



## Rapport d'observations définitives

### CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU PAYS DES HAUTES FALAISES -FÉCAMP

(Département de la Seine-Maritime)

Exercices 2011 à 2017

Observations délibérées le 21 juin 2018

## SOMMAIRE

<b>Synthèse.....</b>	<b>1</b>
<b>Rappel à la loi.....</b>	<b>2</b>
<b>Principales recommandations.....</b>	<b>2</b>
<b>I - Rappel de la procédure.....</b>	<b>2</b>
<b>II - Stratégie, activité et organisation.....</b>	<b>3</b>
A - Le centre hospitalier dans son environnement.....	3
1 - Un partenariat à pérenniser avec la clinique.....	3
2 - Une place à consolider sur le territoire de santé.....	5
B - L'activité et la productivité.....	7
1 - Une productivité variable d'un pôle à l'autre.....	7
2 - L'origine des séjours.....	7
3 - Les démarches qualité.....	8
C - Le pilotage.....	8
1 - Un établissement peu attractif.....	8
2 - Le fonctionnement institutionnel.....	9
<b>III - Fiabilité des comptes et analyse financière.....</b>	<b>10</b>
A - La fiabilité des comptes.....	10
1 - Le principe de sincérité et de régularité.....	10
2 - Le principe de prudence et la constitution des provisions.....	11
B - La situation financière de l'établissement.....	13
1 - Les budgets annexes.....	13
2 - L'exécution budgétaire.....	13
3 - L'analyse financière.....	14
<b>IV - Les personnels infirmiers.....</b>	<b>20</b>
A - Les personnels infirmiers.....	20
1 - La place des personnels infirmiers.....	20
2 - La gestion des personnels infirmiers.....	21
3 - Les politiques de recrutement et de fidélisation des infirmiers.....	23
B - L'exercice du métier d'infirmier.....	24
1 - Les personnels infirmiers au sein des équipes soignantes.....	24
2 - L'organisation et le temps de travail des infirmiers.....	25
3 - La condition infirmière.....	26
C - La formation des personnels infirmiers.....	27
1 - La place de la formation au sein de la politique des ressources humaines du CHI.....	27
2 - La formation initiale des personnels infirmiers.....	28
<b>Annexes.....</b>	<b>32</b>

## **SYNTHÈSE**

Le centre hospitalier intercommunal (CHI) du Pays des Hautes Falaises est un hôpital de proximité de 510 lits et 46 places, employant 906 agents et disposant d'un budget de 63 millions d'euros en 2016. Il dessert un bassin de population de 78 000 habitants. Son offre de soins médicale, gériatrique et obstétricale est complémentaire de l'offre chirurgicale de proximité de la clinique de l'Abbaye et des offres de recours du groupe hospitalier du Havre et du centre hospitalier universitaire de Rouen.

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes avait souligné le déficit structurel de cet établissement, qui équilibrait ses comptes en puisant dans la provision de 5 M€ constituée pour financer la reconstruction de l'hôpital et de la clinique sur un site unique. Il mettait en évidence le coût d'une maternité soumise à une concurrence forte. Malgré les mutualisations réalisées avec la clinique et l'organisation progressive d'un groupement hospitalier de territoire, cette fragilité demeure en raison d'une activité peu dynamique. Elle est accentuée par l'inaboutissement, depuis 2006, du projet de création d'un groupement de coopération sanitaire avec la clinique. L'avenir de cette dernière est incertain alors que ses chirurgiens sécurisent la prise en charge des parturientes de la maternité.

Jusqu'en 2013, l'ordonnateur en poste espérait que le déficit structurel, de l'ordre de 2 % des produits, allait se résorber au fur et à mesure de la mise en œuvre de la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation. Son successeur a décliné un plan de retour à l'équilibre qui a obtenu des résultats en 2014 et 2015, notamment grâce à une optimisation de la valorisation de l'activité et à la maîtrise des charges.

En 2016, le déficit s'est de nouveau creusé. En plus de la diminution des tarifs de certains groupes homogènes de séjour, l'hôpital a cumulé les coûts de l'absentéisme et du service de remplacement ainsi que des augmentations de capacitaire sans accroissement des recettes à hauteur des objectifs fixés en raison d'une ouverture en mars seulement. En 2017, la faiblesse de l'activité, notamment en maternité, et la décision de l'agence régionale de santé de requalifier l'aide à l'investissement de 3,2 M€ en crédits de tension budgétaire, mettent en relief un déficit prévisionnel de 4 % des produits. Un plan de retour à l'équilibre ambitieux s'impose pour faire face à ce déficit structurel, à un endettement préoccupant et à une trésorerie qui se dégrade rapidement. L'ampleur des économies à réaliser implique de mutualiser des activités avec la clinique et le groupement hospitalier de territoire et de s'interroger sur l'avenir de la maternité qui génère un déficit annuel de 2 M€.

L'établissement recrute facilement des infirmiers en raison de sa proximité avec l'institut de formation de Fécamp. Il a aussi su revoir les organisations de ses services de soins. Il éprouve cependant des difficultés persistantes à réduire l'absentéisme, y compris pour des agents évoluant en catégorie A.

Peu intégrée à l'université malgré la réforme dite licence, master, doctorat (LMD) de 2009, la formation dispensée par l'institut de formation en soins infirmiers de Fécamp demeure essentiellement professionnelle. Au-delà des mutualisations déjà effectives avec l'IFSI du Havre (concours commun, cours, parcours de stages), le projet médico-soignant du groupement hospitalier de territoire de l'Estuaire n'envisage pas d'avenir commun aux deux établissements. L'adoption récente, par la région Normandie, d'une carte visant à reconfigurer l'offre de formation en soins infirmiers n'a pas provoqué la remise en cause du projet de reconstruction des instituts de formation de Fécamp sur le site de l'ancien hôpital malgré le coût élevé de ce projet.

### **RAPPEL A LA LOI**

1. Assurer, par une organisation des plannings médicaux adaptée, la permanence des soins tout en respectant le repos de sécurité prévu par la réglementation ;
2. tenir à jour un inventaire.

### **PRINCIPALES RECOMMANDATIONS**

3. réunir le conseil stratégique hôpital – clinique en présence d'un représentant de l'agence régionale de santé afin de statuer sur la forme juridique adaptée aux mutualisations entre la clinique et l'hôpital ;
4. reprendre les provisions pour risques et charges qui ne répondent pas aux conditions prévues par l'instruction comptable M21 ;
5. adopter un plan de retour à l'équilibre ayant pour objectif la résorption du déficit structurel, ce qui implique de développer l'activité, de réaliser des économies et de mener à terme les mutualisations d'activité avec la clinique et les établissements du groupement hospitalier de territoire ;
6. geler le plan d'investissement hors crédits fléchés tant que la marge brute non aidée demeure inférieure à 8 % ;
7. modifier l'organisation du service de remplacement afin de réduire l'absentéisme ;
8. élaborer trimestriellement un plan de trésorerie.

## **I - RAPPEL DE LA PROCEDURE**

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier intercommunal (CHI) du Pays des Hautes Falaises à partir de l'année 2011. Par lettres en date du 28 février 2017 et du 2 septembre 2017, le président de la chambre en a informé M. Richard Lefèvre, directeur, ainsi que MM. Karim Amri, Jean-Pierre Viaud et Alain Renaud, anciens ordonnateurs. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 7 décembre 2017 entre M. Lefèvre et le rapporteur. Les entretiens de fin de contrôle avec les anciens ordonnateurs ont eu lieu respectivement le 28 novembre 2017, le 8 décembre 2017 et le 11 décembre 2017 entre M. Viaud, M. Amri et M. Renaud et le rapporteur.

L'examen de la gestion a été principalement conduit selon les axes suivants :

- les suites du précédent contrôle portant sur le financement des activités et des investissements, la pérennité de la maternité et la gestion des ressources humaines ;
- la fiabilité des comptes et l'analyse financière ;
- l'enquête sur les personnels infirmiers avec un focus sur l'institut de formation.

Lors de sa séance du 8 février 2018, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Lefèvre et pour les parties qui les concernent à MM. Amri, Viaud et Renaud, ainsi qu'aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause. MM. Lefèvre et Viaud ont répondu.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 21 juin 2018, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué au directeur en fonction et, pour la partie les concernant, à ses prédécesseurs en fonction au cours de la période examinée. Ce rapport, auquel est jointe votre réponse qui engage la seule responsabilité de son auteur, devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

## **II - STRATEGIE, ACTIVITE ET ORGANISATION**

### **A - Le centre hospitalier dans son environnement**

Le centre hospitalier intercommunal du Pays des Hautes Falaises est un hôpital de proximité qui dessert un bassin de population de 78 000 habitants. Son offre de soins axée sur la médecine, la gériatrie et l'obstétrique est complémentaire de l'offre chirurgicale de proximité de la clinique de l'Abbaye<sup>1</sup> et des offres de recours du groupe hospitalier du Havre et du centre hospitalier universitaire de Rouen.

En 2016, il salariait 785 équivalents temps plein (ETP) non médicaux et 46 ETP médicaux exerçant 71 métiers différents et représentant 1 180 bulletins de paye mensuels. Il dispose d'un budget de 63 M€. Son capacitaire total est de 510 lits et 46 places répartis en 110 lits de médecine, 60 lits de soins de suite et de réadaptation, 40 lits de soins de long séjour, de 30 places d'hospitalisation à domicile, de 300 lits d'établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), de 12 places d'accueil de jour Alzheimer et de 4 places en oncologie ambulatoire.

