réforme du statut des IGS s'est traduite par une revalorisation de la rémunération, pour les catégories A et B (à l'exclusion des infirmiers spécialisés qui étaient déjà dans la catégorie A)<sup>81</sup>. Cette revalorisation a été réalisée progressivement (par exemple, pour les infirmiers en soins généraux, des glissements indiciaires au 1<sup>er</sup> juillet 2012 puis au 1<sup>er</sup> juillet 2015). La Cour des

<sup>80</sup> Rapport d'activité, p. 97.

<sup>81</sup> Arrêté du 29 septembre 2010 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2001 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels infirmiers de la FPH.

comptes évalue le gain du passage de la catégorie B antérieure, à la catégorie B du nouvel espace statutaire (pour un infirmier en classe normale) à 274 € bruts cumulés sur tous les échelons (soit une moyenne de 34,25 € par échelon). Le gain du passage de la catégorie B antérieure à la nouvelle catégorie A s'élèverait, pour un infirmier de même classe, à 812 € bruts cumulés sur tous les échelons, soit une moyenne de 73,82 € par échelon.

Plus récemment, une revalorisation postérieure des grilles a été réalisée dans le cadre du nouveau « protocole professionnel, carrières et rémunération » (PPCR), qui bénéficie aux infirmiers hospitaliers depuis mai 2016. Cette revalorisation s'applique à toutes les catégories d'infirmiers, c'est-à-dire à ceux ayant opté pour le nouveau statut de 2010 (catégorie A) comme à ceux ayant choisi de conserver leur ancien statut (A ou B), avec des revalorisations échelonnées jusqu'en 2019.

Les infirmiers hospitaliers, enfin, bénéficient de la revalorisation générale du point d'indice de + 1,2 % dans la fonction publique<sup>82</sup>.

4.1.2.2. Entre 2011 et 2016, la masse salariale des personnels infirmiers a augmenté à un rythme supérieur à celle de l'ensemble des effectifs

Cet élément témoigne de l'impact financier de la réforme de 2010 : entre ces deux exercices, la masse salariale<sup>83</sup> des personnels infirmiers a augmenté de près de 21 % au centre hospitalier de Narbonne. Cette augmentation est sensiblement plus rapide que la variation des ETPR infirmiers (+ 16 %).

**tableau n° 74 : Évolution comparée effectif (ETPR) et masse salariale, 2011-2016**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011/2016
ETPR personnel infirmier	314,60	324,92	323,92	347,94 (dont 77,63 cat. B)	356,86	364,84	+ 15,97 %
Masse salariale personnel infirmier (en €)	13 010 323	13 443 994	13 519 642	14 676 358 (dont 3 668 574 pour cat. B)	15 177 886	15 732 186	+ 20,92 %
Masse salariale chargée <sup>84</sup> (en €)	41 355	41 376	41 738	<b>42 181</b>	42 532	43 121	+ 4 %
<i>Dont cat. A</i>	-	-	-	<b>40 723</b>	-	-	-
<i>Dont cat B</i>	-	-	-	<b>47 257</b>	-	-	-

Source : Centre hospitalier de Narbonne et CRC

Il n'existe pas de données nationales moyennes permettant une comparaison entre structures hospitalières de strate équivalente (CH > 70 M€ de budget). Néanmoins, dans son analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé de 2014, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) mentionne un coût moyen par emploi, charges comprises, pour l'ensemble de la catégorie A du personnel non médical, de 47 335 €, et de 34 294 € pour la catégorie B. Cette même année (2014), le coût financier pour l'établissement de

<sup>82</sup> + 0,6 % au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et + 0,6 % au 1<sup>er</sup> février 2017.

<sup>83</sup> La masse salariale correspond au montant brut de la rémunération du personnel auquel s'ajoutent les charges sociales et fiscales afférentes.

<sup>84</sup> La masse salariale chargée par ETPR est le rapport de la masse salariale par les ETP moyens rémunérés de l'année.

Narbonne du paiement des salaires des personnels infirmiers se montait à respectivement 40 723 € et 47 257 €. L'évolution des salaires ne s'explique donc pas uniquement par les revalorisations induites par la réforme de 2010.

#### 4.1.2.3. L'influence de mesures réglementaires plus générales

Cet écart est cependant similaire à la situation des autres personnels non médicaux de l'établissement. D'autres mesures réglementaires (évolutions indiciaires notamment) à l'objet plus large que les seuls infirmiers, ont contribué à cette hausse.

**tableau n° 75 : Évolution comparée de la masse salariale du personnel infirmier et de l'ensemble du personnel non médical**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011/2016
Masse salariale personnel infirmier	13 010 323	13 443 994	13 519 642	14 676 358	15 177 886	15 732 186	+ 20,92 %
Ensemble du PNM	46 503 575	48 117 905	48 256 976	50 981 439	53 654 790	53 962 678	+ 16,04 %

Source : Centre hospitalier de Narbonne et CRC

#### 4.1.2.4. Le coût proprement dit de la réforme de 2010

Pour le budget principal, l'établissement a été en mesure de chiffrer les coûts du passage des infirmiers en catégorie A à 230 000 € environ, avec un écart entre les estimations initiales et le coût constaté (écart de 45 000 €). Les prévisions initiales étaient en particulier fondées sur l'hypothèse que les infirmiers en soins généraux de plus de 50 ans feraient le choix de rester en catégorie B, ce qui s'est avéré largement exact pour 91 % d'entre eux. Au sein des infirmiers de moins de 50 ans, 61 % ont choisi la catégorie A, ce qui est similaire à la tendance nationale.

Les conséquences du choix d'option sur la masse salariale ont été également ressenties par l'établissement avec les revalorisations des grilles de catégorie A en juillet 2012 et 2015 pour un coût estimé par l'établissement à respectivement 88 100 € et 29 900 €.

Au final, en prenant en compte l'ensemble des mesures liées à la réforme, le centre hospitalier de Narbonne évalue la hausse du coût moyen d'un infirmier entre 2010 à 2016 à 5,41 %. La forte augmentation du coût moyen d'une infirmière de catégorie B peut notamment être expliquée par la réforme statutaire (l'âge moyen dans le corps a fortement augmenté avec le droit d'option qui a conduit une large part des IDE de moins de 40 ans vers la catégorie A).

tableau n° 76 : Évolution du coût moyen annuel des infirmiers (budget principal)

Coûts moyens annuels établissement	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evo 2011 à 2016
IDE CAT B	45 604	50 917	53 064	53 783	54 101	54 594	55 588	9.17%
ISG CAT A		42 783	42 068	43 460	43 638	44 578	45 400	6.12%
IDE+ISG	45 604	45 653	45 538	46 372	46 203	46 982	47 731	4.55%
<b>taux evo</b>		0.11%	-0.25%	1.83%	-0.36%	1.69%	1.59%	
Ensemble du personnel infirmier	46 639	46 761	46 995	47 954	47 958	48 549	49 292	5.41%
<b>taux evo</b>		0.26%	0.50%	2.04%	0.01%	1.23%	1.53%	

Source : Centre hospitalier de Narbonne et CRC

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

La croissance des effectifs infirmiers (+ 16 % d'ETPR sur la période 2011-2016) se trouve en partie seulement liée à la hausse de l'activité. L'analyse de la situation du pôle gériatrique tend à démontrer que l'évolution fonctionnelle des ISG doit également être prise en compte. En outre, le coût financier de la mesure de revalorisation indiciaire progressive (cf. réforme statutaire de 2010) n'explique pas à lui seul l'évolution de cette dépense pour l'établissement.

## **4.2. La gestion des infirmiers**

### **4.2.1. Les acteurs de la gestion la gestion des infirmiers**

4.2.1.1. La complémentarité entre directeur des ressources humaines, coordinateur général des soins et cadres de pôles assurée par des réunions régulières

Le directeur des ressources humaines (DRH) a normalement la responsabilité de la politique de gestion du personnel paramédical, technique et administratif. Dans certains établissements publics de santé, généralement de petite taille (inférieurs à 500 lits et places), il a également la charge des ressources humaines médicales. Au centre hospitalier de Narbonne, les fonctions de DRH sont distinctes de la direction des affaires médicales (direction de la stratégie, des affaires médicales et de la contractualisation interne). Le DRH a également en charge les relations avec les partenaires sociaux, aux côtés du chef d'établissement. Cette organisation est conforme à celle d'autres établissements de taille et d'activité similaires.

Il n'y a pas au sein de l'établissement, de syndicat spécifiquement représentatif des personnels infirmiers (la coordination nationale infirmière ou le syndicat national des professionnels infirmiers par exemple) disposant de sièges au sein des instances. Cela étant, dans tous les syndicats présents, l'établissement note la présence d'infirmiers au sein des délégués.

Le coordinateur général des soins (CGS) a pour mission d'assurer l'organisation, l'encadrement et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques. Il est notamment responsable de l'élaboration du projet de soins et encadre directement l'action des cadres de pôles. Ces derniers, assurent la coordination du personnel soignant au sein des sept pôles cliniques et médicotéchniques du centre hospitalier de Narbonne. Ils supervisent les cadres de proximité.

Le DRH et le CGS sont appelés à travailler conjointement s'agissant de la définition de la politique de gestion des corps infirmiers, de rééducation et médicotechnique. Une réunion hebdomadaire est organisée entre le CGS et le DRH afin de traiter les problématiques du moment. Une réunion mensuelle associe le CGS, le DRH et les cadres de pôle afin de permettre le suivi des enjeux en termes de ressources humaines au sein de chaque pôle.

#### 4.2.1.2. Au sein des instances, le rôle particulier de la CSRIMT

La commission de soins infirmiers rééducation et médicotechnique (CSRIMT) est l'instance centrale de suivi de la gestion du personnel infirmier. Cependant, d'autres corps de personnels non médicaux sont concernés et participent au même titre à son fonctionnement. Son importance dans la gestion des équipes soignantes découle en premier lieu de son domaine de compétence. L'instance est notamment consultée pour avis sur « le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques » ainsi que « l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques »<sup>85</sup>. Son intérêt tient à la représentation du personnel soignant qu'elle assure, au travers un collègue d'infirmiers, de rééducation et médicotechnique.

Avec trois collèges composés de 13 membres élus au total, le centre hospitalier de Narbonne, respecte les conditions de forme définies dans le code de la santé publique. La présidence par la coordinatrice générale des soins et la présence comme membres consultatifs de la directrice de l'IFSI et d'un représentant de la commission médicale d'établissement (CME) permet d'instaurer un dialogue entre soignants, médecins et direction. Sur les années 2016 et 2017, cette commission s'est réunie respectivement cinq et quatre fois<sup>86</sup>, sachant que le code de la santé publique dispose que la CSRIMT doit se réunir au moins trois fois par an.

D'autres instances obligatoires de l'établissement sont amenées à étudier des problématiques touchant à la gestion des infirmiers. C'est le cas du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), consulté sur les « décisions d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, et notamment avant toute transformation importante des postes de travail »<sup>87</sup>, ou encore du comité technique d'établissement (CTE) dont les travaux portent notamment sur les « conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel » et « la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu »<sup>88</sup>.

#### 4.2.1.3. Un lien faiblement activé avec l'ordre national des infirmiers

La loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 a institué un ordre infirmier, sur le modèle de la plupart des autres professions de santé. Tout infirmier, quel que soit son lieu et statut d'exercice<sup>89</sup> est tenu de s'inscrire au tableau tenu par l'ordre national. Elle dispose en outre qu'« un code de déontologie, préparé par le conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI), est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'État ». Ce code de déontologie a été publié le 27 novembre 2016

---

<sup>85</sup> Article R. 6146-10 du code de la santé publique.

<sup>86</sup> Dont une prochaine réunion programmée en décembre 2017.

<sup>87</sup> Article L. 236-2 du code du travail.

<sup>88</sup> Article R. 6144-40 du code de la santé publique.

<sup>89</sup> À l'exception des infirmiers régis par le statut général des militaires.

par décret au Journal officiel. Au centre hospitalier de Narbonne, il a été présenté aux instances et en particulier au CSRIMT.

Le fait que l'établissement ne soit pas en mesure d'identifier les infirmiers inscrits au tableau de l'ordre apparaît problématique. L'article L. 4311-15 du code de la santé publique dispose que « nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation [d'enregistrement] et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers ». Des infirmiers du centre hospitalier pourraient être poursuivis pour exercice illégal de la profession d'infirmier s'ils n'ont pas entrepris cette démarche. Le 23 septembre 2009, la Fédération hospitalière de France (FHF) publiait sur son site un article dans lequel elle « attire particulièrement l'attention des responsables d'établissements sur la nécessité pour tout nouveau recrutement [...] de demander au professionnel son inscription à l'ordre ou en attendant celle-ci, un récépissé de dépôt de dossier au conseil de l'ordre. »

Plus encore, des poursuites pour complicité dans l'exercice illégal de la profession d'infirmier ont été engagées contre un établissement public de santé, pour avoir laissé des agents réaliser des actes infirmiers sans disposer du diplôme d'État. Une extension à une situation de non inscription au tableau de l'ordre est envisageable, même si aucune condamnation n'a aujourd'hui été prononcée. Il est ainsi souhaitable de demander pour chaque nouveau recrutement d'infirmier, la preuve de l'inscription au tableau de l'ordre.

La chambre rappelle l'obligation, de demander, pour chaque nouveau recrutement, la preuve de l'inscription à l'ordre des infirmiers, dans un délai de deux ans après embauche.

#### 4.2.1.4. Suivi, dimensionnement des effectifs et gestion des remplacements

***Un suivi et un dimensionnement des effectifs qui s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques, un dialogue entre direction, soignant et médecin et est assisté par le système d'information***

Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) est une annexe obligatoire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Le TPER présente les effectifs (en ETPR) et la rémunération brute des effectifs employés par l'établissement aussi bien médicaux et non médicaux ainsi que les évolutions. Le centre hospitalier de Narbonne répond à cette obligation en s'appuyant sur la mise à jour annuelle du tableau des effectifs permanents (TEP) et de manière infra-annuel en actualisant tous les mois un tableau qui reprend l'ensemble des effectifs rémunérés. Certaines unités font l'objet d'une réglementation, fixant un effectif infirmier minimum par rapport au nombre de patients. Ainsi l'article D. 6124-32 du code de la santé publique fixe un ratio de deux IDE pour cinq patients pour une activité de réanimation. Pour dimensionner les effectifs soignants et infirmiers des services non normés, le centre hospitalier de Narbonne affirme avoir utilisé les maquettes organisationnelles préconisées par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Pour ajuster les effectifs, l'hôpital organise des réunions avec les équipes soignantes, la direction des soins et les médecins afin de permettre une harmonisation entre les organisations des équipes médicales et paramédicales. Ces réunions permettent de modifier les organisations pour les rendre plus pertinentes par rapport au fonctionnement et les besoins effectifs des services.

Pour objectiver le rapport entre les besoins et les ressources en infirmiers affectées, le centre hospitalier a déployé un tableau de bord de suivi journalier des effectifs, actualisé par les

cadres de santé. Une synthèse mensuelle en est réalisée. La gestion du temps de travail s'appuie sur l'outil informatique « OCTIME » qui permet d'établir les besoins journaliers en fonction des grades et des secteurs. La présentation permet aux cadres de santé de repérer rapidement les situations de manque ou de surplus afin d'adapter les plannings. Dans le cas spécifique de la gériatrie, l'établissement n'utilise pas la méthode des soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS). Toutefois, la charge en soins (évaluée en fonction de la place des patients dans la grille AGGIR et par un suivi d'indicateurs sur la dépendance) est évaluée trimestriellement (nombre de toilettes au lit, nombre de changes notamment), afin d'évaluer les besoins en personnel infirmier.

Les modifications font l'objet d'une consultation des instances. Un exemple de réorganisation peut être observé à la régulation des transports internes où, à l'origine, étaient présents deux infirmiers régulateurs. Au regard des besoins constatés, un poste a été requalifié en aide-soignante.

### ***Une gestion des remplacements qui permet d'éviter le recours à des intérimaires***

La gestion des absences de moins de 72 heures est traitée directement au sein des services ou des pôles, par les cadres de santé. Pour faire face aux absences de plus longue durée, aux congés maternité et à des situations de postes vacants en attente de publication ou de recrutement, une équipe de remplacement, composée de 11 ETP infirmiers et 10,5 ETP d'aides-soignants, a été organisée au centre hospitalier. Face aux absences, et afin de préserver la sécurité et qualité des soins, il convient en termes de gestion de concilier la nécessité d'une présence soignante en nombre suffisant dans chaque service, la garantie du respect des temps de récupération de chaque agent et l'assurance que les infirmiers en remplacement soient en mesure de s'adapter rapidement aux spécificités du service dans lequel ils sont appelés à intervenir.

Ce dispositif permet de ne pas faire appel à des intérimaires, particulièrement coûteux pour l'établissement. Le tableau suivant confirme cette pratique : entre 2013 et 2016, le recours à l'intérim de personnels paramédicaux a représenté une part infime de la dépense d'intérim. Ce faible recours s'explique toutefois aussi par les difficultés qu'ont les agences d'intérim à répondre aux besoins de l'hôpital<sup>90</sup>.

**tableau n° 77 : Évolution des dépenses afférentes à l'emploi de personnel non médical (tous budgets confondus)**

	2013	2014	2015	2016
Nombres de journées rapportées en ETP sur l'année	NC	NC	0,34	0,01
Coût pour l'établissement <sup>91</sup> (en €)	9 907	15 617	17 621	985
En % de la dépense totale au titre du recours à l'intérim	4 %	2 %	2 %	0,1 %

*Source : Bilan social 2016, comptes financiers*

Le paiement des heures supplémentaires doit parfois être proposé par l'établissement, en l'absence d'une autre solution. De ce point de vue, les tableaux suivants soulignent deux faits : l'établissement de Narbonne se situe dans la moyenne nationale pour l'attribution d'heures supplémentaires n'ayant pas fait l'objet d'une récupération ou d'une rémunération ; les personnels des services de soins effectuent entre 48 % et 63 % des heures supplémentaires rémunérées des personnels non médicaux.

<sup>90</sup> Bilan social 2016, p. 20 : « Une forte diminution entre 2015 et 2016 [des dépenses d'intérim de personnels non médicaux] qui s'explique [également] par le fait que le prestataire n'a pu répondre à nos besoins [...] ».

<sup>91</sup> Compte 62114 (« Personnel intérimaire-Personnel paramédical »).

**tableau n° 78 : Heures supplémentaires non récupérées non encore rémunérées au 31/12/N (tous budgets)**

	2014	2015	2016
Moyenne par agents des services de soins <sup>92</sup>	19	22	30
Moyenne nationale <sup>93</sup>	23	NC	NC

Source : Bilan social 2016 du CHN et ATIH

**tableau n° 79 : Nombre d'heures supplémentaires rémunérées au 31/12/N (tous budgets)**

	2014	2015	2016
Personnels des services de soins (1)	12 273	13 016	4 913
<i>Dont personnels féminins</i>	<i>10 380</i>	<i>11 324</i>	<i>4 267</i>
Personnels non médicaux (2)	19 461	21 557	10 179
(1) / (2)	63 %	60 %	48 %

Source : Bilan social 2016 du CHN et ATIH

Enfin, la réalisation d'heures supplémentaires est majoritairement le fait des personnels féminins. Ce constat s'inscrit dans le cadre de la réflexion actuellement menée dans le champ médico-social en matière de conditions de travail<sup>94</sup>.

#### **4.2.2. Un accompagnement des projets professionnels des infirmiers sans une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**

4.2.2.1. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, outil de prévision qualitative et quantitative

La perspective d'un plan de retour à l'équilibre financier nécessite, pour le centre hospitalier de Narbonne, d'effectuer une revue de ses dépenses de gestion du personnel et en particulier concernant le personnel infirmier du fait de son poids dans les dépenses non médicales. L'établissement doit s'interroger sur le dimensionnement de ses effectifs et sur les marges de manœuvre qui peuvent être dégagées à court et moyen terme. Trois grandes étapes peuvent être identifiées :

- être en mesure d'effectuer un état des lieux des effectifs, métiers et compétences au sein de l'ensemble des pôles ;
- faire le point sur les mouvements prévisionnels du personnels (départ en retraite, mobilité, etc.), à partir d'un calendrier précis ;
- définir les besoins futurs en métiers et compétences afin de mesurer les effectifs nécessaires correspondants. Cela permettra d'identifier les marges de manœuvre en termes de dépenses de personnel.

<sup>92</sup> Mode de calcul : nombre d'heures supplémentaires au 31 décembre divisé par le nombre d'agents ayant effectué des heures supplémentaires au cours de l'année.

<sup>93</sup> Source : ATIH, Rapport 2015, p. 24 (CH > 70 M€)

<sup>94</sup> Dans un ouvrage de 2017 (*Usure dans l'institution*, dir. D. Brandého, Presses de l'EHESP), l'analyse de l'absentéisme est réalisée à travers l'hypothèse d'un impact fort de l'organisation et des conditions de travail. Une analyse spécifique de la pénibilité du travail soignant en MAS (Maisons d'accueil spécialisées) et en FAM (Foyers d'accueil médicalisés) démontre également l'influence des valeurs culturelles sur le stress (page 139) : « Il n'y a pas d'individu qui soit immunisé contre l'épuisement. (...) Les professionnels des MAS et des FAM sont majoritairement des femmes, et les raisons de l'absentéisme féminin sont bien connues. Les femmes se trouvent confrontées à un double rôle : leur responsabilité de mère de famille et leur engagement professionnel. Les valeurs culturelles leur interdisent, à la différence des hommes, de se retrancher derrière les fatigues du travail pour éviter les tâches ménagères. (...) Cette contradiction permanente alimente un stress physique et mental qui les conduit parfois à la lassitude et à l'épuisement ».

Le CH de Narbonne développe des mesures destinées à permettre aux personnels infirmiers de développer leurs projets professionnels ; par contre, les outils de gestion des ressources humaines aujourd'hui déployés au sein de l'établissement ne permettent pas une vision prospective des besoins.

#### 4.2.2.2. Des démarches tendant à accompagner les personnels infirmiers dans la réalisation de leurs projets professionnels

Au sein du CH de Narbonne a été développé un ensemble de démarches tendant à accompagner les personnels infirmiers dans la réalisation de leurs projets professionnels, à travers le financement de diplômés universitaires.

L'établissement, s'agissant des infirmiers de bloc, s'est engagé dans la voie de la validation des compétences, conformément aux dispositions contenues dans le décret du 27 janvier 2015<sup>95</sup>. Ce décret habilite les IBODE à effectuer des actes (installation chirurgicale du patient, mise en place et fixation des drains, etc.) qui, auparavant, ne figuraient pas dans la réglementation les concernant. Ce faisant, les infirmiers en soins généraux ne seront plus autorisés à les réaliser. C'est ainsi que les dix IBODE en exercice au moment de l'instruction seront formés, d'ici à 2019, aux actes exclusifs, tandis que six IDE sont en phase de préparation du concours, de formation ou de validation des acquis de l'expérience. Sur ce sujet, la limite proviendrait plutôt du quota d'élèves IBODE pouvant intégrer les écoles de Montpellier ou Toulouse. L'établissement fait valoir que seulement la moitié des effectifs concernés dans l'établissement peuvent être accueillis.

#### 4.2.2.3. L'absence d'une véritable gestion prévisionnelle des métiers et des compétences apparaît préjudiciable dans la perspective d'un éventuel plan de retour à l'équilibre financier

Dans un contexte d'augmentation rapide des ETP infirmiers (16 %), la gestion des effectifs apparaît encore fondée sur une approche en termes de corps et de grades et non selon une logique de métiers et de compétences. L'approche selon les compétences apparaît ainsi absente des réponses aux questionnaires rédigées par l'établissement. Sans réflexion en termes de compétences, le centre hospitalier de Narbonne, ne peut évaluer avec pertinence le dimensionnement de ses effectifs. Un infirmier en dialyse et un infirmier en EHPAD ont suivi une même formation à l'IFSI, mais possèdent chacun des savoir-faire spécifiques et répondent à des besoins différents.

De même, s'il se réjouit d'une politique « volontariste » en matière de formation, le centre hospitalier de Narbonne ne semble pas en mesure de justifier et d'expliquer en quoi les études financées répondent à un besoin futur clairement identifié. Cet enjeu d'optimisation de la politique de formation apparaît particulièrement important alors que les dépenses du plan de formation ont augmenté de 56 % entre 2011 et 2016.

---

<sup>95</sup> Le décret du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire et à la formation complémentaire a créé l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique (CSP) qui habilite les infirmiers de bloc opératoire à réaliser, pour la plupart, de nouveaux actes et activités et précise les conditions dans lesquelles ils seront réalisés.

**tableau n° 80 : Évolution des dépenses de formation (budget H)**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011/2016
Dépenses Plan de formation	285 666	267 732	236 581	266 343	390 020	447 928	+ 56 %

Sources : CRC et centre hospitalier de Narbonne

Sur la période 2011/2016, le financement des études professionnelles a eu un fort impact sur son budget du plan de formation, sans que, pour autant, l'établissement puisse justifier qu'il s'agissait de répondre à un besoin précisément identifié.

**tableau n° 81 : Recensement des agents bénéficiaires d'études promotionnelles entre 2011 et 2016**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE	4	5	1		2	2
IBODE		1	1	1	1	1
IADE	1			1	1	1

Source : CRC et centre hospitalier de Narbonne

Dans le cadre d'un éventuel plan de retour à l'équilibre, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) constitue un outil d'aide à la décision pour adapter les ressources humaines en nombre et compétence. Elle doit permettre au centre hospitalier de Narbonne d'identifier les compétences de chaque agent et donc de mesurer les écarts entre les ressources actuelles et les besoins futurs qui seront définis en fonction du plan de retour à l'équilibre. La mise en œuvre d'un dispositif de GPMC comprend deux grandes étapes : d'abord l'identification précise du contenu de l'ensemble des métiers (aussi bien en termes de missions que de compétences nécessaires) par des fiches de poste actualisées et un référentiel local des métiers présent dans l'établissement ; ensuite l'élaboration d'outils tels que des tableaux de bord et outils de suivi pour être en mesure d'anticiper les besoins de recrutement et les choix d'actions de formation ou de reconversion professionnelle.

La GPMC peut donc permettre d'identifier des gains significatifs : en matière de recrutement, il s'agit de faire correspondre à l'arrivée de tout nouvel infirmier un besoin précisément identifié ; en matière de formation, il s'agit de prendre en compte, dans le plan de formation, aussi bien les besoins des personnels dont le contenu du poste a évolué que les nécessités de reconversion en lien avec la stratégie du centre hospitalier. Ainsi, le financement des études promotionnelles peut systématiquement être rattaché à un besoin futur précisément identifié.

L'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a largement investi cet enjeu et accompagne les établissements dans cette démarche, notamment par la réalisation de guides pratiques.

#### **4.2.3. Les politiques de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers**

Les infirmiers constituent une des ressources importantes des établissements de soins, en raison de leurs compétences techniques et de leur aptitude à poser un pré-diagnostic sur une situation. Leur rôle auprès des familles est essentiel pour tout ce qui concerne la communication

du suivi médical et ils assurent un rôle de relai auprès des médecins. Le recrutement de personnels motivés et leur fidélisation est apparu au cours de cette enquête comme un enjeu RH fondamental.

4.2.3.1. La présence d'un IFSI, support important pour le repérage et le recrutement de nouveaux agents

L'établissement ne mentionne pas de difficultés de recrutement. Simplet insiste t'il sur la problématique posée par le décalage entre les sorties d'écoles en IFSI (juillet) et le pic d'activité que l'établissement connaît à partir de mai. Les recrutements d'IDE se font en priorité sur l'IFSI de Narbonne : 1/5<sup>ème</sup> des diplômés intègrent chaque année l'établissement.