#### **1 - Un partenariat à pérenniser avec la clinique**

##### *a - Du partage de territoire à l'interdépendance*

Le précédent rapport de la chambre avait constaté que le regroupement sur un seul site du centre hospitalier intercommunal (CHI) du Pays des Hautes Falaises et de la clinique de l'Abbaye dans des locaux neufs en 2006 s'était traduit par un partage clair de leurs activités. Le CHI comprend un pôle médical aigu, un pôle mère enfant et un pôle gériatrique. L'offre de soins de la clinique se concentre sur la chirurgie. Le bloc obstétrical du CHI est en liaison directe avec le bloc chirurgical et la stérilisation de la clinique. La salle de réveil est partagée.

L'hôpital assure le service mobile d'urgence et de réanimation et l'accueil de toutes les urgences. La prise en charge des urgences chirurgicales est confiée ensuite aux praticiens libéraux de la clinique. La permanence des soins en imagerie associe des radiologues publics et des libéraux.

Lors de la réforme de l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES), la suppression des lignes de garde de la clinique a renforcé l'interdépendance des deux établissements. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2012, les chirurgiens de la clinique sont sous contrat avec l'hôpital pour assurer une astreinte de chirurgie digestive. Cette astreinte est indispensable à la sécurité de la maternité. Les partenariats avec le secteur

---

<sup>1</sup> Installée dans un bâtiment adjacent à celui de l'hôpital.

privé sont tout aussi indispensables pour assurer la prise en charge des urgences chirurgicales et la continuité des soins en radiologie.

En juillet 2013, la clinique a pris contact avec l'agence régionale de santé (ARS) pour proposer le rachat des parts sociales de la clinique par le CHI. Un cabinet d'audit a mené une étude en 2014 sur l'avenir de la chirurgie, qui conclut à la nécessité de maintenir une activité de proximité à Fécamp notamment pour garantir la sécurité de la maternité.

#### *b - Les limites du dispositif conventionnel*

Le précédent rapport de la chambre soulignait l'absence de réelle synergie entre l'hôpital et la clinique en raison d'une mutualisation limitée des moyens. Cette analyse a été confirmée par deux audits externes réalisés en 2014 et 2015 qui ont identifié un gisement d'économie d'1,5 M€ pour l'assurance maladie en cas de mutualisation des activités médicales liées aux blocs opératoires et des gains économiques et fonctionnels potentiels sur les fonctions logistiques, techniques et administratives.

Depuis 2011, plusieurs conventions ont renforcé les liens entre la clinique et l'hôpital. Outre l'astreinte de chirurgie, une convention prévoit la mise à disposition de personnels hospitaliers infirmiers issus du bloc opératoire, en vue de pallier des absences de longue durée de salariés de la clinique. Début 2016, 22 conventions de coopération existaient entre les deux structures. En 2017, la mutualisation de la restauration a complété ce dispositif, entraînant la création de deux ETP supplémentaires dont le coût serait, selon l'établissement, couvert par le produit des ventes de repas à la clinique et le remboursement d'un demi ETP.

Une étude juridique d'avril 2016 rappelait la nécessité de faire aboutir le projet de groupement de coopération sanitaire en cours depuis 2006. Outre sa complexité, le dispositif conventionnel actuel présente des risques juridiques liés au non-respect du droit de la concurrence pour certaines prestations supports<sup>2</sup> et au droit de la responsabilité pour les prestations médicales croisées, principalement dans le domaine de la permanence des soins.

Ces risques juridiques sont circonscrits : pour l'essentiel des prestations, le fournisseur est l'hôpital alors que la clinique n'est pas soumise au code des marchés publics. La clinique assure principalement une prestation pour l'hôpital : la stérilisation. Les risques juridiques dans le domaine médical sont aussi limités puisque les chirurgiens de la clinique sont salariés de l'hôpital lorsqu'ils sécurisent les prises en charge de la maternité. Il demeure néanmoins un risque médical lié à la prise en charge des urgences chirurgicales par les chirurgiens de la clinique comme l'a illustré un incident récent<sup>3</sup>.

#### *c - Un GCS qui se fait attendre*

Envisagée dès 2006, la création d'un groupement de coopération sanitaire entre l'hôpital et la clinique n'est toujours pas effective malgré les avis du directoire, l'information du conseil de surveillance de l'hôpital et la rédaction de projets de convention constitutive et de règlement intérieur.

Les études réalisées en 2014 montraient les limites de la création d'un GCS de droit privé qui, s'il était générateur d'économies pour l'assurance maladie, ne permettait pas d'équilibrer ses comptes et de financer le rachat des parts sociales de la clinique. Ce paradoxe provient des écarts de tarifs d'hospitalisation entre le secteur public et le secteur privé.

---

<sup>2</sup> Il s'agit des conventions portant sur la stérilisation, la blanchisserie et la restauration.

<sup>3</sup> D'après le compte rendu du conseil stratégique du 6 juin 2017, une convention d'avril 2016 entre le CHI et la clinique prévoit d'orienter certaines urgences chirurgicales vers le groupement hospitalier du Havre (GHH). Manifestement, ni le GHH ni la régulation médicale ne connaissent cette convention. Il en a résulté un défaut de prise en charge d'une fracture ouverte de la cheville aux urgences du CHI. L'établissement précise que cet incident a donné lieu à une revue de morbidité-mortalité en septembre 2017 afin de redéfinir le parcours du patient.

L'ordonnance du 12 janvier 2017 a assoupli les règles relatives au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire, notamment les règles de facturation. Elle permet l'exploitation sur un site unique des autorisations détenues par un ou plusieurs membres du GCS tout en laissant le choix au directeur général de l'agence régionale de santé de décider de l'échelle de tarifs applicable. Cette évolution législative améliore la viabilité économique d'un bloc opératoire commun à l'hôpital et à la clinique au sein d'un GCS.

La lettre de mission que lui a adressée la directrice générale de l'agence régionale de santé invite le directeur du CHI à consolider les coopérations au sein du groupement hospitalier de territoire en prenant en compte les coopérations existantes avec la clinique sans envisager la création d'un GCS<sup>4</sup>.

\*

La chambre recommande à l'ordonnateur de réunir le conseil stratégique hôpital – clinique en présence d'un représentant de l'agence régionale de santé afin de statuer sur la forme juridique adaptée aux mutualisations clinique – hôpital.

## 2 - Une place à consolider sur le territoire de santé

### a - *En proximité avec les libéraux*

Le territoire de Fécamp dispose d'une densité en professionnels de santé libéraux légèrement inférieure à la moyenne de la région Normandie qui est l'une des moins bien dotées de France et dont 27 % des omnipraticiens ont plus de soixante ans. La bonne articulation de l'hôpital de proximité avec ces professionnels de santé constitue le principal enjeu du parcours de soins.

Afin d'améliorer la communication avec les professionnels libéraux, le centre hospitalier a mis en place une solution de communication via une plateforme de consultation. Cette plateforme est sécurisée et permet d'informer le médecin libéral du parcours de soins de son patient par la réception automatique de notifications électroniques. En 2017, 60 médecins libéraux du territoire étaient inscrits sur la plateforme. Deux tiers des séjours sont transmis dans ce cadre.

L'hôpital ne dispose pas de laboratoire en propre et sous-traite ses analyses à un laboratoire privé qui se situe physiquement en face de son bâtiment principal. En 2016, les dépenses de biologie du CHI se sont élevées à 1 019 648 euros.

L'imagerie est organisée dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique qui appartient pour 35 % à un cabinet de radiologie privé et pour 65 % au CHI. Il gère un scanner dont l'activité est d'environ 12 000 forfaits techniques par an. La coopération médicale avec les cabinets privés du Havre et de Fécamp a favorisé une progression de l'activité externe en 2015.

L'hôpital a obtenu en septembre 2017 une autorisation d'installation d'un appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM). L'exploitation de cet équipement lourd sera réalisée par un GIE associant l'hôpital de Fécamp et les cabinets de radiologie privés du Havre et de Fécamp. Le seuil de rentabilité de cet équipement se situe à 3 500 actes, ce qui suppose de disposer de suffisamment de radiologues et de manipulateurs.

---

<sup>4</sup> La constitution d'un GCS figure cependant dans les fiches d'objectifs du CPOM 2014 – 2019 avec une échéance située en 2016.

La chambre souligne que les radiologues de Fécamp ne sont pas suffisamment nombreux pour exploiter cet IRM en plus du scanner et de la radiologie conventionnelle. Seule l'association de radiologues du Havre permettrait de rentabiliser l'ensemble des équipements.

*b - Au sein du groupement de coopération sanitaire « système d'information de l'Estuaire »*

La convention du groupement de coopération sanitaire Système d'information de l'Estuaire a été signée en 2011. L'objectif était notamment d'acquérir un dossier patient informatisé unique pour le groupe hospitalier du Havre, le centre hospitalier de Pont-Audemer, le centre gériatrique Desaint Jean et le centre hospitalier intercommunal de Fécamp.

L'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 prévoit que chaque groupement hospitalier de territoire devra se doter d'un schéma directeur informatique et d'un système d'information hospitalier convergeant vers des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels.