**tableau n° 82 : Le recrutement de diplômés de l'IFSI de Narbonne par l'hôpital de rattachement**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Diplômés recrutés au CH de Narbonne	17	13	7	8	8	10
En % des effectifs de diplômés	27 %	23 %	13 %	15 %	15 %	19 %

Source : CH de Narbonne

Surtout, l'établissement est un lieu de stage : tous les secteurs sont ouverts, un dispositif d'accueil avec des tuteurs y est mis en place, les professionnels de l'hôpital interviennent à l'IFSI.

4.2.3.2. La communication à l'extérieur de l'établissement est également un support de recrutement

Le CH de Narbonne participe chaque année au forum de l'emploi dans la région. Les candidats rencontrés à cette occasion sont reçus en entretien de pré-recrutement, associant les cadres de l'hôpital. Après un recensement des besoins, les candidats retenus sont joints par la DRH en vue d'une future embauche.

4.2.3.3. La sensibilisation au travail d'équipe à destination des personnels recrutés

Une fois recrutés, les nouveaux infirmiers sont réunis, dans une session dite « journée des nouveaux arrivants » qui est organisée chaque semestre. Durant cette journée, l'établissement et les services administratifs et médicotechniques sont présentés, les perspectives d'évolution de carrière sont communiquées.

Les infirmiers recrutés après leur sortie de l'IFSI de Narbonne ont également pu réaliser, au cours de leur formation, des remplacements d'aides-soignants au sein du CH<sup>96</sup>. Ceci leur permet de connaître l'établissement, ses équipes et les outils utilisés.

4.2.3.4. Des actions de promotion professionnelle limitées

Au sein de l'établissement, le plan de formation n'identifie pas de parcours spécifique pour l'acquisition des compétences. Il identifie les actions destinées à un large public, ainsi que celles afférentes à chaque pôle clinique (l'établissement proposant toutefois la réalisation de diplômes universitaires aux infirmiers). Le dispositif DIF (droit individuel à la formation) n'est pas employé.

<sup>96</sup> La première année de formation en IFSI correspond à la formation initiale des aides-soignants.

Une réflexion est toutefois annoncée, tendant à la mise en œuvre du compte personnel de formation.

---

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

La présence d'un IFSI constitue un atout majeur pour cet hôpital, qui accueille chaque année des élèves-infirmiers en stage et recrute 1/5<sup>ème</sup> d'une promotion.

### **4.3. L'exercice du métier infirmier**

#### **4.3.1. Les personnels infirmiers au sein des équipes hospitalières**

4.3.1.1. L'enquête des juridictions financières en matière d'organisation des équipes soignantes

L'organisation de la prise en charge des patients à l'hôpital répond prioritairement à un objectif médical, mais est aussi un des axes de réforme pour atteindre une meilleure efficacité médico-économique<sup>97</sup>. Or, l'organisation de la production des soins dans les hôpitaux publics est très diverse, trouvant son origine ni dans la taille de l'établissement ni par un quelconque autre facteur commun, ainsi que l'a observé la Cour des comptes<sup>98</sup>.

Le constat général est celui d'allocations non optimales et de marges d'amélioration : c'est à cette problématique que s'efforce de répondre la présente analyse de l'organisation des équipes soignantes.

4.3.1.2. Les constats réalisés sur place

#### ***Cadre introductif : un établissement marqué par une stagnation relative de son activité***

L'année 2016 est marquée par une légère baisse du nombre de patients pris en charge par l'établissement (nombre de patients hospitalisés diminué de 2 % par rapport à 2015, baisse du nombre de naissance de 1 %). Cette situation est une caractéristique du CH de Narbonne, dont les indicateurs d'activité signalent une stagnation relative de l'activité (nombre de séjours MCO enregistré sur *e-PMSI* augmentant de moins de 1 % sur cette période).

#### ***Des effectifs infirmiers croissants***

Le tableau ci-dessous décrit l'évolution des effectifs infirmiers, sur la période 2011-2016. En l'absence de précisions pour l'année 2014<sup>99</sup>, il n'a pu être formulé de données plus détaillées pour cet exercice. Il est toutefois possible de relever que, sur la période 2011-2016, leur nombre (exprimé en ETPR) a progressé de 10 %. Les effectifs infirmiers (également exprimés en ETPR)

---

<sup>97</sup> Cour des comptes, *Rapport sur « la sécurité sociale »*, Chapitre V. L'organisation de l'hôpital, septembre 2009, p. 115.

<sup>98</sup> Cour des comptes, 2009, *op. cit.*, p. 118.

<sup>99</sup> Par exemple, il n'existe pas de bilan social pour l'année 2014 ; celui de 2015 a été transmis vide à la chambre. Et, le bilan 2016, qui a pour ambition de réaliser une analyse comparative sur la période 2014-2016, ne fournit pas tous les éléments pour ces exercices.

ont représenté en 2016 près d'un tiers des personnels des services de soins. Sur ce chiffre, 25 % exercent en tant qu'infirmières spécialisées.

**tableau n° 83 : Évolution des ETPR infirmiers, par comparaison avec les ETPR des personnels des services de soins**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011-2016
Personnels des services de soins	772,68	799,42	797,67	NR	859,32	849,80	+ 10 %
<i>Dont ISG</i>	314,39	324,92	292	NR	224,65	233,86	-
<i>Dont IADE</i>	12,95	13,8	19,95	14,07	13,85	13,02	-
<i>Dont IBODE</i>	9,58	9,59	10,33	11,58	13,00	11,46	-
<i>Dont IDE puéricultrice</i>	5,66	5,20	4,94	5,27	5,44	5,91	

Source : CH de Narbonne ; NR : Non renseigné

En terme d'activité, il est intéressant de relever que les activités psychiatriques et la prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD ont représenté respectivement 22 % et 14 % de l'activité des personnels infirmiers en 2016.

**tableau n° 84 : Évolution des ETPR, par activité**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2011-2016
ISG	314,39	324,92	292	NR	224,65	233,86	-
<i>Dont exerçant en activité psychiatrique</i>	48,71	47,77	46,60	49,08	50,27	52,56	+ 8 %
<i>Dont exerçant en activité en EHPAD</i>	22,34	23,52	23,02	31,91	32,13	31,97	+ 43 %

Source : CH de Narbonne

### ***Des transferts de tâches et de compétences vers les personnels infirmiers au titre des pratiques avancées***

Le transfert de compétences, des activités médicales aux acteurs paramédicaux, s'est organisé aux États-Unis<sup>100</sup> et au Canada dès les années 1960, dans le cadre d'une stratégie de rationalisation du système des soins : des infirmières praticiennes y offrent des soins spécialisés. Au Royaume-Uni, des expériences similaires ont été conduites, visant à pallier la saturation des médecins généralistes. L'analyse de la situation internationale, et ses apports, a été résumée par le rapport du CREDES de 2003<sup>101</sup>, qui montre qu'« une base de preuves s'est développée suggérant que dans certains domaines cliniques des tâches jusqu'à présent réalisées par le médecin peuvent être entreprises avec succès par l'infirmière »<sup>102</sup>. Ces pratiques se sont développées dans trois champs :

- la délégation d'actes de soins primaires<sup>103</sup> aux infirmiers ;
- la délégation de tâches pour le suivi de pathologies chroniques (consultations spécialisées dédiées) ;

<sup>100</sup> Le modèle nord-américain est le plus intéressant car dès les années 60, les problèmes de démographie chirurgicale et de mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire ont produit des expériences puis la formalisation de professions paramédicales encore méconnues en Europe. Aux États-Unis, les premiers « *Physician Assistants* » (Pas) ont été formés en 1965, à partir de volontaires en provenance du corps de santé de la Navy. Il y a maintenant plus de 50 000 Pas aux États-Unis dont beaucoup travaillent en chirurgie et aux urgences.

<sup>101</sup> CREDES, *Efficacité et efficacité du pilotage des compétences dans le secteur des soins primaires*, revue de littérature 1970-2002.

<sup>102</sup> Professeur Yvon Berland, *Transferts de tâches et de compétences : la coopération des professions de santé*, ONDPS, octobre 2003, 135 p.

<sup>103</sup> Selon l'OMS (1978), les soins primaires correspondent « au premier niveau auquel les individus entrent en contact avec le système national de santé ».

- la délégation d'actes médicotechniques (dans le domaine de l'imagerie notamment<sup>104</sup>).

En France, des initiatives plus récentes ont été menées, au prix de pratiques non reconnues (la légitimité de ce transfert est venue de la compétence que des acteurs ont acquise, néanmoins ils n'en ont pas obtenu la reconnaissance).

Au sein de l'hôpital de Narbonne, dans le cadre de protocoles de coopération interprofessionnelle, destinés à garantir la sécurité des soins dispensés, se développent, aux urgences, des délégations des personnels médicaux vers les infirmiers, en vue de permettre la prescription des bilans sanguins et de radiographie. Ce projet a émergé du constat de la nécessité d'améliorer le flux des patients au service d'accueil des urgences (SAU). La lettre d'intention évoque la « diminution du temps d'attente ».

### ***Des réorganisations de services intervenues depuis 2011 qui ont eu des incidences sur l'organisation des tâches infirmières***

Au sein du pôle urgences, réanimation, imagerie (URI), une IDE est partagée sur les secteurs des urgences et de la réanimation. Cette organisation permet de développer la polyvalence entre les deux structures.

**tableau n° 85 : Normes en personnels infirmiers – Service de réanimation (2016)**

Capacité autorisée	Référence réglementaire	Effectif d'IDE (en ETP)
8 lits et 4 places	Art. D. 6124-32 CSP : - 2 infirmiers pour 5 patients ; - 1 aide-soignant pour 4 patients	18,39 + 6,11

Source : CH Narbonne

En outre, et en fonction de l'occupation des lits de réanimation, les infirmiers peuvent être amenés à exercer leurs missions sur d'autres secteurs.

Dans les faits, cette structuration peut poser des difficultés, car la procédure de renfort sur d'autres services est parfois mal vécue par les agents. Une note du 10 juillet 2017 dresse la liste des services dans lesquels les agents de l'URI, en cas de baisse d'activité en réanimation, sont susceptibles d'être affectés. Conformément à la note de juillet 2017, si le nombre de lits inoccupés est égal ou supérieur à cinq, une infirmière et un aide-soignant peuvent être détachés en renfort sur une autre unité.

Le tableau ci-dessous détaille, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 15 août 2017, le nombre de jours de renfort (13 jours correspondant à plus de 100 heures). Ce tableau renseigne également la non-présence d'infirmières dans le service de réanimation, en précisant la somme des jours à effectif réduit (37 jours), intitulés au sein de cet établissement comme une organisation « dégradée ». Enfin, il permet de relever qu'au final, au cours de cette période, l'organisation du service (par exemple dans le non-remplacement automatique d'infirmiers absents grâce à une réorganisation des personnes présentes) a permis d'économiser à l'hôpital l'équivalent de 16,39 ETP.

<sup>104</sup> Selon le rapport Berland, la radiologie est « une des spécialités qui devrait connaître une des plus fortes diminutions de densité de spécialistes au cours des 20 prochaines années (2003-2020), rendant possible (et même souhaitable) la délégation de compétences ».

**tableau n° 86 : Situation du service de réanimation au 15 août 2017**

(en nb de jours)	Absences non remplacées	IDE en RTT	« Organisation dégradée »	Total	Soit en heures	Renfort autres services
Janvier	-	-	1,00	1,00	7,70	2,00
Février	17,00	-	-	17,00	130,90	-
Mars	20,00	42,00	1,00	63,00	485,00	-
Avril	12,00	18,00	5,00	35,00	269,50	2,00
Mai	3,00	13,00	-	16,00	123,20	2,00
Juin	51,00	9,00	11,00	71,00	546,70	3,00
Juillet	20,00	11,00	9,00	40,00	308,00	3,00
Août	34,00	11,00	10,00	55,00	423,50	1,00
<b>Total</b>	<b>157,00</b>	<b>104,00</b>	<b>37,00</b>	<b>298,00</b>	<b>2 294,60</b>	<b>13,00</b>
Total en « mensualités » (Total général/140 heures)					16,39	-
					Total (en heures)	100,10

Source : CH de Narbonne

## 4.3.2. L'organisation du travail infirmier

### 4.3.2.1. Un recours progressif au travail en 12 heures

#### *Les modalités de mises en œuvre*

L'aménagement du temps de travail, dont la gestion est régie par un ensemble de dispositions réglementaires<sup>105</sup>, est fixé par le directeur général (après avis du comité technique d'établissement). La durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence (difficultés prolongées de recrutement par exemple), il peut être dérogé à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans aller au-delà de 12 heures par jour.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place un groupe de travail dédié à l'analyse du travail en 12 heures au sein de la fonction publique hospitalière. Ce groupe, installé en 2015<sup>106</sup>, a permis la réalisation d'un guide (mars 2016), qui souligne qu'une telle modalité ne doit pas être vécue comme la solution aux problèmes d'organisation de la structure. En outre, l'identification des personnels concernés doit tenir compte « du volontariat des personnes, de l'âge, de l'état de santé des agents [et] du contenu du travail (par exemple, le travail en 12 h n'est pas recommandé pour les personnes effectuant des tâches nécessitant une vigilance importante ou pour celles exposées à des efforts physiques importants. [...] La dynamique du service doit par ailleurs [prévoir] la possibilité pour un agent de revenir dans les meilleurs délais à une modalité horaire de travail classique [...] » « [...] il n'existe pas d'organisation "type" »<sup>107</sup>, qui pourrait être déployée sans réflexion préalable sur le contexte. Aussi, le ministère recommande aux établissements d'inscrire la transition vers un travail en 12 h dans une démarche impliquant l'ensemble des personnels, d'adopter des mesures de prévention des risques, et d'évaluer l'organisation mise en place (pour l'ajuster si nécessaire).

<sup>105</sup> Textes régissant le temps de travail des personnels hospitaliers : Décret n° 2002-8 modifié relatif aux congés annuels dans la FPH ; décret n° 2002-9 modifié relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la FPH ; décret n° 2002-598 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires dans la FPH ; décret n° 2002-788 relatif au CET dans la FPH, modifié, notamment, par le décret n°2012-1366.

<sup>106</sup> Instruction N° DGOS/RH3/2015/ 3 du 7 janvier 2015.

<sup>107</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, *Les organisation du travail en postes d'amplitude 12 h dans les établissements de la fonction publique hospitalière : réglementation, recommandations et démarches de prévention associées*, p. 4 et 6.

### ***Les constats réalisés sur place***

La mise en place d'une organisation du travail en 12 heures a été exclusivement réalisée à la demande des agents (qui y voient un moyen de rationaliser leurs déplacements entre leur domicile et l'hôpital).

**tableau n° 87**

Année de mise en œuvre	Services concernés par l'horaire en 12 heures	Equipes de jour/nuit	Demande des agents
2013	Chirurgie orthopédique	Jour/nuit	OUI
2013	Pédiatrie	Jour/nuit	OUI
2013	Court séjour gériatrique	Jour	OUI
2014	Gynécologie	Jour/nuit	OUI
2014	Unité de soins intensifs cardiologiques	Jour/nuit	OUI
2017	Urgences	Jour/nuit	OUI

Source : CH Narbonne

Aucune évaluation de cette organisation n'a été réalisée à ce jour par l'établissement. La chambre a toutefois eu communication des résultats d'un questionnaire soumis aux agents du service des urgences en juin 2017 (17 répondants, dont 14 IDE, sur un effectif de 28,3 ETP, soit plus de 60 % des personnels concernés) : 94 % des répondants émettent un avis favorable sur la nouvelle organisation, qui, en substance, permettrait d'assurer un meilleur suivi du patient et aurait des effets positifs sur la vie de famille des personnels concernés.

Au final, le personnel interrogé se prononce favorablement sur la mise en place d'une organisation du travail en 12 heures, dont l'établissement souligne qu'elle a été réalisée sans effets significatifs défavorables sur la qualité des soins (pas d'évolution dans le nombre d'événements indésirables graves<sup>108</sup>). Pour autant, et comme rappelé par le guide du ministère de la santé ci-dessus référencé, cette amplitude de travail ne constitue pas en elle-même une réponse à tous les problèmes organisationnels : « (...) l'expression d'une demande de travail en 12 h peut témoigner d'une difficulté récurrente au sein d'un service ou au sein d'un établissement à laquelle le ou les demandeurs essaient d'apporter une solution. Si cette difficulté n'est pas identifiée et réglée pour elle-même, l'organisation du travail en postes d'amplitude 12 h a peu de chances de la résoudre »<sup>107</sup>.

#### **4.3.2.2. La place des cadres de santé**

##### ***Des cadres de proximité, en charge d'un nombre croissant de personnels soignants***

Le cadre de santé, titulaire d'un diplôme de professionnel de santé qui justifie d'une expérience (le plus souvent de cinq années), est le responsable d'un secteur d'activités de soins. L'éloignement du terrain de ces cadres de proximité est généralement interprété comme un facteur défavorable à l'amélioration de la qualité de vie au travail<sup>109</sup>.

<sup>108</sup> Un événement indésirable associé aux soins est défini par le code de la santé publique comme un incident préjudiciable à un patient hospitalisé, associé à la réalisation d'une investigation, d'un traitement ou d'un acte de prévention. Il est considéré comme grave lorsqu'il entraîne une prolongation de l'hospitalisation, qu'il est à l'origine d'un handicap, d'une incapacité, associé à une menace vitale ou à un décès.

<sup>109</sup> Cf. à ce sujet BRAMI L. *et al.* *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital*. Presses des mines Paris Tech, 2014, 156 p.

Il n'a pas été fait référence à une norme nationale en cette matière. Au sein de l'établissement de Narbonne, le nombre de soignants encadrés par un cadre a augmenté régulièrement sur la période 2013-2015 (seuls chiffres connus à ce jour).

**tableau n° 88 : Taux d'encadrement des cadres de santé**

(effectifs physiques)	2013	2014	2015	2016
Nombre d'IDE+AS par cadre infirmier	20,9	21,7	24,6	NC
Nombre d'IADE par anesthésiste	1,4	1,3	1,4	NC

Source : *Hospi Diag*

### ***Des cadres supérieurs de santé qui participent logiquement à la gouvernance de l'établissement***

Le cadre supérieur de santé assure, avec le médecin chef et le cadre administratif, la responsabilité de l'encadrement d'un pôle. Cette caractéristique se retrouve au sein de l'établissement de Narbonne, qui leur a délégué des fonctions de recrutement et de gestion du quotidien lors des gardes des cadres (gestion de la chambre mortuaire, des permissions, et réquisition de la gendarmerie). Enfin, ils portent les projets.

### **4.3.3. La condition infirmière**

#### 4.3.3.1. Fondement méthodologique

#### ***Les relations entre l'absentéisme et les caractéristiques du travail ne sont visibles que pour une catégorie du phénomène***

Le point de départ de l'analyse présentée dans cette partie repose sur l'idée que l'absentéisme est le reflet des difficultés ressenties par les professionnels face au cadre organisationnel. Les recherches sur l'absentéisme (analysées historiquement dans le cadre des organisations du secteur industriel) ont construit un corpus d'explications. Une synthèse<sup>110</sup> peut être envisagée, en distinguant les causes des variations selon le long, moyen et court terme. À long terme, trois ensembles de facteurs ont été identifiés : les traits de personnalité des employés, les variables démographiques et les conditions de santé ; à moyen terme, jouent l'attitude à l'égard du travail, les pratiques de gestion des ressources humaines (notamment en ce qui concerne les rythmes et planifications du travail), l'influence des normes sociales, les facteurs économiques exogènes et, enfin, les caractéristiques du travail ; à court terme est mis en avant l'impact des éléments liés aux conditions de travail (ainsi des liens entre niveau de stress ressenti et survenance de certaines maladies occasionnant des arrêts courts) et l'historique récent de l'absentéisme (l'absentéisme apparaît comme une stratégie, notamment observée dans les établissements de santé, tendant à réguler l'engagement au travail).

<sup>110</sup> Cf. sur ce thème : HARRISON D-A. & MARTOCCHIO J-J. Time for absenteeism: a 20-Year review of origins, offshoots, and outcomes, *Journal of management*, n° 24, 1998, p. 305-350.

### ***Les spécificités de l'absentéisme dans les établissements de santé***

Les études existantes mettent en évidence que l'absence du lieu de travail peut être une stratégie qui aide les individus à conserver un état physiologique et psychologique raisonnable<sup>111</sup>. S'est ainsi développé le concept de « permissivité organisationnelle »<sup>112</sup>, qui désigne des pratiques de management consistant à autoriser l'absentéisme, en faisant un véritable levier de gestion des ressources humaines. Sur le plan de la qualité des soins, si l'absentéisme ne contribue pas à l'augmentation de la fréquence d'apparition des incidents, la charge de travail qui repose sur les seules personnes présentes y contribue très significativement<sup>113</sup>.

### ***Dispositif méthodologique***

L'analyse a été structurée en deux temps. Un premier temps a consisté en une phase d'exploration, à partir de sources documentaires diverses (bilans sociaux et compte-rendu de réunions de CHSCT). Dans un second temps, il a été procédé à l'analyse des réponses apportées au questionnaire transmis par la chambre, ainsi que des éléments transmis au cours d'entretiens individuels. Les résultats sont présentés dans la suite du développement de cette partie.

4.3.3.2. Un objet de management à part entière, dans le cadre d'enjeux de performance budgétaire

### ***Principes***

Les organisations du travail dans les établissements de santé ont été marquées par l'introduction de critères de performance, au sein desquels se situe le bien-être des soignants. En particulier, et à compter de l'été 2008, la circulaire DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) dite des « contrats de retour à l'équilibre financier » a placé les tutelles (ARS) en position de prescription de réduction de l'absentéisme (si celui-ci est identifié comme cause contributive du déficit budgétaire de l'établissement).

Jusqu'en 2013, les affichages de données d'absentéisme dans les bilans sociaux ne permettaient pas de dresser un bilan de l'existant : les horizons de temps utilisés pour mesurer les évolutions étaient différentes entre établissements et les modalités de calcul de l'absentéisme étaient hétérogènes. Pour permettre d'établir un bilan de l'existant, le décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012<sup>114</sup> et l'arrêté du 5 décembre 2012<sup>115</sup> a procédé à une refonte du cadre réglementaire relatif au bilan social, et notamment à l'absentéisme (voir annexe 13).

---

<sup>111</sup> HACKEY R-D. *et al.* Absenteeism among hospital nurses : an idiographic-longitudinal analysis. *Academy of management journal*, n° 32, 1989, p. 424-453.

<sup>112</sup> BROOKE P-P. et PRICE J-L. The determinants of employee absenteeism : an empirical test of causal model. *Journal of occupational psychology*, n° 62, 1989 p. 1-19.

<sup>113</sup> UNRUH L. *et al.* Nurse absenteeism and workload : negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *Journal of advanced nursing*, n° 60, 2008, p. 673-681.

<sup>114</sup> Décret n° 2012-1292 du 2 novembre 2012 portant modification du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>115</sup> Arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

## Applications sur le terrain

Le bilan social 2016 mentionne s'agissant des infirmiers les éléments contenus dans le tableau suivant. Si l'établissement respecte les prérequis fixés par la réglementation, il ne fait pas état de comparaisons avec des établissements de strate équivalente. La lecture du tableau ne permet pas de relever d'évolution notable (si ce n'est une anomalie apparente, la mention pour 2014 d'un taux pour la catégorie C d'IDE, inexistante).

**tableau n° 89 : Taux d'absentéisme médical et non médical (personnel infirmier uniquement)**

(en %)		Motif médical	Motif non médical	Absences <6 jours					Absence >= 6 jours				
				Hommes	Femmes	CAT A	CAT B	CAT C	H.	F.	CAT A	CAT B	CAT C
2014	IDE	5,26	1,84	0,35	0,20	0,23	0,19	1,89	1,96	7,84	7,40	5,22	-
	PSS	6,41	1,26	0,27	0,29	0,25	0,23	0,33	1,35	8,33	6,81	6,56	8,07
	TP	6,17	1,06	0,24	0,30	0,25	0,34	0,33	3,31	8,09	6,76	6,40	8,19
2015	IDE	5	1,52	0,24	0,32	0,30	0,31	-	2,84	6,89	6,82	4,18	-
	PSS	6,14	1,22	0,28	0,34	0,31	0,29	0,35	2,64	7,74	5,69	7,73	8,5
	TP	5,94	1	0,21	0,33	0,30	0,35	0,34	4,31	7,37	5,62	6,28	8,26
2016	IDE	4,85	1,99	0,46	0,30	0,33	0,31	-	0,60	7,62	6,95	4,98	-
	PSS	6,80	1,48	0,35	0,38	0,36	0,34	0,41	2,14	8,80	6,72	6,30	9,31
	TP	6,33	-	0,28	0,36	0,34	0,32	0,41	4,38	8,10	6,57	6,34	8,67

Source : Bilan social 2016

S'agissant du sous-indicateur « Durée moyenne des absences », la relative stabilité du total de la durée moyenne des absences contraste avec l'augmentation significative du nombre de jours d'absence liés à un accident du travail (1/3 entre 2014 et 2015).

**tableau n° 90 : Durée moyenne des absences pour maladie et pour maternité-paternité-adoption (IDE)**

(en nombre de jours)		Motifs médicaux						Motifs non médicaux			
		Total	maladie	CLM/CLD	AT	A. tr.	MP	Total	maternité	paternité	Adoption
2014	PSS	42,87	33,01	260,37	29,92	40,40	134,00	96,41	100,92	13,00	-
	PNM	44,88	30,79	284,16	31,48	32,38	161,33	87,85	97,78	11,67	-
	TP	44,95	31,07	281,03	31,48	32,38	161,33	83,59	95,12	11,50	-
2015	PSS	41,15	32,26	234,70	24,98	116,33	53,00	87,40	95,13	12,00	-
	PNM	43,44	31,62	248,13	32,24	100,67	77,75	79,74	91,87	11,50	-
	TP	43,16	31,59	244,19	32,24	100,67	77,75	82,00	93,51	11,50	-
2016	PSS	41,03	28,78	259,42	38,11	-	182,33	96,21	103,86	12,00	-
	PNM	41,63	28,04	279,26	31,91	14,00	182,33	86,56	100,74	11,40	-
	TP	42,40	28,85	272,47	31,33	149,00	182,33	89,00	102,86	11,40	-

Source : Bilan social 2016

Le tableau suivant détaille l'évolution du nombre moyen de jours d'absence par agent. Là encore, cette série de chiffres ne permet pas de tirer des enseignements sur la situation observée.