Bien que membre de la communauté hospitalière de territoire de l'Estuaire, le CHI Caux-Vallée de Seine a choisi un autre dossier patient au même moment. Des choix différents de logiciels de gestion ont aussi été effectués par le groupe hospitalier du Havre et l'hôpital de Fécamp en 2012.

Ces décisions, malgré l'existence d'une communauté hospitalière de territoire, complexifient le schéma directeur informatique adopté en 2017. Le coût de la convergence des applicatifs sera d'autant plus élevé.

*c - Au sein du groupement hospitalier de territoire de l'Estuaire de la Seine*

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'Estuaire de la Seine, constitué dans la continuité de la communauté hospitalière de territoire de l'Estuaire, rassemble les établissements publics d'un territoire couvrant 457 000 habitants répartis en quatre zones de proximité : la zone du Havre, celle de Fécamp, celle de Bolbec-Lillebonne et celle de Pont-Audemer.

S'appuyant sur les projets menés par la CHT de l'Estuaire, les établissements partenaires du GHT ont adopté en juin 2016 un projet médical de territoire, en complément de la convention constitutive et du projet médico-soignant. Ils développent au sein du GCS de l'Estuaire des mutualisations autour de plusieurs fonctions supports.

Le projet médico-soignant partagé a pour objectif d'optimiser le parcours de santé des patients. Il se fonde sur la priorité donnée à la stratégie de groupe public. Dans ce cadre, l'établissement support du GHT doit aider les établissements de proximité à renforcer leur activité et à monter en compétence. A ce jour, ce projet permet d'identifier des enjeux avec peu de mises en œuvre opérationnelles. Les quatre nouvelles autorisations d'IRM sur ce territoire, accordées en 2016 et 2017, risquent de rendre plus complexe cette stratégie de groupe public dans un contexte de rareté nationale et régionale des radiologues.

Une telle stratégie pourrait se heurter aux coopérations public-privé en place à Fécamp dans les domaines de la chirurgie, y compris carcinologique, et des activités médico-techniques.



## **B - L'activité et la productivité**

### **1 - Une productivité variable d'un pôle à l'autre**

Le précédent rapport de la chambre avait souligné les carences des outils de pilotage et notamment des tableaux de bord par pôle. La chambre invitait l'établissement à se doter de tableaux de bord, plus nombreux et plus fins, et à mettre en place des comptes de résultat analytique par pôle (CREA).

Le centre hospitalier établit chaque année un rapport annuel d'activité et de gestion détaillé. Des CREA sont élaborés depuis 2011 : ils permettent à l'établissement de mesurer l'activité produite par pôle et les coûts associés. Depuis 2014, les revues de gestion des pôles proposent des éléments d'analyse mais sans perspective pluriannuelle.

La tarification à l'activité rémunère les séjours hospitaliers sur la base d'un tarif couvrant les charges mobilisées sur une durée moyenne de séjour. Toute durée moyenne de séjour (DMS) plus longue implique des charges non couvertes par le tarif alloué. Les indicateurs de performance comparant les durées moyennes de séjours de l'établissement à ceux d'une base régionale et d'une base nationale sont défavorables sur la période examinée essentiellement en chirurgie (ce qui traduit un surcoût relatif pour l'établissement) et favorables en médecine comme le montre le tableau 1 de l'annexe 1.

Les outils d'analyse issus de la base de données de la fédération hospitalière de France permettent d'estimer le potentiel financier lié à l'optimisation des prises en charge du pôle mère enfant<sup>5</sup> à 315 342 euros<sup>6</sup> comme l'indique le tableau 2 de l'annexe 1. L'analyse détaillée par domaine d'activité figurant au tableau 3 de l'annexe 1 confirme les marges de progression du pôle mère enfant aussi bien en chirurgie gynécologique qu'en obstétrique.

Le précédent rapport de la chambre avait souligné la hausse du nombre d'accouchements après l'ouverture du nouvel hôpital en 2006, tout en mettant en exergue la forte concurrence s'exerçant sur ce territoire. Le nombre d'accouchements a baissé de manière continue entre 2012 et 2017, soit une perte d'activité de 20 % pour ce service. Entre 2013 et 2015, la productivité de ce service, a reculé et le nombre d'accouchements rapporté au nombre d'obstétriciens et de sages-femmes a baissé de 38 à 31 d'après les données de la base Hospidiag.

Le compte de résultat analytique par pôle met en évidence le déficit structurel du pôle mère/enfant, qui oscille entre 1,7 M€ et 2,2 M€ sur la période examinée. En 2017, la baisse sensible de l'activité d'obstétrique devrait aggraver ce déséquilibre.

L'excédent chronique du pôle médical aigu compense en grande partie ce déficit structurel. Le déficit du pôle gériatrie compromet cependant l'équilibre économique de l'établissement.

### **2 - L'origine des séjours**

La zone d'attractivité est la zone géographique de recrutement de 80 % des séjours des patients d'un établissement. Pour l'hôpital de Fécamp, cette zone concerne 78 956 habitants.

---

<sup>5</sup> L'activité chirurgicale de l'hôpital est une activité de chirurgie gynécologique.

<sup>6</sup> Soit chirurgie (179 227 €) et obstétrique (176 115 €).

Sur cette zone, le centre hospitalier du Pays des Hautes Falaises prend en charge 28,9 % des séjours. Sa part de marché s'élève à 39,1 % en médecine et 71 % en obstétrique. Ces tableaux illustrent la complémentarité avec la clinique de l'Abbaye qui prend en charge 38 % des séjours de chirurgie de la zone. Ils montrent les rôles de recours exercés sur ce territoire par le CHU de Rouen, le groupe hospitalier du Havre et la clinique des Ormeaux.

Les niveaux de sévérité traduisent la lourdeur des cas traités comprenant les comorbidités et les complications. Pour le centre hospitalier, la valeur de cet indicateur progresse sur la période 2012-2016, ce qui illustre un poids croissant des soins qu'il prend en charge. Ce taux est relativement élevé au regard des établissements de même type. Il traduit également la faible mobilité d'une partie des patients du CHI.

### 3 - Les démarches qualité

La politique qualité est déclinée sur la base de cinq axes portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles, la gestion des risques et le développement d'indicateurs qualité rendus publics. Des actualisations régulières de cette politique ont été présentées et validées en conseil de surveillance.

La haute autorité de santé (HAS) a certifié l'établissement en 2015 avec cinq recommandations portant sur les achats écoresponsables et approvisionnements, la gestion du dossier patient en court séjour, la prise en charge médicamenteuse en court séjour, l'organisation du bloc opératoire et la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles liées aux indicateurs de pratique clinique. En 2017, l'hôpital s'est inscrit dans la démarche de la préparation des professionnels à la visite de certification V2014, prévue en septembre 2018.

Une évaluation externe, réalisée en mars 2012 sur l'ensemble des EHPAD de l'établissement, a relevé six non-conformités réglementaires et formulé vingt-deux préconisations déclinées en actions à programmer. Dans un courrier adressé à l'ARS, le 25 mars 2016, le directeur a présenté les actions d'amélioration entreprises.

## C - Le pilotage

### 1 - Un établissement peu attractif

Les postes de directeurs adjoints ont été vacants sur une longue période. Sur le poste de directeur des ressources humaines, après avoir fait fonction, un attaché a été nommé.

Les publications au journal officiel des postes de praticien hospitalier vacants traduisent les difficultés de recrutement médical de l'hôpital de Fécamp.

Il s'agit pour l'établissement d'un enjeu majeur en raison de la démographie médicale locale et nationale. La pyramide des âges traduit un vieillissement de la communauté médicale notamment des praticiens hospitaliers titulaires.

Cette situation impose le recours à des palliatifs coûteux tels que l'intérim médical ou les contrats de cliniciens. Jusqu'en 2015<sup>7</sup>, le service des urgences a attiré des médecins en ayant recours à une organisation de la permanence des soins s'appuyant sur des gardes médicales en temps continu de 48 heures ne respectant pas le repos de sécurité. En anesthésie et surveillance continue, les gardes médicales sont organisées sur la base de gardes de 24 heures en temps continu regroupées sur une semaine par mois, ce qui ne permet pas de respecter le repos de sécurité.

---

<sup>7</sup> Aux urgences, l'ancien ordonnateur avait mis en place des plannings conformes à la réglementation en 2015, ce qui s'est traduit par le départ de plusieurs médecins.

\*

La chambre rappelle à l'établissement son obligation de respecter le repos de sécurité dans tous les services de soins.

## 2 - Le fonctionnement institutionnel

### a - *Des documents stratégiques répondant partiellement aux enjeux*

Le précédent projet d'établissement avait couvert la période 2010 à 2014. Il a été marqué par le transfert de l'activité de psychiatrie au groupe hospitalier du Havre et l'ouverture du centre de gérontologie Yvon Lamour à la suite du déménagement de l'EHPAD et de l'USLD de Maniquerville. Il a aussi permis de déployer un dossier patient informatisé sur le centre hospitalier tout en mutualisant les ressources informatiques avec la clinique.

Le projet d'établissement 2015-2019 a été élaboré en 2014 à partir d'un bilan du précédent projet. Il a été présenté aux instances en juin 2015 et adressé à l'agence régionale de santé (ARS) et au conseil départemental de la Seine-Maritime en juillet 2015. Un bilan d'étape a été réalisé en mai 2017. Il montre une mise en œuvre progressive du projet tout en soulignant la nécessité de l'inscrire dans son environnement.