**tableau n° 91 : Nombre moyen de jours d'absence par agent, rapporté à l'effectif total (IDE)**

(en nombre de jours)		Motifs médicaux						Motifs non médicaux			
		Total	maladie	CLM/CLD	AT	A, tr,	MP	Total	Maternité	Paternité	Adoption
2014	PSS	22,00	14,13	5,58	1,65	0,23	0,31	4,32	4,29	0,03	-
	PNM	22,55	12,85	7,53	1,56	0,21	0,40	3,78	3,72	0,06	-
	TP	20,78	11,97	6,86	1,40	0,19	0,36	3,59	3,52	0,07	-
2015	PSS	21,13	14,17	5,26	1,12	0,39	0,18	4,21	4,16	0,05	-
	PNM	21,77	13,63	6,21	1,20	0,49	0,25	3,41	3,34	0,07	-
	TP	20,18	12,75	5,69	1,08	0,44	0,23	3,40	3,34	0,02	-
2016	PSS	23,86	14,70	7,00	1,54	-	0,62	5,19	5,14	0,05	-
	PNM	23,33	13,85	7,80	1,22	0,01	0,45	4,45	4,35	0,09	-
	TP	22,04	13,11	7,20	1,10	0,22	0,40	4,23	4,23	0,08	-

Source : Bilan social 2016

Les outils de mesure et de description de l'absentéisme ne permettent donc pas d'effectuer pour l'heure des comparaisons entre établissements, méthode essentielle pour formuler un constat, et préparer un plan d'actions. Ceci explique l'absence de commentaires et d'analyses contenus dans le bilan social (pourtant recommandés par l'instruction de 2013 précitée),

#### 4.3.3.3. Une gestion essentiellement quantitative

##### *Principes*

Le caractère limité des outils d'évaluation contenus dans le bilan social de l'établissement de Narbonne révèle dans les faits une orientation particulière des principes de gestion des personnels soignants, fondée sur la nécessité de maintenir quotidiennement des niveaux d'effectifs constants. Or, cette gestion quantitative induit des effets néfastes sur le personnel.

En effet, prenant appui sur le postulat que l'absence d'un agent correspond davantage à une baisse d'effectif qu'à l'indisponibilité d'une compétence, cette logique conduit à considérer que les agents de statut identique sont inter-changeables, ce qui est ressenti par les équipes comme un manque de reconnaissance de la valeur propre à chacun.

##### *Applications sur le terrain*

Le CH de Narbonne a mis en place différentes modalités de résolution des effets de l'absentéisme.

Ces dispositifs s'insèrent dans trois catégories différentes :

- la création d'une unité de remplacement, composée de personnels titulaires dédiés au remplacement des agents absents pour des durées longues ;
- l'appel de personnels contractuels pour pallier l'absence d'un soignant titulaire ;
- le recours à « l'élasticité » du personnel présent (c'est-à-dire de faire varier les amplitudes horaires, les jours de prise de congés, ou bien à travailler à effectif « dégradé »).

Or, ces trois dispositifs auraient un effet similaire, celui de générer une certaine souffrance au travail (et seraient donc facteurs d'absentéisme), Ainsi, l'arrivée d'un soignant extérieur au service génère des tâches supplémentaires pour l'équipe en place (ne serait-ce que pour former le nouveau venu aux pratiques du service) ; dans le troisième cas de figure, la planification des jours de repos, tendant à devenir incertaine, serait source de fatigue.

4.3.3.4. L'absence d'outils et de compétences permettant une prise en compte de la question du bien-être des soignants

### ***Principes***

L'introduction d'une logique de performance dans les établissements publics de santé pose la question des missions des acteurs placés au cœur des responsabilités des collectifs de travail. S'agissant du personnel soignant, cette mutation conduit à s'interroger sur le rôle des cadres de santé de proximité, appelés à impulser une dynamique au sein des équipes.

### ***Applications sur le terrain***

L'établissement ne renseigne pas le taux de *turnover* de son personnel, qui est pourtant un indicateur règlementairement obligatoire. Il mentionne toutefois un pourcentage dans un tableau intitulé « Présentation de l'indicateur par genre »<sup>116</sup>, mais les éléments qu'il contient ne sont pas directement exploitables (des chiffres annoncés comme des pourcentages et pouvant aller jusqu'à un chiffre de 1642, des nombres qui ne correspondent pas au total hommes + femmes, etc.).

---

## ***CONCLUSION INTERMÉDIAIRE***

---

La question du bien-être des soignants est essentielle car elle conditionne au moins en partie la qualité de la prestation de soins rendue. Elle se pose dans le contexte plus large de l'évolution des activités économiques (« plus de services, des emplois plus diversifiés, une féminisation des métiers et une population de salariés vieillissante »<sup>117</sup>). L'impact de ces mutations est à ce jour difficilement quantifiable par les outils d'évaluation existants (notamment s'agissant de la mesure de l'absentéisme).

## **4.4. La formation des personnels infirmiers**

### **4.4.1. Les moyens mis en œuvre**

4.4.1.1. La formation continue au sein de l'établissement hospitalier

#### ***Un poids financier équivalent à 4 % de la masse salariale infirmière***

Les dépenses de formation à l'adresse des personnels infirmiers sont, dans le tableau ci-dessous, comparées à la masse salariale correspondante à cette catégorie de soignants. La masse

---

<sup>116</sup> Bilan social 2016, p. 20.

<sup>117</sup> BRANDEHO, Daniel. *Usure dans l'institution*. Presses de l'EHESP, 2017, 330 p.

salariale est ici déterminée conformément aux principes retenus par l'approche « Toutée »<sup>118</sup>. Il s'agit de prendre en considération les seuls éléments de rémunération ayant un caractère général et permanent : est « général » tout élément de rémunération versé à l'ensemble du personnel ou à une catégorie d'agents ; sont donc exclus tous les éléments de rémunération ne dépendant pas de l'exécution du travail dans sa durée normale<sup>119</sup>. Il apparaît au final que l'établissement a consacré, entre 2011 et 2016, une somme équivalente à 4 % de la masse salariale du personnel infirmier.

**tableau n° 92 : Évolution des dépenses de formation continue des personnels infirmiers**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Masse salariale infirmière (1)	13 010 323	13 443 994	13 519 642	14 676 385	15 177 886	15 732 186
Total dépenses de formation (2)	529 543	525 911	555 108	527 298	589 030	677 203
<i>Dont Dépenses Plan de formation</i>	285 666	267 732	236 581	266 343	390 020	447 928
<i>Dont Dépenses Plan fléchées en direction de l'IFSI de rattachement</i>	243 877	258 179	318 527	260 955	199 010	229 275
(2)/(1)	4,1 %	3,9 %	4,1 %	3,6 %	3,6 %	4 %

Source : CH Narbonne

### ***Des démarches de promotion et de mobilité interne, par la formation continue***

L'établissement a développé trois types de démarches tendant à permettre la mobilité des infirmiers entre services d'une part, et l'accompagnement vers le cadre d'infirmiers, d'autre part. Deux de ces démarches consistent en un stage d'observation d'une journée dans le service désiré (IDE souhaitant changer de poste) ou bien dans différents services (aides-soignants ou personnels administratifs souhaitant devenir infirmiers). La troisième démarche consiste en l'accompagnement dans la réalisation de projets professionnels, pour des agents qui souhaitent devenir infirmiers.

### ***Un financement perfectible des actions de formation continue par l'ANFH***

Organisme agréé par le ministère de la santé, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) collecte et gère les fonds consacrés au financement de la formation continue.

Le centre hospitalier de Narbonne est adhérent de cet organisme, qui participe au financement des actions de formation continue, à hauteur de 87 à 100 %, pour la période sous revue.

<sup>118</sup> Adoptée en 1964 par le gouvernement sur le rapport de M. Toutée, conseiller d'État, la notion de « masse Toutée » est à ce jour la seule approche complète de la masse salariale dont on puisse disposer pour effectuer des comparaisons dans le secteur public.

<sup>119</sup> MARTORY, Bernard. *Le contrôle de gestion sociale*. Vuibert, 2015, 400 p.

**tableau n° 93 : Relations avec l'ANFH relatives aux personnels infirmiers,**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total dépenses de formation (1)	529 543	525 911	555 108	527 298	589 030	677 203
Remboursements ANFH (2)	458 761	493 947	555 104	519 889	528 018	586 617
<i>Dont Remboursements relatifs au Plan</i>	<i>214 884</i>	<i>235 768</i>	<i>236 577</i>	<i>252 934</i>	<i>329 008</i>	<i>357 342</i>
<i>Dont Remboursement relatifs au DIF</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
(2)/(1)	87 %	94 %	100 %	99 %	90 %	87 %

Source : CH Narbonne

Avec un taux de retour de 87 % en 2016, l'établissement se place dans une situation de contributeur net à l'ANFH ; l'amélioration de ce taux pourrait être envisagée.

#### 4.4.1.2. La formation initiale au sein de l'IFSI

##### ***Une formation rénovée en 2009, dans le sens de l'acquisition de compétences professionnelles acquises au milieu des pairs***

À partir de 2009, la formation des infirmiers au sein des IFSI (instituts de formation en soins infirmiers) a été remaniée dans le sens d'un apprentissage fondé sur l'acquisition de compétences auprès des pairs (par des stages<sup>120</sup> et l'étude de « situations professionnelles apprenantes »<sup>121</sup>). Un référentiel des compétences devant être acquises pour l'obtention du diplôme a été publié cette même année.

L'individualisation des expériences professionnelles est prise en compte, en application de l'article 26 de l'arrêté du 31 juillet 2009 précité. Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture bénéficient d'un dispositif d'adaptation à la poursuite de leur parcours de formation (puisque'ils sont dispensés de certaines unités d'enseignement et du stage de semestre 1)<sup>122</sup>.

##### ***L'IFSI de Narbonne : un établissement engagé dans une démarche de certification***

L'IFSI est engagé dans une autoévaluation de son fonctionnement et de son organisation par la mise en place d'une formation « Mettre en œuvre la démarche qualité en écoles de santé » dispensée par l'organisme « FORMATION PARTENAIRES » en 2015-2016. En outre, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017, cet institut est inscrit sur la plateforme « DATADOCK », dans le processus de référencement prévu par la loi du 5 mars 2014 pour répondre aux critères de qualité fixés par le décret du 30 juin 2015 (en répondant aux 21 indicateurs accompagnés des éléments de preuve correspondants).

Enfin, une procédure qualité, réalisée en partenariat avec la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), est partagée par l'ensemble des IFSI de la région Occitanie ; elle est en cours de finalisation. De même, une procédure interne à l'IFSI de Narbonne, relative à la finalisation et à la transmission des dossiers de présentation au jury du diplôme d'État infirmier, a été formalisée : la procédure de finalisation des dossiers de présentation des étudiants en soins infirmiers au jury du diplôme d'État a été élaborée, actualisée et formalisée en interne. Les contenus des unités d'enseignement contributives ont fait l'objet d'un recueil (« le

<sup>120</sup> 60 semaines sur 3 ans de formation.

<sup>121</sup> Conformément au référentiel de formation infirmier, des situations professionnelles apprenantes sont choisies par des professionnels en activités, et utilisées comme moyens pédagogiques.

<sup>122</sup> D'autant que des étudiants en soins infirmiers de 1<sup>ère</sup> année déjà diplômés en tant qu'aide-soignant ou auxiliaire de puériculture sont parfois rappelés auprès de leur employeur pendant la durée du stage de cinq semaines duquel ils sont dispensés.

thésaurus») partagé par l'ensemble des IFSI du GCS IFSI (ancienne région Languedoc-Roussillon).

***Un établissement qui a accueilli, en 2016, 195 élèves-infirmiers, pour un coût de 7 200 € par élève***

L'IFSI du CH de Narbonne accueillait, en 2016, 195 élèves-infirmiers, dont 63 étudiants externes (pour 604 candidats au concours externe, soit un taux de réussite d'un peu plus de 10 %).

**tableau n° 94 : Effectifs des élèves-infirmiers de l'IFSI du CH de Narbonne**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Effectifs IDE	188	190	194	193	186	195
Nombre d'étudiants externes entrant en première année	63	63	63	63	63	63
Nombre de candidats au concours externe	434	451	497	555	618	604

Source : IFSI

L'IFSI forme également les aides-soignants. Les éléments budgétaires contenus dans le tableau ci-dessous (et retraités par l'IFSI) concernent uniquement la formation des élèves-infirmiers. En 2016, l'établissement a accueilli 195 élèves, pour un coût de 7 201 € / élève (cf. détail du calcul ci-dessous), en baisse de plus de 2 % sur la période 2011-2016. Ce montant se situe légèrement en-dessous de la moyenne nationale<sup>123</sup>.

**tableau n° 95 : Charges directes et indirectes liées à la formation des IDE**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évol. 2011- 2016
Charges directes au diplôme d'IDE	1 338 001	1 268 355	1 103 457	1 205 784	1 226 472	1 276 143	-
Charges indirectes <sup>124</sup>	48 915	132 493	180 523	184 613	177 114	128 121	-
Total (1)	1 386 916	1 400 848	1 283 980	1 390 397	1 403 586	1 404 264	-
Effectifs IDE (2)	188	190	194	193	186	195	-
(1) / (2)	7 377	7 373	6 618	7 204	7 546	7 201	- 2,4 %

Source : IFSI et CRC

Les charges de personnel ont représenté 83 % de la dépense directe liée à la formation des élèves infirmiers (IDE) en 2016,

<sup>123</sup> Les frais de scolarité menant au diplôme infirmier sont fixés librement par les IFSI (mais leur prise en charge dépend du statut de l'étudiant). Le coût annuel de la formation a été évalué par l'AP-HP à 7 337 €.

<sup>124</sup> Compte 6288 « Prestations de services diverses - Autres ».

**tableau n° 96 : Parts des charges de personnel sur les charges directes liées au diplôme d'IDE**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total charges directes au diplôme d'IDE (1)	1 338 001	1 268 355	1 103 457	1 205 784	1 226 472	1 276 143
<i>Dont Titre 1 charges de personnel (2)</i>	1 099 283	998 334	952 532	1 028 583	1 011 654	1 063 145
(2) / (1)	82 %	78 %	86 %	85 %	82 %	83 %

Source : IFSI et CRC

Peut être relevée la légère baisse des charges de personnel liée à cette formation (- 3,3 % sur la période considérée), et la quasi-absence de dépenses de personnel médical conformément au principe de la formation des IDE par leurs pairs.

**tableau n° 97 : Éléments budgétaires concernant la formation des seules IDE**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évol, 2011-2016
Titre 1 charges de personnel	1 099 283	998 334	952 532	1 028 583	1 011 654	1 063 145	- 3,3 %
<i>Dont rémunération brute du PNM</i>	573 326	524 047	516 040	548 409	541 656	573 153	-
<i>Dont rémunération brute du PM</i>	-	-	-	-	-	5 137	-
<i>Dont charges sociales et fiscales</i>	322 321	272 643	291 360	337 116	313 821	346 804	-
<i>Dont indemnités de stage des étudiants</i>	139 703	136 607	110 387	117 020	112 492	113 563	-
<i>Dont personnel extérieur</i>	29 624	29 107	12 673	4 673	20 925	24 488	-
<i>Dont autres charges de personnel</i>	34 308	35 930	22 072	21 366	22 760	-	-

Source IFSI et CRC

### ***Des recettes qui proviennent logiquement pour l'essentiel de subventions régionales***

Depuis 2004 (article L. 4383-5 du code de la santé publique)<sup>125</sup>, la région est compétente pour le financement du fonctionnement des instituts de formation publics (mais le budget et le recrutement des effectifs de l'IFSI reste sous la responsabilité de l'hôpital de rattachement). Au cours de la période sous revue, les subventions régionales, qui sont restées relativement stables, affectées à la formation infirmière ont ainsi représenté chaque année en moyenne plus de 90 % des recettes totales affectées aux IDE.

<sup>125</sup> Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

**tableau n° 98 : Éléments budgétaires concernant la formation des seules IDE**

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évol. 2011- 2016
Subvention régionale (1)	1 066 845	1 059 051	1 121 241	1 044 079	823 037	1 083 258	+ 1,5 %
Frais d'inscription aux concours	39 060	42 845	47 215	53 280	59 849	59 192	-
Taxe d'apprentissage	-	26 575	24 847	24 063	11 365	9 947	-
<i>Dont Versements libératoires<sup>126</sup></i>	-	26 575	24 847	24 063	11 365	947	-
TOTAL (2)	1 105 905	1 128 471	1 197 303	1 121 422	894 251	1 152 397	+ 4,2 %
(1)/(2)	96 %	94 %	94 %	93 %	92 %	94 %	-

Source : IFSI

#### 4.4.2. Les résultats

4.4.2.1. Une formation initiale qui assure un débouché professionnel dans le mois aux trois-quarts d'une promotion

Chaque année, et comme déjà relevé plus haut, l'IFSI de Narbonne accueille 63 élèves infirmiers issus du concours externe (étudiants). Sur la période 2011-2016 (ces résultats étant peu fluctuants chaque année), un sixième abandonne en cours de formation, tandis qu'une proportion équivalente redouble (soit 1/3 de l'effectif d'une promotion).

**tableau n° 99 : Effectifs étudiants de l'IFSI de Narbonne**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Taux de réussite au diplôme sur la cohorte de départ</b>	48/63 soit 76,19 % + 16 hors cohorte	48/63 soit 76,19 % + 9 hors cohorte	47/63 soit 74,6 % + 7 hors cohorte	53/63 = 84,12 % + 11 hors cohorte	47/63 = 74,60 % + 6 hors cohorte	46/63 = 73,01 % + 8 hors cohorte
- issus du concours externe	46	45	41	44	37	42
- en promotion professionnelle cohorte 2009	2/2 soit 3,17 %	2/3 soit 3,17 %	5/6 soit 7,93 %	8/9 = 12,69 %	8/10 = 12,69 %	4/4 = 6,34 %
<b>Taux d'abandon</b>	6/63 soit 9,52 %	7/63 soit 11,11 %	8/63 soit 12,69 %	5/63 = 7,93 %	9/63 = 14,28 %	10/63 = 15,87 %
- issus du concours externe	NON RECENSÉ					
- en promotion professionnelle	NON RECENSÉ					
<b>Taux de redoublement</b>	8/63 soit 12,69 %	7/63 soit 11,11 %	7/63 soit 11,11 %	5/63 = 7,93 %	7/63 = 11,11 %	8/63 = 12,69 %
- issus du concours externe	NON RECENSÉ					
- en promotion professionnelle	NON RECENSÉ					

Source : IFSI

En moyenne, plus des trois-quarts des diplômés sont embauchés dans l'intervalle d'un mois après leur formation. Certains bénéficient d'une promesse d'embauche avant la fin de leurs études. L'IFSI de Narbonne appartient au groupement de coopération sanitaire des IFSI de l'ancienne région Languedoc-Roussillon. Dans ce cadre, et pour soutenir les élèves de 3<sup>ème</sup> année dans leur recherche d'emploi, un forum est organisé chaque année en avril au cours duquel ils peuvent rencontrer les DRH des établissements de santé privés et publics du GHT.

<sup>126</sup> Comptes 7483 et 13181 « Versements libératoires ouvrant droit à exonération de la taxe d'apprentissage ».

**tableau n° 100 : Insertion professionnelle des étudiants**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ont trouvé un travail en moins d'un mois	57/64 (89 %)	37/57 (65 %)	38/54 (70 %)	44/53 (69 %)	45/53 (85 %)	49/54 (91 %)

Source : IFSI

#### 4.4.2.2. La recherche de recettes supplémentaires

La collaboration avec les directions fonctionnelles de l'hôpital (direction des finances, DRH et DSI notamment) permet d'assurer un suivi budgétaire trimestriel des dépenses de l'IFSI. La proximité avec l'établissement hospitalier support permet de pallier à des situations difficiles : en 2017, un cadre de santé formateur à 20 % issu d'un recrutement extérieur au CH, a permis de pallier à un déficit d'effectif de deux ETP. Un recrutement, pour un effectif dédié à 100 % à l'IFSI, est programmé pour la rentrée 2017.

Dans le même temps, comme les 13 IFSI du GCS Languedoc-Roussillon, l'IFSI de Narbonne bénéficie du soutien financier de ses partenaires (ARS et région Occitanie) pour l'amélioration de la formation. En 2016, dans le cadre d'un financement non pérenne, elle a ainsi disposé de 1/13<sup>ème</sup> de 275 000 € (ARS) et de 1/13<sup>ème</sup> de 50 000 € (région) pour mettre en œuvre un outil de simulation clinique et procédurale<sup>127</sup>. Des rencontres budgétaires annuelles permettent d'ajuster la subvention régionale (à titre d'exemple pour 2017 : 1 283 206 € de subventions pour un EPRD évalué à 1 717 055 €) à partir des besoins exprimés.

L'efficacité de ces modalités de fonctionnement peut être interrogée. La mise en place d'un budget spécifique pour les IFSI rattachés à un établissement public de santé (cf. réforme de 2004 déjà citée) a entraîné l'obligation du respect de l'équilibre financier entre les recettes et les dépenses, Or, cette mutation peut constituer un frein dans le développement des recettes (toute recette supplémentaire pouvant entraîner une réduction à due proportion de la subvention régionale d'équilibre). Ce que traduit, pour toute la période sous revue, le faible pourcentage de recettes annexes du budget de l'IFSI.

**tableau n° 101 : Évolution et détail des produits annexes du budget IFSI (2011-2016)**

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pdts des services au personnel	20 265	20 096	26 030	21 130	16 483	17 365
+ Prestations à des tiers	0	100	0	653	1 448	3 761
<i>dont locations diverses et redevances</i>	0	100	0	653	1 448	2 572
<i>dont mise à disposition de personnel</i>	0	0	0	0	0	1 188
<b>= Produits annexes du budget C</b>	<b>20 265</b>	<b>20 196</b>	<b>26 030</b>	<b>21 783</b>	<b>17 931</b>	<b>21 126</b>
<i>en % des produits d'exploitation</i>	0,02 %	0,02 %	0,03 %	0,02 %	0,02 %	0,02 %

Source : Comptes financiers

<sup>127</sup> « Simulation clinique pleine échelle » et « Simulation procédurale ».

## ANNEXES

annexe 1 : Résultats de l'établissement en matière de chirurgie ambulatoire.....	92
annexe 2 : Durées d'amortissement préconisées par la M21 .....	93
annexe 3 : Durées d'amortissement retenues par l'établissement.....	93
annexe 4 : Comparaison 2016 entre le CF, l'actif et l'inventaire immobilier.....	93
annexe 5 : Comparaison actif 2015 du comptable avec les écritures.....	94
annexe 6 : Détail et évolution des produits de la prise en charge des personnes âgées dépendantes .....	94
annexe 7 : Bilan fonctionnel du centre hospitalier de Narbonne .....	95
annexe 8 : Évolution détaillée des produits de l'activité hospitalière (2011-2016).....	95
annexe 9 : Mouvements intervenus sur la ligne de trésorerie adossée au contrat <i>revolving</i> du 16 novembre 2000.....	96
annexe 10 : Mouvements intervenus sur la ligne de trésorerie adossée au contrat XU 00144543 (Crédit agricole) .....	97
annexe 11 : Mouvements intervenus sur la ligne de trésorerie adossée à la convention du 16 novembre 2010.....	98
annexe 12 : Échéancier du contrat n° XU 00144543 .....	99
annexe 13 : Indicateur et sous-indicateurs du taux d'absentéisme pour motif médical et non médical .....	100

## annexe 1 : Résultats de l'établissement en matière de chirurgie ambulatoire

### Taux global de chirurgie ambulatoire

Années	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Valeur cible CPOM	33,4 %	33,4 %	33,4 %	33,4 %	45,0%	50,0 %
Taux réalisé ancien périmètre <sup>128</sup>	34,4 %	34,9 %	35,2 %	36,8 %	37,1 %	NC
Taux réalisé nouveau périmètre <sup>129</sup>	42,7 %	43,1 %	49,9 %	44,1 %	44,3 %	NC

Source : CPOM annexe 4 page 20 et Hospi Diag

### Taux de chirurgie ambulatoire sur les 18 gestes marqueurs

Années	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux réalisé	58,58 %	68,13 %	76,81 %	74,76 %	NC	NC

Source : Hospi Diag

### Croisement des indicateurs de chirurgie ambulatoire (données chiffrées)

Indicateurs de chirurgie ambulatoire	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution 2011-2015
Nombre de RSA en chirurgie ambulatoire <sup>130</sup>	1516	1715	1773	1761	1837	+ 21 %
Taux global de chirurgie ambulatoire (ancien périmètre)	34,40 %	34,90 %	35,20 %	36,80 %	37,10 %	
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	65,70 %	65,58 %	68,13 %	76,81 %	74,76 %	

Source : Hospi Diag

### Taux de rotation des places de chirurgie ambulatoire (hors endoscopie et IVG)

Années	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Valeur cible CPOM	43 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Taux réalisé	55,7 %	57,6 %	57,2 %	59,6 %	NC	NC

Source : CPOM annexe 4 page 20 et Hospi Diag

### Part de marché de la chirurgie ambulatoire

A4. Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	Part de marché en %tage		
	2013	2014	2015
CH Narbonne	20,3	19,3	19,7
Polyclinique "Le Languedoc" à Narbonne	59,3	58,2	56
Clinique du Dr Causse à Béziers	5,1	7,2	7,8

Source : Activité selon Hospi Diag

<sup>128</sup> Source : base de données PMSI MCO 2012 à 2016, Séjours de chirurgie ambulatoire ancien périmètre = GHM (groupe homogène de malades) V2016 en C hors CMD (catégorie majeure de diagnostic) 14 et 15, avec une durée de séjour à 0.

<sup>129</sup> - Source : Bases de données : PMSI MCO 2012 à 2016, Séjours de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre = GHM V2016 en C hors CMD 14 et 15 + sept racines avec une durée de séjour à 0.

<sup>130</sup> RSA = résumé de sortie anonymisé.

## annexe 2 : Durées d'amortissement préconisées par la M21

Durées d'amortissement des immobilisations	Taux	Durée en nombre d'années
Bâtiments	3,33% à 5%	20 à 30
Matériel	10% à 15%	6 à 10
Matériel biomédical	20% à 25%	4 à 5
matériel informatique	33,33% à 50%	2 à 3
Outillage	10% à 20%	5 à 10
Automobiles et matériel roulant	20% à 25%	4 à 5
Mobilier	10%	10
Matériel de bureau	10% à 20%	5 à 10
Agencements et installations	5% à 10%	10 à 20
Logiciels	33,33% à 50%	2 à 3

Source : Instruction M21

## annexe 3 : Durées d'amortissement retenues par l'établissement

Durées d'amortissement au CH de Narbonne		Durée amort. 2015 (en année)	Durée amort. 2016 (en année)
Diverses immobilisations	Bâtiments	30	Néant
	Bâtiments neufs	Néant	30
	Bâtiments restructurés	Néant	15
	Matériel biomédical	5	7
	Matériel de bureau	5	7
	matériel informatique	4	4
	Mobilier	7	10
	Automobiles et matériel roulant		
	Logiciels	4	4
Installations générales, agencements, aménagements et constructions (IGAAC)	Matériel électrique	7	10
	Matériel téléphonique	7	7
	Froid	10	10
	Installations chauffage	7	10
	Monte-charges et ascenseurs	7	10
	Equipements sanitaires	7	7
	Autres IGGAC	15	15

Source : Certificats administratifs de l'établissement

## annexe 4 : Comparaison 2016 entre le CF, l'actif et l'inventaire immobilier

Libellés des comptes CH Narbonne	Compte financier 2016	Actif 2016 du comptable	Différences entre Actif et compte financier	Inventaire immobilier 2016	Différences entre Inventaire et compte financier
+ C/20 - immob. Incorp.	5 003 526	5 003 526	0	4 491 703	511 823
+ C/21 - Immob. Corp.	131 772 963	131 772 963	0	123 201 115	8 571 848
+ C/23 - Immob. en cours	266 768	266 768	0	0	266 768
+ C/26 - Part. et créances rattachées	94 245	94 245	0	0	94 245
+ C/27 - Autres immob. Fin.	28 206	28 206	0	0	28 206
<b>Total brut</b>	<b>137 165 708</b>	<b>137 165 708</b>	<b>0</b>	<b>127 692 819</b>	<b>9 472 889</b>
- C/28 - Amort. des immobilisations	75 766 210	0	75 766 210	71 940 675	3 825 536
- C/2913 - Dépréciations - Constructions sur sol propre	2 932 802	0	0	0	2 932 802
<b>Total amoindrissements comptables</b>	<b>78 699 013</b>	<b>0</b>	<b>75 766 210</b>	<b>71 940 675</b>	<b>6 758 338</b>
<b>Total net</b>	<b>58 466 695</b>	<b>137 165 708</b>	<b>-75 766 210</b>	<b>55 752 144</b>	<b>2 714 552</b>