Bien que conforme à la réglementation et reposant sur un volet médical ambitieux, ce projet d'établissement et le bilan d'étape réalisé ne s'appuient ni sur une analyse de la démographie médicale ni sur les outils à mettre en œuvre pour rendre l'établissement plus attractif.

La feuille de route commune à l'hôpital et à la clinique, rédigée à l'occasion du plan triennal 2015 - 2017 fixé par le gouvernement, organise un capacitaire commun conforme aux objectifs ambulatoires nationaux sans s'interroger sur les ressources médicales et les coopérations territoriales.

Seules les notes confidentielles adressées à l'agence régionale de santé par l'ancien et l'actuel ordonnateur lors de leur prise de poste, et la lettre de mission adressée au directeur le 19 avril 2017, répondent partiellement à ces enjeux stratégiques.

### b - *Le CPOM et la convention tripartite*

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en vigueur couvre la période 2014-2019. Ce contrat a pris effet rétroactivement au 15 avril 2014 pour assurer la continuité avec l'ancien CPOM 2007-2011 qui avait été prolongé par 15 avenants.

La dernière convention tripartite, signée le 5 octobre 2009, couvre la période 2009 à 2013. Par courrier en date du 9 mai 2014, l'ARS et le conseil départemental de la Seine-Maritime ont prorogé cette convention tripartite de deuxième génération. Il est prévu une reconduction tacite par période de six mois jusqu'à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens consacré à ces activités.

### c - *Une délégation de gestion limitée*

Le précédent rapport de la chambre avait estimé que les sept pôles en place en 2009 pouvaient aisément être réduits à cinq afin de favoriser une plus grande implication des chefs de pôle. Réparties en quatre pôles depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010, les activités médicales sont organisées autour de trois pôles depuis 2012.

Les contrats de pôle ont été instaurés par la loi HPST. Ils sont conclus pour quatre ans. Les derniers contrats en cours au sein du centre hospitalier ont été signés en juillet 2016 et couvrent la période 2016-2017. Les contrats du CHI prévoient pour chaque chef de pôle

une délégation limitée à la gestion d'une enveloppe financière. La gestion par le chef de pôle est surtout accompagnée : il participe au processus de décision mais la direction de l'établissement reste décisionnaire.

Quatre revues de gestion trimestrielles sont organisées et ponctuent le dialogue de gestion. Un rapport d'activité annuel est réalisé par chaque pôle. Le plan de retour à l'équilibre engagé début 2014 a été décliné en actions qui ont été consignées dans des contrats de pôle. Un mécanisme d'intéressement est prévu. En cas d'atteinte des objectifs, le pôle peut prétendre à deux enveloppes, l'une en investissement et l'autre en exploitation. Aucune délégation de signature n'est accordée aux différents chefs de pôle.

### **III - FIABILITE DES COMPTES ET ANALYSE FINANCIERE**

Bien que non soumis à l'obligation de certification de ses comptes en application de l'article D. 6145-61-6 du code de la santé publique, le centre hospitalier intercommunal du Pays des Hautes Falaises a procédé à une démarche de fiabilisation de ses comptes durant la période examinée.

#### **A - La fiabilité des comptes**

##### **1 - Le principe de sincérité et de régularité**

###### *a - Un inventaire à mettre à jour*

L'instruction comptable M21 prévoit que l'ordonnateur tient à jour un inventaire physique de ses biens et qu'un rapprochement entre l'état de l'actif tenu par le comptable et l'inventaire doit permettre d'établir un certificat de concordance.

L'inventaire physique du CHI n'est pas à jour. Le rapprochement avec l'état de l'actif tenu par le comptable n'est réalisé que pour les investissements faisant l'objet de fiches d'amortissement. L'ordonnateur a prévu de déployer en 2018 une gestion de maintenance assistée par ordinateur afin de suivre tous ses biens.

\*

La chambre rappelle à l'ordonnateur son obligation de tenir à jour un inventaire physique et de le rapprocher avec l'état de l'actif du comptable.

###### *b - L'intégration des immobilisations en cours.*

Le compte 23 fait apparaître la valeur des immobilisations non terminées, ni mises en service à la fin de chaque exercice. Dès leur mise en service, ces immobilisations doivent figurer au compte 21 afin d'être amorties.

Au cours de la période sous revue, caractérisée par des investissements importants, le CHI s'est conformé à cette obligation.

###### *c - Les amortissements*

Selon l'instruction comptable M21, « les amortissements sont définis comme la constatation comptable d'un amoindrissement de la valeur d'un élément d'actif résultant de l'usage, du temps, du changement des techniques ou de toute autre cause dont les effets sont jugés irréversibles ». Cette instruction précise qu'un plan d'amortissement préétabli doit permettre d'étaler la valeur des biens sur une durée probable de vie.

Le précédent rapport de la chambre avait souligné la durée d'amortissement excessive de certains bâtiments (jusqu'à 50 ans).

En 2015, l'ordonnateur a établi un certificat administratif portant des corrections d'écritures d'immobilisation dans le cadre d'une opération de fiabilisation des comptes. Ce certificat constate la grande variété des durées d'amortissement des bâtiments, de 20 à 50 ans, y compris pour des bâtiments ayant le même usage. Il met aussi en évidence l'amortissement annuel de 32 000 euros prévu jusqu'en 2026 pour le site de Maniquerville, pourtant désaffecté depuis 2011.

Conformément aux avis du 27 mai 2011 et du 18 octobre 2012 du conseil de normalisation des comptes publics, l'ancien ordonnateur a procédé à des corrections d'écriture afin d'harmoniser les durées d'amortissement des bâtiments sur 30 ans et solder l'amortissement du site de Maniquerville. Ces corrections d'écriture ont été réalisées en situation nette, c'est-à-dire au sein des passifs du haut du bilan plutôt qu'au compte de résultat de l'exercice au cours duquel elles sont constatées.

## 2 - Le principe de prudence et la constitution des provisions

### a - *Les provisions pour renouvellement des immobilisations*

Le précédent rapport de la chambre avait souligné que le CHI avait bénéficié, dès 2001, de dotations budgétaires supplémentaires destinées à financer par anticipation les surcoûts liés à la construction du nouvel hôpital. L'instruction comptable M21 dispose que « *cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie... L'établissement doit reprendre de sa propre initiative les provisions dès que les biens mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement et/ou financières débute. La reprise de la provision au compte de résultat a pour effet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et/ou charges financières liés aux biens financés au niveau des résultats de l'exercice. La reprise s'opère selon les modalités définies par l'ARS ou à défaut par l'établissement. Elle doit être achevée à la fin de la durée d'utilisation du bien.* »

Le tableau de l'annexe 2 montre l'incidence sur le résultat de cette aide et de son provisionnement. En 2011, la reprise sur provision à hauteur de 2,5 M€ a été justifiée par la nécessité de solder la valeur nette comptable liée à la vente de l'ancien hôpital pour 1,9 M€, par le financement des surcoûts d'investissement pour 338 162 euros et par le financement du déficit structurel à hauteur de 300 000 euros. En 2012, la reprise sur provision a été surévaluée de 114 381 euros et a couvert une partie du déficit structurel. En 2013 et 2014, elle a été sous-évaluée à hauteur respectivement de 137 046 euros et 59 495 euros<sup>8</sup>.

Depuis 2015, l'aide versée est supérieure aux surcoûts financiers générés. En 2016, cette aide a financé des dépenses de l'exercice à hauteur de 267 483 euros.

---

<sup>8</sup> En 2015, l'ancien ordonnateur a décidé de solder les 432 103 euros restant au compte 142 pour cette opération en effectuant une reprise sur provision de 21 605 euros de 2015 à 2034 afin de lisser le solde de cette reprise sur la durée moyenne des emprunts relatifs à la construction de l'hôpital.

*b - Les provisions pour compte épargne temps*

Selon la nomenclature comptable M21, le compte 153 enregistre toutes provisions pour charges de personnel liées au compte épargne temps (CET). L'établissement doit constituer des provisions suffisantes pour couvrir les charges afférentes aux jours épargnés en CET pour l'ensemble des personnels et procéder à des reprises sur provisions pour couvrir le coût que l'établissement supportera du fait des conditions futures de consommation des droits ouverts aux personnels concernés.

À la clôture de l'exercice 2016, la provision pour charges liées au CET du personnel médical s'élevait à 645 100 euros et celle pour le personnel non médical à 88 114 euros. Ces montants correspondent à la valorisation des jours mis en CET selon les règles de comptabilisation en vigueur depuis 2014.

*c - Les provisions pour risques et charges*

Selon la nomenclature comptable M21, le compte 157 est destiné à recevoir les provisions ayant pour objet de répartir sur plusieurs exercices les dépenses prévisibles telles que les gros entretiens dont l'importance exceptionnelle peut impliquer l'étalement dans le temps. Cette nomenclature précise que les provisions pour gros entretiens doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien.

Bien que ne disposant pas de plan pluriannuel d'entretien, le CHI a provisionné 149 213 euros au compte 157.

De même, des provisions peuvent être comptabilisés au compte 158 dans les cas suivants : provision pour remise en état d'un site, pour désamiantage, pour élimination des déchets, pour le droit individuel à la formation, pour restructuration et pour frais de démolition d'un immeuble.

Le CHI a provisionné 2,6 M€ au compte 158 pour divers motifs n'entrant pas dans les cas précités comme les remplacements pour congés d'été et absentéisme ou le paiement d'heures supplémentaires. L'instruction comptable précise que les droits financiers acquis par les personnels donnent lieu à comptabilisation d'une charge à payer et que les provisions pour charges ne doivent pas servir à constituer des réserves budgétaires.