Source : Compte financier 2016 + actif 2016 du comptable + inventaire immobilier 2016 de l'établissement

### annexe 5 : Comparaison actif 2015 du comptable avec les écritures

Libellés des comptes CH Narbonne	Compte financier 2015	Actif 2015 du comptable	Différences entre Actif et compte financier
+ C/20 - immob. Incorp.	4 390 631	4 390 631,04	0
+ C/21 - Immob. Corp.	126 408 789	126 408 788,84	0
+ C/23 - Immob. en cours	529 166	529 165,64	0
+ C/26 - Part. et créances rattachées	94 245	94 245,39	0
+ C/27 - Autres immob. Fin.	28 206	28 206,00	0
<b>Total brut</b>	<b>131 451 037</b>	<b>131 451 037</b>	<b>0</b>
- C/28 - Amortissement des immobilisations	69 475 833	0	69 475 833
- C/29 - Dépréciations - Constructions sur sol propre	2 932 802	0	0
<b>Total amoindrissements comptables</b>	<b>72 408 635</b>	<b>0</b>	<b>69 475 833</b>
<b>Total net</b>	<b>59 042 402</b>	<b>131 451 037</b>	<b>-69 475 833</b>

Source : Compte financier 2015 et actif 2015 du comptable

### annexe 6 : Détail et évolution des produits de la prise en charge des personnes âgées dépendantes (USLD et EHPAD)

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tarif hébergement pris en charge par le département	1 064 468	1 513 354	1 474 490	1 575 500	1 681 774	1 645 450
+ Participation du résident à l'hébergement	1 419 139	1 414 509	1 460 091	1 806 813	1 809 801	1 878 521
<i>Participation du résident à l'hébergement</i>	<i>57,14 %</i>	<i>48,31 %</i>	<i>49,75 %</i>	<i>53,42 %</i>	<i>51,83 %</i>	<i>53,31 %</i>
+ Tarif dépendance couvert par l'APA et l'AM	648 043	665 634	702 827	1 004 607	985 333	959 628
+ Participation du résident au tarif dépendance	350 912	379 482	411 592	269 813	329 513	378 782
<i>Participation du résident au tarif dépendance</i>	<i>35,13 %</i>	<i>36,31 %</i>	<i>36,93 %</i>	<i>21,17 %</i>	<i>25,06 %</i>	<i>28,30 %</i>
+ Forfait annuel soins - Caisses	0	0	0	0	0	0
+ Dotation globale de financement tarifs soins	3 537 429	3 826 274	3 597 658	3 675 133	4 032 449	4 130 073
+ Participation de l'hébergé aux soins	0	0	0	0	0	0
+ Prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins	0	0	0	0	0	0
+ Autres produits	9 710	9 281	11 956	24 576	17 919	15 810
<b>= Dotations et produits de tarification des budgets USLD, EHPAD</b>	<b>7 029 700</b>	<b>7 808 535</b>	<b>7 658 614</b>	<b>8 356 442</b>	<b>8 856 789</b>	<b>9 008 264</b>

Source : Comptes financiers

## annexe 7 : Bilan fonctionnel du centre hospitalier de Narbonne

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
+ Apports, réserves et reports	19 359 889	21 103 076	25 860 629	19 511 051	20 175 436	20 748 013
+ Résultat de l'exercice	243 187	548 723	25 937	293 817	-437 700	-2 399 996
<b>= Fonds propres</b>	<b>19 603 076</b>	<b>21 651 800</b>	<b>25 886 566</b>	<b>19 804 868</b>	<b>19 737 736</b>	<b>18 348 017</b>
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	0	507 924	2 660 044	5 380 673	7 200 379	6 951 037
+ Provisions réglementées	1 514 143	1 915 143	2 280 832	2 519 792	2 331 350	2 438 972
<b>= Fonds propres élargis</b>	<b>21 117 219</b>	<b>24 074 867</b>	<b>30 827 443</b>	<b>27 705 332</b>	<b>29 269 465</b>	<b>27 738 026</b>
+ Dettes financières	29 605 698	31 697 677	36 071 284	33 972 365	34 916 588	34 152 566
<b>= Ressources stables (a)</b>	<b>50 722 917</b>	<b>55 772 543</b>	<b>66 898 727</b>	<b>61 677 697</b>	<b>64 186 053</b>	<b>61 890 592</b>
Immobilisations d'exploitation	44 459 269	51 467 916	61 258 604	61 039 843	58 919 950	58 344 244
+ Immobilisations financières	43 451	122 451	122 451	122 451	122 451	122 451
+ Charges à répartir	0	0	0	0	0	0
<b>= Actif immobilisé (b)</b>	<b>44 502 720</b>	<b>51 590 367</b>	<b>61 381 055</b>	<b>61 162 294</b>	<b>59 042 401</b>	<b>58 466 696</b>
<b>Fonds de roulement (a-b=c)</b>	<b>6 220 197</b>	<b>4 182 176</b>	<b>5 517 672</b>	<b>515 403</b>	<b>5 143 651</b>	<b>3 423 896</b>
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	<i>28,11</i>	<i>18,08</i>	<i>23,27</i>	<i>2,02</i>	<i>19,25</i>	<i>12,6</i>
Besoin en fonds de roulement de gestion	12 319 268	7 988 697	11 826 422	8 931 663	10 747 845	7 215 145
+ Autres créances et dettes	-880 273	-1 540 063	-131 770	-1 379 492	138 178	-3 012 381
- Provisions pour risques et charges	13 454 195	12 711 487	11 254 685	9 706 926	6 730 654	4 183 281
- ICNE	154 137	153 783	247 079	226 575	219 043	191 044
<b>= Besoin en fonds de roulement net global propre</b>	<b>-2 169 337</b>	<b>-6 416 635</b>	<b>192 888</b>	<b>-2 381 330</b>	<b>3 936 326</b>	<b>-171 562</b>
+ Opérations pour compte de tiers	0	0	0	0	0	0
<b>= Besoin en fonds de roulement net global (d)</b>	<b>-2 169 337</b>	<b>-6 416 635</b>	<b>192 888</b>	<b>-2 381 330</b>	<b>3 936 326</b>	<b>-171 562</b>
<b>Trésorerie nette (c-d)</b>	<b>8 389 534</b>	<b>10 598 811</b>	<b>5 324 783</b>	<b>2 896 733</b>	<b>1 207 325</b>	<b>3 595 459</b>

Source : Logiciel Anafi et comptes financiers

## annexe 8 : Évolution détaillée des produits de l'activité hospitalière (2011-2016)

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moy
<b>Produits de la tarification à l'activité (a)</b>	<b>40 881 420</b>	<b>43 604 102</b>	<b>43 991 216</b>	<b>46 102 514</b>	<b>47 402 483</b>	<b>46 984 308</b>	2,80%
Dont pdts de la tarification des séjours	38 700 656	40 910 540	40 801 500	42 627 678	43 690 904	43 049 759	2,20%
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	2 180 764	2 693 562	3 189 716	3 474 836	3 711 578	3 934 548	12,50%
<b>Produits forfaitaires (b)</b>	<b>15 782 306</b>	<b>14 891 331</b>	<b>13 739 741</b>	<b>15 061 099</b>	<b>15 816 044</b>	<b>15 741 071</b>	-0,10%
Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations	2 150 909	2 326 002	2 326 002	2 154 350	2 326 002	2 318 365	1,50%
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	5 776 555	5 061 156	3 463 766	3 539 757	3 951 234	3 826 786	-7,90%
Dont dotations annuelles de financement (DAF)	7 854 842	7 504 173	7 949 973	9 366 992	9 538 808	9 595 920	4,10%
<b>Produits de l'hospitalisation (a+b=c)</b>	<b>56 663 726</b>	<b>58 495 433</b>	<b>57 730 957</b>	<b>61 163 613</b>	<b>63 218 527</b>	<b>62 725 378</b>	2,10%
<b>Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)</b>	<b>6 477 231</b>	<b>6 409 409</b>	<b>6 027 684</b>	<b>6 088 493</b>	<b>6 107 453</b>	<b>6 851 052</b>	1,10%
Dont consultations externes	5 769 536	5 698 796	5 332 851	4 132 565	4 226 690	4 140 282	-6,40%
Dont forfait accueil et traitement des urgences	692 591	688 679	672 377	681 783	675 620	651 594	-1,20%
Dont autres forfaits	15 103	21 934	22 456	1 274 145	1 205 143	2 059 177	167,30%
<b>Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)</b>	<b>63 140 957</b>	<b>64 904 843</b>	<b>63 758 641</b>	<b>67 252 106</b>	<b>69 325 980</b>	<b>69 576 430</b>	2,00%
<b>Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)</b>	<b>7 308 006</b>	<b>7 437 911</b>	<b>7 400 660</b>	<b>8 374 910</b>	<b>8 173 593</b>	<b>7 854 065</b>	1,50%
Dt pdts à la charge des patients et complémentaires santé	6 464 072	6 656 558	6 673 972	7 534 566	7 395 451	7 204 436	2,20%
Dt pdts sur patients étrangers et autres établissements	843 934	781 353	726 688	840 344	778 142	649 629	-5,10%
<b>Produits de l'activité hospitalière (e+f)</b>	<b>70 448 962</b>	<b>72 342 754</b>	<b>71 159 301</b>	<b>75 627 016</b>	<b>77 499 573</b>	<b>77 430 496</b>	1,90%

Source : Logiciel Anafi et comptes financiers

**annexe 9 : Mouvements intervenus sur la ligne de trésorerie adossée au contrat « revolving » du  
16 novembre 2000**

Date	Plafond autorisé	Tirage	Remboursement	Amortissement	Capital utilisé	Capital disponible
31/12/2010	2 760 000,00 €	2 760 000,00 €			2 760 000,00 €	0,00 €
05/01/2011	2 760 000,00 €		2 760 000,00 €	2 760 000,00 €	0,00 €	2 760 000,00 €
30/12/2011	2 484 000,00 €	2 484 000,00 €			2 484 000,00 €	0,00 €
05/01/2012	2 484 000,00 €		2 484 000,00 €	2 484 000,00 €	0,00 €	2 484 000,00 €
28/12/2012	2 208 000,00 €	2 208 000,00 €			2 208 000,00 €	0,00 €
02/01/2013	2 208 000,00 €		2 208 000,00 €	2 208 000,00 €	0,00 €	2 208 000,00 €
01/07/2013	2 208 000,00 €	200 000,00 €			200 000,00 €	2 008 000,00 €
29/07/2013	2 208 000,00 €	300 000,00 €			500 000,00 €	1 708 000,00 €
01/08/2013	2 208 000,00 €		500 000,00 €		0,00 €	2 208 000,00 €
30/12/2013	1 932 000,00 €	1 932 000,00 €			1 932 000,00 €	0,00 €
03/01/2014	1 932 000,00 €		1 500 000,00 €	1 500 000,00 €	432 000,00 €	1 500 000,00 €
24/02/2014	1 932 000,00 €		432 000,00 €	432 000,00 €	0,00 €	1 932 000,00 €
31/12/2014	1 656 000,00 €	1 656 000,00 €			1 656 000,00 €	0,00 €
07/01/2015	1 656 000,00 €		1 656 000,00 €		0,00 €	1 656 000,00 €
23/01/2015	1 656 000,00 €	1 656 000,00 €			1 656 000,00 €	0,00 €
21/12/2015	1 656 000,00 €	1 380 000,00 €	1 656 000,00 €	1 380 000,00 €	1 380 000,00 €	0,00 €
21/12/2016	1 380 000,00 €			276 000,00 €	1 104 000,00 €	0,00 €
21/09/2017	1 104 000,00 €				1 104 000,00 €	0,00 €