\*

La chambre recommande à l'ordonnateur de reprendre les provisions pour risques et charges qui ne sont pas justifiées par l'un des motifs prévus par l'instruction comptable.

*d - Les provisions pour créances irrécouvrables*

L'instruction comptable M21 prévoit que les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique.

Jusqu'en 2015, les ordonnateurs se contentaient de provisionner 20 000 euros et de procéder à l'admission en non-valeur des créances devenues irrécouvrables.

En 2015, le directeur a mis en place, avec le comptable public, une méthode statistique d'évaluation du risque d'irrécouvrabilité des créances en fonction de leur ancienneté et du débiteur. Le montant actualisé de ce risque au 7 janvier 2016 est de 187 012 euros. Faute de disposer des fonds au compte 492, il a procédé à un virement du compte 142 au profit du 492 pour un montant de 200 000 euros d'après le rapport financier 2015.

La chambre constate que le financement de cette provision par un virement du compte 142 ne trouve son fondement que dans la volonté de ne pas peser sur le résultat de l'exercice.

## **B - La situation financière de l'établissement**

Le précédent rapport de la chambre avait souligné que malgré un taux d'endettement très élevé, lié à la construction du nouvel hôpital, il était prévu de réaliser 31,6 M€ d'investissements sur la période allant de 2009 à 2018, afin de disposer d'un nouveau centre gérontologique et d'une plateforme logistique à proximité.

En dépit des effets du plan de retour à l'équilibre mis en place en 2013 lors du changement d'ordonnateur, le rapport financier prévisionnel réalisé en septembre 2017 semble confirmer l'analyse de la chambre en mettant en évidence un déficit prévisionnel de 1,6 M€ et une incapacité à financer des investissements sans l'aide de l'agence régionale de santé. En définitive, le résultat provisoire 2017 ressort, selon le directeur, à un montant légèrement inférieur (soit 1,088 M€ au lieu de 1,6 M€). De même, une amélioration sensible de la CAF serait attendue en 2018.

### **1 - Les budgets annexes**

Le CHI dispose d'un budget principal (le budget H de l'hôpital) et de cinq budgets annexes : le budget de l'unité de soins de longue durée (USLD), le budget des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), le budget portant l'accueil de jour Alzheimer (E3), le budget du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et le budget de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Le poids de chacun de ces budgets dans le total des produits figure dans le tableau 1 :

**Tableau n° 1 : Poids de chaque budget dans le total des produits**

Budget	Recettes	Poids
Budget principal	45 547 795,06 €	70,9 %
Budget USLD E1	2 406 042,22 €	3,7 %
Budget EHPAD E2	14 147 176,46 €	22,0 %
Budget accueil de jour	241 331,92 €	0,4 %
Budget PO CSAPA	407 227,95 €	0,6 %
Budget C IFSI	1 535 314,31 €	2,4 %
<b>Budget consolidé</b>	<b>64 284 887,92 €</b>	<b>100,0 %</b>

L'analyse financière portera essentiellement sur le budget principal et le budget EHPAD en raison du faible poids des autres budgets sur la période examinée, qui atteignent au surplus l'équilibre.

### **2 - L'exécution budgétaire**

Le précédent rapport de la chambre avait souligné la bonne qualité des prévisions budgétaires du fait d'écart entre l'estimation et le constaté limités à 3 %. Le tableau 2 permet de constater que cette qualité des prévisions demeure : les écarts constatés en 2013 et 2014 sont liés au retard du transfert du secteur psychiatrique et au mécanisme des rétrocessions.

**Tableau n° 2 : Ecart entre les prévisions budgétaires et le réalisé en exploitation**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits	0,8 %	2,0 %	4,0 %	3,6 %	- 1,7 %	1,6 %
Charges	0,9 %	2,1 %	1,2 %	2,7 %	- 2,1 %	3,3 %

Source : EPRD 2011 à 2016

En 2016, le décalage constaté pour les charges provient de l'inscription optimiste d'économies sur les crédits de remplacement à la suite de la création d'un service de remplacement.

Sur cet exercice, le CHI a équilibré son budget en inscrivant la vente d'un bâtiment dont il a émis le titre de recette avant de l'annuler. Le rapport financier précise à propos de cette opération : « *elle conditionnait l'équilibre de l'exercice mais de manière artificielle puisqu'une opération de cette nature ne doit pas remplir ce rôle dans le budget d'un établissement.* »

### 3 - L'analyse financière

Le précédent rapport de la chambre avait mis en évidence un déficit structurel oscillant entre 800 000 et 1,5 M€, masqué par des reprises de provision sur les immobilisations. Il soulignait une perspective de retour à l'équilibre conditionnée par la mise en œuvre de la réforme du financement à l'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Sur la période examinée, les ordonnateurs ont suivi l'évolution de ce résultat retraité du budget principal comme l'illustre le tableau 3. Malgré la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre en 2013, le déficit n'a pas été totalement résorbé.

**Tableau n° 3 : Résultats retraités par le CHI**

	2011	2012	2013	2014	2015
Résultat comptable	- 294 277 €	- 446 568 €	99 416 €	- 40 723 €	136 073 €
Résultat retraité par le CHI	- 856 442 €	- 1 019 541 €	- 908 612 €	- 495 493 €	- 167 987 €
<b>Résultat retraité rapporté aux produits</b>	<b>- 2,0 %</b>	<b>- 2,4 %</b>	<b>- 2,2 %</b>	<b>- 1,1 %</b>	<b>- 0,4 %</b>

Source : comptes de gestion et comptes financiers

La décision du 27 novembre 2017 de l'agence régionale de santé (ARS) de requalifier l'aide annuelle à l'investissement de 3,2 M€ versée à l'établissement en crédits de tension budgétaire met en évidence un déficit structurel de l'ordre de 4 M€.

#### a - *La répartition et l'évolution des produits*

Sur la période examinée, les produits de la tarification à l'activité ont progressé de 3,3 %. Cette évolution est d'autant plus notable que, d'après les rapports d'activité de l'établissement, l'activité a stagné depuis 2011<sup>9</sup>. L'optimisation de la valorisation de l'activité explique en grande partie ces ressources supplémentaires.

La baisse structurelle des dotations annuelles de financement de 900 000 euros résulte du transfert au groupe hospitalier du Havre de l'activité de psychiatrie. Celle de 3 M€, concernant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, n'est qu'apparente : les crédits ont été transférés en 2013 sur le fonds d'intervention régionale avec un versement par l'Etat au lieu de l'assurance maladie.

<sup>9</sup> A l'exception des urgences, des soins externes et des activités nouvelles comme l'hospitalisation à domicile.



La mise en place en 2013 de la facturation des chambres particulières a généré une forte progression des produits annexes à l'activité hospitalière, soit une recette annuelle de 700 000 euros.

Ce même tableau permet de constater une baisse des produits à la charge des patients et des mutuelles depuis 2014. Le passage à la tarification à l'activité a conduit certains établissements à faire progresser leurs tarifs de prestation journaliers indépendamment des règles de calcul fixées par la réglementation. Le compte rendu du directoire du 1<sup>er</sup> juillet 2015 indique qu'une baisse des tarifs est échelonnée sur plusieurs années du fait d'écarts importants.

Les produits et dotations issus de l'hébergement des personnes âgées ont stagné sur la période examinée. Ce tableau met aussi en évidence la part importante des résidents payants au CHI.

#### *b - La répartition et l'évolution des charges*

Les consommations intermédiaires sont stables depuis 2011. Les variations annuelles sont principalement liées à l'évolution des dépenses de médicaments en rétrocession qui génèrent une recette équivalente. La participation des budgets annexes aux charges communes est en baisse sur la période examinée.

Les charges de personnel ont augmenté de 2,1 % par an depuis 2011 comme l'illustre le tableau 1 de l'annexe 3. Il ressort de ce tableau que les rémunérations ont évolué moins vite que les charges sociales. Les frais financiers baissent sensiblement.

#### *c - L'analyse des résultats et de leurs retraitements*

**Tableau n° 4 : Evolution des résultats comptables des principaux budgets**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Résultat net comptable</b>	<b>168 516 €</b>	<b>-132 887 €</b>	<b>- 63 382 €</b>	<b>9 093 €</b>	<b>96 689 €</b>	<b>-548 700 €</b>
<i>en % du total des produits</i>	0,3 %	-0,2 %	-0,1 %	0,0 %	0,2 %	-0,9 %
Résultat net du budget principal	-294 277 €	-446 568 €	99 416 €	-40 723 €	136 073 €	-805 376 €
<i>en % du total des produits du budget H</i>	-0,7 %	-1,1 %	0,2 %	-0,1 %	0,3 %	-1,9 %
Résultat net des budgets B, E, J	472 401 €	244 033 €	-295 223 €	17 787 €	- 58 604 €	123 491 €
<i>en % du total des produits du budget B, E, J</i>	2,9 %	1,5 %	-1,8 %	0,1 %	-0,4 %	0,8 %

Source : comptes de gestion retraités

Le tableau 4 illustre l'évolution des résultats comptables du budget principal et du budget EHPAD depuis 2011. On constate que le retour à l'équilibre comptable en 2014 et 2015 n'a pas été confirmé en 2016 malgré l'équilibre du budget EHPAD. Le résultat prévisionnel au 30 septembre 2017 fait apparaître un déficit de 1,3 M€ pour le budget principal et 1,6 M€ tous budgets confondus.