Source : Finance Active

**annexe 10 : Mouvements intervenus sur la ligne de trésorerie adossée au contrat n° XU 00144543  
(Crédit agricole)**

Date	Plafond autorisé	Tirage	Remboursement	Capital utilisé	Capital disponible
31/12/2010	3 978 558,33 €	2 678 558,33 €		3 978 558,33 €	0,00 €
05/01/2011	3 978 558,33 €		3 978 558,33 €	0,00 €	3 978 558,33 €
28/01/2011	3 978 558,33 €			0,00 €	3 978 558,33 €
28/02/2011	3 978 558,33 €			0,00 €	3 939 166,67 €
27/05/2011	3 939 166,67 €			0,00 €	3 899 775,00 €
26/08/2011	3 899 775,00 €			0,00 €	3 860 383,33 €
28/11/2011	3 860 383,33 €			0,00 €	3 820 991,67 €
30/12/2011	3 820 991,67 €	3 820 991,67 €		3 820 991,67 €	0,00 €
05/01/2012	3 820 991,67 €		3 820 991,67 €	0,00 €	3 820 991,67 €
30/01/2012	3 820 991,67 €			0,00 €	3 820 991,67 €
28/02/2012	3 820 991,67 €			0,00 €	3 781 600,00 €
28/05/2012	3 781 600,00 €			0,00 €	3 742 208,33 €
25/07/2012	3 742 208,33 €	800 000,00 €		800 000,00 €	2 942 208,33 €
30/07/2012	3 742 208,33 €			800 000,00 €	2 942 208,33 €
28/08/2012	3 742 208,33 €	300 000,00 €		1 100 000,00 €	2 602 816,67 €
28/08/2012	3 742 208,33 €			1 100 000,00 €	2 602 816,67 €
29/08/2012	3 702 816,67 €		800 000,00 €	300 000,00 €	3 402 816,67 €
11/09/2012	3 702 816,67 €	400 000,00 €		700 000,00 €	3 002 816,67 €
25/09/2012	3 702 816,67 €	400 000,00 €		1 100 000,00 €	2 602 816,67 €
28/09/2012	3 702 816,67 €			1 100 000,00 €	2 602 816,67 €
29/10/2012	3 702 816,67 €			1 100 000,00 €	2 602 816,67 €
05/11/2012	3 702 816,67 €		400 000,00 €	700 000,00 €	3 002 816,67 €
28/11/2012	3 702 816,67 €			700 000,00 €	2 963 425,00 €
28/11/2012	3 702 816,67 €			700 000,00 €	2 963 425,00 €
03/12/2012	3 663 425,00 €		700 000,00 €	0,00 €	3 663 425,00 €
28/12/2012	3 663 425,00 €	3 663 425,00 €		3 663 425,00 €	0,00 €
02/01/2013	3 663 425,00 €		3 663 425,00 €	0,00 €	3 663 425,00 €
28/01/2013	3 663 425,00 €			0,00 €	3 663 425,00 €
31/01/2013	3 663 425,00 €	900 000,00 €		900 000,00 €	2 763 425,00 €
14/02/2013	3 663 425,00 €		300 000,00 €	600 000,00 €	3 063 425,00 €
20/02/2013	3 663 425,00 €		600 000,00 €	0,00 €	3 663 425,00 €
28/02/2013	3 663 425,00 €			0,00 €	3 624 033,33 €
03/04/2013	3 624 033,33 €	900 000,00 €		900 000,00 €	2 724 033,33 €
29/04/2013	3 624 033,33 €	800 000,00 €		1 700 000,00 €	1 924 033,33 €
05/06/2013	3 584 641,67 €	1 100 000,00 €		2 800 000,00 €	784 641,67 €
20/06/2013	3 584 641,67 €	400 000,00 €		3 200 000,00 €	384 641,67 €
01/07/2013	3 584 641,67 €	300 000,00 €		3 500 000,00 €	84 641,67 €
01/08/2013	3 584 641,67 €		3 500 000,00 €	0,00 €	3 584 641,67 €
30/12/2013	3 505 858,33 €	3 505 858,33 €		3 505 858,33 €	0,00 €
03/01/2014	3 505 858,33 €		3 505 858,33 €	0,00 €	3 505 858,33 €
24/01/2014	3 505 858,33 €	600 000,00 €		600 000,00 €	2 905 858,33 €
24/02/2014	3 505 858,33 €		300 000,00 €	300 000,00 €	3 205 858,33 €
03/03/2014	3 466 466,67 €		300 000,00 €	0,00 €	3 466 466,67 €
03/07/2014	3 427 075,00 €	400 000,00 €		400 000,00 €	3 027 075,00 €
07/10/2014	3 387 683,33 €	2 600 000,00 €		3 000 000,00 €	387 683,33 €
31/12/2014	3 348 291,67 €	348 291,67 €		3 348 291,67 €	0,00 €
07/01/2015	3 348 291,67 €		348 291,67 €	3 000 000,00 €	348 291,67 €
24/11/2015	3 230 116,67 €		3 000 000,00 €	3 190 725,00 €	39 391,67 €
25/09/2017	2 914 983,33 €			2 914 983,33 €	0,00 €

Source : Finance Active

**annexe 11 : Mouvements intervenus sur la ligne de trésorerie adossée à la convention du 16 novembre 2010**

Date	Tirage	Remboursement	Capital utilisé	Capital disponible
31/12/2010	2 760 000,00 €		2 760 000,00 €	0,00 €
05/01/2011		2 760 000,00 €	0,00 €	2 760 000,00 €
21/12/2011			0,00 €	2 484 000,00 €
30/12/2011	2 484 000,00 €		2 484 000,00 €	0,00 €
01/01/2012			2 484 000,00 €	0,00 €
05/01/2012		2 484 000,00 €	0,00 €	2 484 000,00 €
01/02/2012			0,00 €	2 484 000,00 €
21/12/2012			0,00 €	2 208 000,00 €
28/12/2012	2 208 000,00 €		2 208 000,00 €	0,00 €
01/01/2013			2 208 000,00 €	0,00 €
02/01/2013		2 208 000,00 €	0,00 €	2 208 000,00 €
01/07/2013	200 000,00 €		200 000,00 €	2 008 000,00 €
29/07/2013	300 000,00 €		500 000,00 €	1 708 000,00 €
01/08/2013		500 000,00 €	0,00 €	2 208 000,00 €
21/12/2013			0,00 €	1 932 000,00 €
30/12/2013	1 932 000,00 €		1 932 000,00 €	0,00 €
01/01/2014			1 932 000,00 €	0,00 €
03/01/2014		1 500 000,00 €	432 000,00 €	1 500 000,00 €
24/02/2014		432 000,00 €	0,00 €	1 932 000,00 €
01/03/2014			0,00 €	1 932 000,00 €
21/12/2014			0,00 €	1 656 000,00 €
31/12/2014	1 656 000,00 €		1 656 000,00 €	0,00 €
01/01/2015			1 656 000,00 €	0,00 €
07/01/2015		1 656 000,00 €	0,00 €	1 656 000,00 €
23/01/2015	1 656 000,00 €		1 656 000,00 €	0,00 €
21/12/2015	1 380 000,00 €	1 656 000,00 €	1 380 000,00 €	0,00 €

Source : Finance Active

**annexe 12 : Échéancier du contrat n° XU 00144543**

Date	Plafond autorisé	Tirage	Remboursement	Capital disponible
05/01/2011	3 978 558,33 €		3 978 558,33 €	3 978 558,33 €
30/12/2011	3 820 991,67 €	3 820 991,67 €		
05/01/2012	3 820 991,67 €		3 820 991,67 €	
25/07/2012	3 742 208,33 €	800 000,00 €		
28/08/2012	3 742 208,33 €	300 000,00 €		
29/08/2012	3 702 816,67 €		800 000,00 €	
11/09/2012	3 702 816,67 €	400 000,00 €		
25/09/2012	3 702 816,67 €	400 000,00 €		
05/11/2012	3 702 816,67 €		400 000,00 €	
03/12/2012	3 663 425,00 €		700 000,00 €	
28/12/2012	3 663 425,00 €	3 663 425,00 €		0 €
02/01/2013	3 663 425,00 €		3 663 425,00 €	3 663 425,00 €
31/01/2013	3 663 425,00 €	900 000,00 €		
14/02/2013	3 663 425,00 €		300 000,00 €	
20/02/2013	3 663 425,00 €		600 000,00 €	
03/04/2013	3 624 033,33 €	900 000,00 €		
29/04/2013	3 624 033,33 €	800 000,00 €		
05/06/2013	3 584 641,67 €	1 100 000,00 €		
20/06/2013	3 584 641,67 €	400 000,00 €		
01/07/2013	3 584 641,67 €	300 000,00 €		84 641,67 €
01/08/2013	3 584 641,67 €		3 500 000,00 €	3 584 641,67 €
30/12/2013	3 505 858,33 €	3 505 858,33 €		0 €
03/01/2014	3 505 858,33 €		3 505 858,33 €	3 505 858,33 €
24/01/2014	3 505 858,33 €	600 000,00 €		
24/02/2014	3 505 858,33 €		300 000,00 €	
03/03/2014	3 466 466,67 €		300 000,00 €	3 466 466,67 €
03/07/2014	3 427 075,00 €	400 000,00 €		
07/10/2014	3 387 683,33 €	2 600 000,00 €		
31/12/2014	3 348 291,67 €	348 291,67 €		0 €
07/01/2015	3 348 291,67 €		348 291,67 €	348 291,67 €
24/11/2015	3 230 116,67 €		3 000 000,00 €	3 230 116,67 €
25/09/2017	2 914 983,33 €			3 230 116,67 €

Source : Finance Active (26/09/2017) et CRC

## annexe 13 : Indicateur et sous-indicateurs du taux d'absentéisme pour motif médical et non médical

### - **Indicateur n°6 : taux d'absentéisme pour motif médical et non médical** (donnée obligatoire)<sup>131</sup>

- mode de calcul :

- *Nombre de jours d'absences du personnel*  
- *(hors congés, RTT, jours fériés, repos hebdomadaires, et hors absences pour formation et autres autorisations d'absences)*

---

*ETP moyen<sup>132</sup> sur l'année N x 365<sup>133</sup>*

- précisions sur le motif médical : maladie ordinaire, longue maladie/longue durée, accident du travail, accident de trajet, maladie professionnelle, maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions ;
- précisions sur le motif non médical : maternité, paternité, adoption
- affichage des résultats pour le personnel soignant (dans une colonne spécifique et à l'intérieur) et préciser pour deux métiers : infirmiers diplômés d'État et aides-soignants

### - **Sous-indicateurs** :

- durée moyenne des absences pour maladie et des absences pour maternité-paternité-adoption :

*Nombre total de jours d'absences pour motif médical*  

---

*Nombre d'agents ayant eu au moins un arrêt de travail au cours de la période de référence*

- nombre moyen de jours d'absence par agents :

*Nombre total de jours d'absences pour motif médical et non médical*  

---

*Effectif physique total au 31/12 de l'année de référence*

- taux d'absentéisme pour motif médical et non médical du personnel médical et du personnel non médical, par classe d'âge ;
- jour de carence (devenu sans objet)

<sup>131</sup> Instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>132</sup> Le nombre d'ETP moyen de l'année N est calculé en additionnant le nombre d'ETP à la fin de chaque mois de l'année N, le tout divisé par 12.

<sup>133</sup> Y compris les années bissextiles.

## GLOSSAIRE

AGGIR	autonomie gérontologique groupes iso-ressources
AM	assurance maladie
AMO	assurance maladie obligatoire
ANAP	agence nationale d'appui à la performance
ANFH	association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APA	allocation personnalisée d'autonomie
ARS	agence régionale de santé
AT	accident de trajet
AT	accident de travail
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	accueil et traitement des urgences
AVC	accident vasculaire cérébral
BA	budget annexe
BFR	besoin en fonds de roulement
CAF	capacité d'autofinancement
CET	compte épargne-temps
CF	compte financier
CGS	coordinateur général des soins
CH	centre hospitalier
CHSCT	comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CHU	centre hospitalier universitaire
CIDDIST	centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLD	congé de longue durée
CLM	congé longue maladie
CMD	catégorie majeure de diagnostic
CME	commission médicale d'établissement
CMP	centre médico-psychiatrique
CNOI	conseil national de l'ordre des infirmiers
COREVA	comité régional de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CRC	chambre régionale des comptes
CREDES	centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
CRPA	compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP	compte de résultat prévisionnel principal
CSG	court séjour gériatrique
CSP	code de la santé publique
CSRIMT	commission de soins infirmiers rééducation et médicoteknique
CTE	comité technique d'établissement
CVI	centre de vaccination internationale
DAF	dotation annuelle de financement
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins

DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIF	droit individuel à la formation
DIM	département de l'information médicale
DM	décision modificative
DMS	durée moyenne du séjour
DNA	dotation non affectée
DRH	directeur des ressources humaines
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSI	Direction des services informatiques
EHESP	école des hautes études en santé publique
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIFP	écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes
EPCI	établissement public de coopération intercommunale
EPRD	état prévisionnel de recettes et de dépenses
EPS	établissement publics de santé
ETP	équivalent temps-plein
ETPR	équivalent temps-plein rémunéré
FAM	foyer d'accueil médicalisé
FDR	fonds de roulement
FHF	Fédération hospitalière de France
FPH	fonction publique hospitalière
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHM	groupe homogène de malades
GHT	groupement hospitalier de territoire
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GVT	glissement vieillissement technicité
HC	hospitalisation complète
IAD	infirmier anesthésiste
IBODE	infirmier de bloc opératoire
IDE	infirmier diplômé d'État
IFAS	institut de formation des aides-soignants
IFSI	institut de formation de soins infirmiers
IGS	infirmier en soins généraux et spécialisés
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
IP-DMS	indice de performance – durée moyenne de séjour
IRM	imagerie par résonance magnétique
ISG	indemnité de sujétion géographique
IVG	interruption volontaire de grossesse
K€	kilo € = millier d'euros
M€	million d'euros
MAS	maison d'accueil spécialisée
MCO	médecine-chirurgie-obstétrique
MICGAC	mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MP	maladie professionnelle
NR	non renseigné

OMS	organisation mondiale de la santé
ONDAM	objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONDPS	observatoire national de la démographie des professions de santé
ORL	oto-rhino-laryngologie
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PM	personnel médical
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	personnel non médical
PPCR	protocole professionnel, carrières et rémunération
PRE	plan de rétablissement de l'équilibre financier
PSS	personnel des services de soins
RSA	résumé de sortie anonyme
RTT	réduction du temps de travail
SAU	service d'accueil des urgences
SIA	service de soins intensifs adultes
SIH	système d'information hospitalier
SIIPS	soins infirmiers individualisés à la personne soignée
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
SSR	service de soins de suite et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
TEP	tableau des effectifs permanents
TP	tout personnel
TPER	tableau prévisionnel des effectifs rémunérés
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
UMG	unité mobile de gériatrie
URI	urgences, réanimation et imagerie
URSSAF	union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales
USLD	unité de soins de longue durée
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Réponses aux observations définitives en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières : aucune réponse écrite destinée à être jointe au présent rapport n'a été adressée à la chambre régionale des comptes.



Les publications de la chambre régionale des comptes  
Occitanie

sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

**Chambre régionale des comptes Occitanie**  
**500, avenue des États du Languedoc**  
**CS 70755**  
**34064 MONTPELLIER CEDEX 2**

**occitanie@crtc.ccomptes.fr**

 **@crococcitanie**