Conformément à la méthodologie utilisée lors du précédent contrôle de la chambre, le compte financier de l'ordonnateur présente une estimation du résultat retraité du budget principal neutralisant les reports de charges et de produits, les aides exceptionnelles de l'ARS et les reprises sur provision pour équilibrage. Cette méthode met en lumière un déficit structurel pour les années 2011 à 2015.

En 2016, l'établissement n'a pas retraité son résultat comptable, qui fait apparaître un déficit du budget consolidé de 548 404 euros et un déficit comptable du budget principal de 805 376 euros, soit 1,8 % des recettes. D'après les documents transmis par l'ordonnateur, l'agence régionale de santé n'a pas versé d'aide exceptionnelle en 2016.

Après retraitement des résultats du budget principal pour prendre en compte les anomalies du provisionnement au compte 142, l'évolution du déficit structurel est la suivante :

**Tableau n° 5 : Evolution du déficit structurel après retraitements**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Résultat comptable	-294 277 €	- 446 568 €	99 416 €	- 40 723 €	136 073 €	- 805 376 €
Résultat retraité par la CRC	-517 054 €	- 803 299 €	-771 566 €	59 495 €	- 39 662 €	-1 072 859 €
<b>Résultat retraité rapporté aux produits</b>	<b>-1,2 %</b>	<b>-1,9 %</b>	<b>-1,8 %</b>	<b>0,1 %</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>-2,4 %</b>

Source : comptes de gestion et comptes financiers retraités

Sur l'ensemble de la période examinée, le déficit structurel de l'hôpital demeure inférieur au seuil de 3 % des produits qui est l'un des critères du déséquilibre financier pouvant conduire l'agence régionale de santé à imposer un plan de redressement. Cependant, après quatre ans d'amélioration, cet indicateur s'est fortement dégradé en 2016.

#### *d - Les effets insuffisants du plan de retour à l'équilibre*

L'ordonnateur en place jusqu'en 2013 estimait que la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) devait résorber le déficit structurel en générant une recette complémentaire estimée à 1,7 M€ en 2012 et à 1,3 M€ en 2013.

L'ordonnateur en poste de 2013 à 2016 évaluait une recette potentielle de 863 000 € liée à cette réforme, tout en précisant que sa date de mise en œuvre était incertaine. Il a fait adopter par les instances de l'hôpital un plan de retour à l'équilibre fondé sur 740 000 euros de recettes supplémentaires et 630 000 euros d'économies.

Entre 2011 et 2015, l'agence régionale de santé a attribué 700 000 € de crédits pérennes au titre du financement du SSR. Les deux millions d'euros de recettes d'activité supplémentaires proviennent de l'optimisation du codage et de la création du service d'hospitalisation à domicile. Au cours de cette période, l'activité a stagné et les dépenses ont été maîtrisées. Le budget de l'EHPAD a été rééquilibré.

En 2016, la dégradation du résultat est due à des créations de postes sur le service de remplacement.

En 2016, l'agence régionale de santé avait informé les établissements de l'ancien territoire haut normand d'une remise à plat des financements dits d'aide à la contractualisation historiques. Par un courrier du 27 novembre 2017, elle a constaté que les crédits d'aide à l'investissement attribués depuis 2001 au CHI en faisaient une opération aidée à 60 % à fin 2016. En conséquence, elle a décidé de réaffecter les 3,2 M€ en crédits de tensions budgétaires pour 2017. Elle a précisé que le versement de ces crédits en 2018 serait lié à la signature d'un avenant au CPOM.

Le déficit prévisionnel de 1,2 M€ au budget principal en 2017, notamment dû à la faiblesse de l'activité, renforce la nécessité d'adopter un plan de retour à l'équilibre ayant pour objectif d'absorber un déficit structurel de 4 M€.

Lors de sa prise de poste, le nouvel ordonnateur avait souligné que le taux d'absentéisme du CHI était de 12,3 % en 2016 contre 9 % pour la moyenne nationale. Il en avait estimé le surcoût à 300 000 €. Les contrats de pôle fixent des objectifs générant 600 000 € de recettes. Les économies sur les achats portent sur 300 000 €. Dans un contexte de mise en œuvre du protocole PPCR<sup>10</sup>, les dépenses de personnel seront au mieux stabilisées.

<sup>10</sup> Parcours professionnels, carrières, rémunérations.

La maternité génère un déficit structurel de 2 M€ par an. La recherche d'économies d'échelle par des réorganisations territoriales ou par une intégration complète de l'hôpital et de la clinique pourrait permettre de résorber ce déficit. Le directeur indique que cette recommandation a trouvé une première mise en œuvre à travers, d'une part, une collaboration renforcée avec les sages-femmes libérales et le développement d'une nouvelle consultation délocalisée en gynécologie obstétrique, d'autre part par l'engagement d'une réflexion opérationnelle sur la mutualisation des blocs de l'hôpital et de la clinique de l'Abbaye. La chambre ne peut qu'encourager l'établissement à conduire ces initiatives à leur terme.

\*

La chambre recommande l'adoption d'un plan de retour à l'équilibre ayant pour objectif la résorption de ce déficit structurel, ce qui implique de développer l'activité, de réaliser les économies prévues par l'ordonnateur et de mener à terme les mutualisations d'activité avec la clinique et les établissements du groupement hospitalier de territoire.

*e - L'excédent brut d'exploitation et la marge brute*

Malgré la hausse moyenne de 2,6 % des produits, l'excédent brut d'exploitation diminue au cours de la période examinée. Cette évolution est la conséquence de la croissance des dépenses de personnel et de la baisse des remboursements des budgets annexes. Le directeur, qui partage cette analyse, a précisé que la maîtrise de la masse salariale constituait pour l'établissement un axe de vigilance et un déterminant de l'EPRD 2018 validé.

La marge brute connaît la même tendance même si elle semble confortable puisqu'elle se situe au-dessus du ratio cible de 8 % des produits d'exploitation.

Cependant, la marge brute, qui devrait permettre de financer les investissements passés et une partie des investissements à venir, est inférieure au total des amortissements et des frais financiers durant la quasi-totalité de la période écoulée.

Selon l'instruction ministérielle n°DGOS DGFIP 2016-64 du 4 mars 2016, « les objectifs d'équilibre financier fixés par les agences régionales de santé concerneront prioritairement l'atteinte d'un niveau de marge brute d'exploitation calculé hors aides financières. Pour les établissements qui présentent déjà une charge annuelle de la dette représentant au moins 5 % de leurs produits d'exploitation, il est recommandé de viser l'atteinte d'une marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits hors aides financières. »

Le taux de marge brute hors aides du CHI est très éloigné de ce seuil de 8 %, qui permettrait à l'hôpital de financer de nouveaux investissements.

**Tableau n° 6 : Taux de marge brute non aidée**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Marge brute non aidée</b>	<b>721 284 €</b>	<b>648 615 €</b>	<b>1 700 382 €</b>	<b>1 014 416 €</b>	<b>839 931 €</b>	<b>239 999 €</b>
	2,1 %	1,9 %	4,7 %	2,7 %	2,2 %	0,6 %

Source : comptes de gestion retraités

*f - Le niveau élevé de l'endettement*

Tout en soulignant l'absence d'emprunts structurés, le précédent rapport de la chambre avait estimé inquiétant le niveau d'endettement de l'hôpital. Depuis 2011, cet encours a baissé de 5,6 % en moyenne annuelle même s'il demeure très supérieur à celui d'hôpitaux de taille comparable, comme le précisent les ratios du compte financier.

**Tableau n° 7 : Evolution de l'encours de la dette**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle
Dettes financières	56 897 651 €	54 463 691 €	51 590 821 €	48 487 297 €	45 544 731 €	42 759 408 €	-5,6 %

Source : comptes de gestion retraités

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et aux réserves du recours à l'emprunt des établissements publics de santé précise que si deux des trois critères qu'il mentionne<sup>11</sup> sont réunis, le recours à l'emprunt est subordonné à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. Depuis l'entrée en vigueur de ce texte, le CHI ne peut plus emprunter sans autorisation puisqu'il dépasse le plafond des trois indicateurs comme le montre le tableau 3 de l'annexe 3.

#### g - Le financement des investissements

L'agence régionale de santé a financé l'intégralité des surcoûts liés au nouvel hôpital entre 2006 et 2016. En conséquence, l'hôpital a pu continuer à investir sans s'endetter davantage même si sa capacité d'autofinancement brute provenait de cette aide. Le niveau élevé de son endettement limite cependant sa capacité d'autofinancement nette comme le montre le tableau 8.

**Tableau n° 8 : Evolution de la capacité d'autofinancement**

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Capacité d'autofinancement brute	3 029 669 €	3 294 713 €	4 119 536 €	3 632 613 €	3 320 786 €	2 709 461 €
- Annuité en capital de la dette	3 445 454 €	3 262 162 €	3 172 870 €	3 103 524 €	2 942 566 €	2 785 322 €
<b>= Capacité d'autofinancement nette</b>	<b>- 415 785 €</b>	<b>32 551 €</b>	<b>946 665 €</b>	<b>529 089 €</b>	<b>378 221 €</b>	<b>- 75 861 €</b>

Source : comptes de gestion retraités

Ces investissements représentent une dépense cumulée de 9,1 M€ depuis 2011. Ils baissent depuis la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre en 2014 comme le montre le tableau 4 de l'annexe 3.

La décision de l'agence régionale de santé de requalifier cette aide à l'investissement en crédits de tension budgétaire oblige l'hôpital à augmenter sa marge brute non aidée afin de pouvoir financer ses investissements courants et ses projets comme l'installation d'un équipement d'IRM, financé partiellement par le CHI à travers un GIE créé en octobre 2017.

\*

La chambre recommande à l'hôpital de geler son plan d'investissement hors crédits fléchés tant que sa marge brute non aidée est inférieure à 8 %. À défaut du gel préconisé par la chambre, l'établissement indique avoir réduit son programme d'investissement de 500 000 € au stade de l'EPRD 2018, réduction qui devrait être reconduite dans le PGFP.

<sup>11</sup> Ces critères sont un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 %, une durée apparente de la dette excédant dix ans et un encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues, supérieur à 30 %.

## h - La dégradation de la trésorerie

Tableau n° 9 : Evolution de la trésorerie

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fonds de roulement	9 458 389 €	9 002 483 €	8 205 869 €	8 307 260 €	7 634 386 €	6 643 870 €
Besoin en fonds de roulement net global	1 366 051 €	769 492 €	1 946 393 €	- 173 972 €	742 347 €	- 572 016 €
Trésorerie nette	8 092 338 €	8 232 991 €	6 259 476 €	8 481 233 €	6 892 039 €	7 215 885 €
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	58	57	44	58	47	48

Source : comptes de gestion retraités

Le tableau 9 montre une baisse de la trésorerie du CHI, qui demeure cependant confortable puisqu'elle représente 48 jours de charges courantes.

La composition de cette trésorerie comprend deux éléments de faiblesse structurelle : le poids des fonds des hébergés et surtout le poids de l'aide à l'investissement.

L'établissement encaisse chaque mois les contributions des hébergés admis à l'aide sociale au titre de leurs frais d'hébergement. En théorie, le conseil départemental les refacture chaque trimestre. Ce mécanisme alimente d'autant plus la trésorerie de l'établissement que la collectivité a facturé avec retard sur la période examinée par la chambre. Au 31 décembre 2013, le rapport du comptable montrait que ce décalage générerait 1,8 M€ de trésorerie au profit du CHI. Fin 2016, ce montant est de 600 000 euros. Il pourrait être remis en cause puisque le conseil départemental envisage de mettre en place le paiement par compensation.

Par un courrier du 10 novembre 2016, l'agence régionale de santé a informé l'ordonnateur que le travail de remise à plat des aides à la contractualisation dites historiques allait se traduire par le non-versement automatique de cette dotation en douzièmes provisoires. Cette décision a considérablement fragilisé la trésorerie du CHI, qui a transmis à l'agence un plan de trésorerie mettant en évidence un défaut de paiement à compter de la fin novembre 2017. Le 20 septembre 2017, l'agence a notifié une décision d'allocation provisoire de ces crédits sur neuf mois.

Ce plan de trésorerie affiche un écart de 426 947 euros entre les encaissements et les décaissements sur le dernier trimestre 2017. La paye mensuelle chargée s'élève à 3,6 M€.

\*

La chambre recommande la réalisation trimestrielle de plans de trésorerie afin de prendre en compte les effets de la décision de l'agence relative aux aides à l'investissement.

#### IV - LES PERSONNELS INFIRMIERS

##### A - Les personnels infirmiers

##### 1 - La place des personnels infirmiers

##### a - *Une variation des effectifs liée à l'évolution structurelle des activités*

L'évolution des effectifs infirmiers du CHI ne diverge pas sensiblement de celle des autres acteurs de l'hôpital comme le montre le tableau suivant :

**Tableau n° 10 : Evolution relative des personnels infirmiers**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Personnel non médical	779,9	783,16	776,7	765,59	771,9	785,48
Dont infirmiers	186,67	189,61	184,82	183,1	182,26	185,73
Personnel médical	45,66	43,32	44,15	46,83	46,61	46
<b>Total personnel hors emplois aidés</b>	<b>825,56</b>	<b>826,48</b>	<b>820,85</b>	<b>812,42</b>	<b>818,51</b>	<b>831,48</b>
infirmiers / personnel non médical	23,9 %	24,2 %	23,8 %	23,9 %	23,6 %	23,6 %
infirmiers / total personnel	22,6 %	22,9 %	22,5 %	22,5 %	22,3 %	22,3 %

*Source : les deux réponses aux questionnaires spécifiques de l'enquête*

Globalement, l'effectif infirmier stagne depuis 2011 : le transfert du secteur psychiatrique au groupe hospitalier du Havre a été compensé par des créations de services tels que l'hospitalisation à domicile et le service de remplacement, comme l'illustre le tableau suivant :

**Tableau n° 11 : Evolution des effectifs infirmiers par activité**

Catégorie d'infirmiers :	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD	137,51	136,63	134,36	139,07	139,27	145,15
Dont HAD					5	5
Dont pool de remplacement						4
IDE exerçant une activité psychiatrique	13,65	13,9	11,38	7,79	5,16	5
IDE exerçant une activité en EHPAD	23,07	26,93	28,49	26,16	27,3	24,85
IDE spécialisés	12,44	12,15	10,59	10,08	10,53	10,73

*Source : réponses aux questionnaires*

L'établissement a fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre : une évaluation des organisations de travail a été effectuée et a conduit à la suppression de deux postes infirmiers. La feuille de route du plan triennal n'identifie pas de suppression de postes infirmiers même si elle modifie le capacitaire de l'hôpital et de la clinique.

##### b - *Une masse salariale stable malgré les protocoles*

La masse salariale des personnels infirmiers a peu varié depuis 2011. Sur cet exercice, le coût de la mise en place du protocole LMD a été estimé à 55 000 euros par l'ordonnateur. Le basculement progressif des infirmiers en catégorie A se traduit par une hausse progressive du glissement vieillesse technicité sur la période. En 2016, l'augmentation du point d'indice est la principale cause de croissance de la masse salariale.

L'incidence du protocole PPCR sur le coût des personnels IDE est estimé à 280 000 € répartis jusqu'en 2019<sup>12</sup> pour un ETPR de 185,73. Elle se cumule avec la hausse du point d'indice en 2017.

*c - Une extinction progressive de la catégorie B*

Les infirmiers sont régis par un statut particulier qui fixe notamment les fonctions exercées, le cadre de rémunération, ainsi que les modalités de recrutement et de carrière. Ce statut a fait l'objet d'une réforme en 2010, dont l'objectif est l'intégration des infirmiers hospitaliers généraux en catégorie A, conséquence de la reconnaissance universitaire de leur diplôme. Ce nouveau statut regroupe, dans un statut unique, tous les infirmiers relevant de la fonction publique hospitalière, titulaires ou stagiaires, infirmiers en soins généraux ou spécialisés.

Les infirmiers en soins généraux en poste lors de l'entrée en vigueur de la réforme ont disposé d'un droit d'option entre le nouveau statut de catégorie A et l'ancien statut de catégorie B, qui a vocation à s'éteindre, les recrutements se faisant dans le nouveau statut. Les infirmiers spécialisés qui bénéficiaient d'ores et déjà de la catégorie A pouvaient aussi opter pour le nouveau statut. Les infirmiers contractuels n'étaient pas concernés par la réforme.

L'option pour le nouveau statut permettait une revalorisation de la rémunération et un meilleur déroulement de carrière. Il se traduisait aussi par un allongement de la durée d'activité avec la perte d'avantages en termes d'âge de départ à la retraite.

Les données recueillies auprès de l'établissement montrent que 59 % des infirmiers de l'hôpital ont opté pour la catégorie A en 2011, soit une proportion supérieure à celle constatée au niveau national.

Cette tendance a été confortée au fur et à mesure des départs, les infirmiers recrutés en sortie d'école l'étant automatiquement en catégorie A. Les agents de catégorie B, dont l'âge moyen est de 45 ans, ne représentent plus que 29 % des personnels infirmiers du CHI en 2016.

2 - La gestion des personnels infirmiers

*a - Une gestion des personnels infirmiers peu spécifique*

La direction des ressources humaines (DRH) et la coordination générale des soins assurent une gestion des personnels infirmiers répartie entre une gestion et un suivi des effectifs et des carrières (GPMC, formation) par la DRH et une évaluation des besoins et un accompagnement des professionnels par la direction des soins.

Tous les personnels IDE<sup>13</sup> recrutés fournissent leur inscription à l'ordre des infirmiers. La situation des autres infirmiers vis-à-vis de l'ordre n'est pas connue de l'administration alors que l'inscription est obligatoire comme l'a rappelé récemment le Conseil d'État<sup>14</sup>.

Les instances de concertation des personnels n'ont pas un rôle particulier pour ce qui concerne les personnels infirmiers. La représentation syndicale des personnels et cadres infirmiers est identique à celle des autres catégories. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique se réunit deux fois par an.

---

<sup>12</sup> Le coût prévisionnel est de 43 000 euros en 2016, 99 000 euros en 2017, 69 000 euros en 2018 et 69 000 euros en 2019.

<sup>13</sup> Infirmiers diplômés d'État.

<sup>14</sup> Conseil d'Etat, 24 mars 2017, référé à la suite de la saisine de l'ordre infirmier.

La gestion des personnels infirmiers n'est pas spécifique : bien que repérée comme métier sensible par le bilan social en 2015, la profession d'infirmier n'est pas en tension au CHI, qui parvient à recruter des infirmiers rapidement.

*b - Une mise en place récente d'outils de gestion*

En 2014, l'établissement a défini l'ensemble des maquettes organisationnelles pour la totalité des unités de soins. L'évaluation a été menée selon une méthodologie fondée sur les outils de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

La gestion du temps de travail est informatisée, les comptes d'heures sont suivis mensuellement. Un suivi des affectations, de l'effectif réel travaillé au regard de l'effectif requis conformément aux maquettes organisationnelles est réalisé chaque semaine par la direction des soins en lien direct avec les cadres de pôles à l'aide de tableaux informatisés.

Depuis 2014, des actions ont été mises en œuvre par le COPIL « gestion de l'absentéisme » en lien avec le CHSCT. Les actions prioritaires retenues concernent la prévention des risques d'accident du travail, le recrutement d'une psychologue du travail, la formation de l'ensemble des cadres à la prévention des risques psychosociaux (RPS), l'élaboration de plannings prévisionnels avec une visibilité de douze semaines, l'accompagnement individualisé des femmes enceintes visant à aménager leur temps de travail, la mise en place d'une cellule de maintien et retour à l'emploi avec accompagnement des professionnels.

La politique de remplacement est formalisée pour l'absentéisme de courte et de longue durée. Un service de suppléance infirmier, de 4 ETP à ce jour, est en place depuis début 2016 pour pallier en priorité l'absentéisme de courte durée sur des secteurs à compétences spécifiques : urgences, surveillance continue, HAD, EHPAD.

L'établissement n'utilise pas de méthode d'évaluation de la charge en soins en court séjour. En gériatrie, les ratios de personnel sont en lien avec les pathologies et la dépendance des patients. Un audit externe relatif à l'optimisation de la dotation soins a été réalisé en mars 2016. Il a permis la renégociation des moyens financés.

*c - Une gestion des carrières limitée par la taille de l'établissement*

L'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPMC) en lien avec les cadres de pôles. La spécificité des emplois infirmiers est prise en compte notamment au regard des compétences à développer pour certains secteurs pour lesquels un taux de rotation de l'emploi est identifié.

Les perspectives de carrière sont définies dans le cadre de la GPMC sur les postes d'infirmiers spécialisés et les postes de cadres qui sont en général occupés par des infirmiers ayant fait fonction de cadres. On comptabilise un poste d'infirmière hygiéniste et un poste d'IDE au sein de l'équipe chargée du dossier patient informatisé. Un poste d'IDE en charge de la formation AS à l'IFSI est identifié. Au total, l'établissement n'est en mesure de proposer qu'un ou deux postes par an pour permettre des évolutions de carrière.

Les candidats sur ces postes sont sélectionnés après publication des vacances en interne. Les offres sont adressées à l'ensemble des personnels avec la fiche de poste visée par la direction des soins et validée par les instances.



### 3 - Les politiques de recrutement et de fidélisation des infirmiers

#### a - *Un recrutement facilité par la présence d'un IFSI et d'un quota adapté*

Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) est rattaché au centre hospitalier intercommunal. Chaque année, il accueille 50 élèves infirmiers pour trois ans. Ce nombre de places au concours est adapté aux besoins de l'établissement, qui ne connaît pas de difficulté de recrutement pour cette catégorie de personnel et parvient à recruter à la sortie d'autres IFSI de la région.

Les mouvements des personnels infirmiers sont anticipés et suivis mensuellement par la direction des soins et les cadres de pôles qui sollicitent la publication des vacances de postes à destination des personnels permanents et contractuels de l'établissement. Les besoins en recrutement des personnels infirmiers sont particulièrement étudiés à la veille des sorties de nouveaux diplômés en février et en juin.

Les stages infirmiers sont prioritairement proposés aux étudiants de l'IFSI rattaché à l'établissement. Les professionnels sont formés au tutorat par l'institut. Une procédure d'accueil des étudiants est formalisée. Une évaluation de la satisfaction des étudiants à l'encadrement en stage est réalisée conjointement avec l'IFSI. L'accueil et l'encadrement des étudiants sont des thèmes évoqués en réunion de cadres en présence de représentants de l'IFSI.

La possibilité pour les étudiants, de réaliser de nombreux stages au sein du CHI, de développer des compétences parfois propres à l'offre de soins de l'établissement, permet d'identifier des potentiels et de susciter l'envie de réaliser son projet professionnel à Fécamp. Les projets communs comme la semaine de la gestion des risques ou des audits internes participent à une bonne connaissance de la structure et créent des liens entre les professionnels hospitaliers et les étudiants. Le développement au sein de l'IFSI de la simulation clinique haute-fidélité en soins<sup>15</sup> favorisera à terme la possibilité d'organiser des ateliers de maintien ou développement des compétences, notamment dans le cadre du développement professionnel continu.

#### b - *Un faible recours aux dispositifs de fidélisation*

Bien que le bilan social identifie la profession d'infirmier dans les métiers sensibles en raison de la rotation de l'emploi, le CHI n'a pas recours aux dispositifs de fidélisation visant à rendre le site plus attractif. Ainsi, les étudiants de l'IFSI ne perçoivent pas d'aides financières.

Le personnel infirmier est recruté comme contractuel. La publication des postes vacants permet aux agents contractuels de se déterminer sans que le statut soit un critère de choix. Les contractuels de l'établissement bénéficient de l'accès à la formation continue sans discrimination. Ils sont soumis aux mêmes règles de gestion du temps de travail que les agents titulaires.

Les éventuels palliatifs aux difficultés de recrutement sont le recours à l'intérim, surtout pour les personnels à compétences spécifiques. L'établissement a ponctuellement recours à des personnels nouvellement retraités.

La présence d'un IFSI fidélise les infirmiers : en 2016, 72 % des personnels infirmiers du CHI sont diplômés de l'IFSI de Fécamp.

---

<sup>15</sup> Il s'agit d'un dispositif pédagogique représentant la réalité clinique le plus fidèlement possible.

## **B - L'exercice du métier d'infirmier**

### **1 - Les personnels infirmiers au sein des équipes soignantes**

#### *a - Un hôpital peu spécialisé, des infirmiers polyvalents*

Hôpital de proximité, le CHI est peu concerné par les activités de recours dont les effectifs infirmiers sont normés. Il respecte ses obligations, qui se résument à la présence d'une infirmière formée en salle de surveillance post-opératoire et une infirmière pour chaque sortie de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Les infirmiers spécialisés exercent au bloc opératoire, en salle de surveillance et à la maternité. Ils représentent 6 % du personnel infirmier. Peu d'infirmiers exercent sur des activités transversales à l'exception de l'infirmière hygiéniste et d'une infirmière affectée au dossier patient informatisé.

Bien que ne relevant pas d'une spécialisation, un audit externe sur l'organisation générale du service d'accueil des urgences<sup>16</sup> a mis en évidence la nécessité de limiter la rotation de l'emploi infirmier pour assurer la sécurité des soins.

Dans le cadre de la refonte de l'accord sur le temps de travail, des réorganisations ont permis de lisser les amplitudes horaires sur l'ensemble des secteurs de soins, favorisant une plus grande mobilité entre les unités tout en préservant les spécificités de chaque service.

#### *b - Des pratiques soignantes peu évolutives mais dont la qualité n'est pas contestée*

L'établissement n'a formalisé aucun protocole de transfert de tâches. Il n'a pas identifié de tâches médicales pour lesquelles il envisage leur intégration dans les tâches infirmières au titre des pratiques avancées. Il n'a pas modifié la répartition des tâches entre les IDE et les aides-soignants même si, à l'occasion des réorganisations liées à la refonte des horaires, le travail en binôme s'est développé au sein des unités de médecine.

L'évolution des pratiques soignantes est surtout le fruit de la mise en œuvre du dossier de soins informatisé autour du plan de soins, des transmissions ciblées et de l'informatisation du circuit du médicament sur tous les secteurs d'activité. Lors de la prise en charge d'un résident de l'USLD ou d'un EHPAD en court séjour, les informations permettant la continuité des soins sont disponibles pour les IDE du secteur d'hospitalisation et vice versa.

Les événements indésirables graves (EIG) recensés dans l'établissement n'ont pas impliqué de professionnels IDE. La commission des relations avec les usagers est informée des plaintes et de leur suivi tous les trimestres. Le bilan annuel de ces événements est validé par cette commission et les instances, puis adressé à l'ARS.

Un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des usagers est en place et analysé chaque semestre en plus de l'enquête nationale « e-satis ». Des questionnaires spécifiques à destination des usagers des urgences et de l'HAD sont réalisés. L'évaluation de la satisfaction des usagers des EHPAD fait l'objet d'un traitement spécifique. Les conseils de la vie sociale pour résidents hébergés prévus par les textes sont en place.

---

<sup>16</sup> Cet audit est intervenu dans un contexte de démission d'une grande partie de l'équipe médicale consécutive à une injonction de l'agence régionale de santé portant sur le respect du repos de sécurité.

Ces différents éléments mettent en évidence une évolution des pratiques infirmières conforme aux référentiels des bonnes pratiques.

## 2 - L'organisation et le temps de travail des infirmiers

### a - *Une application de l'accord sur le temps de travail repensée en 2015*

L'accord local sur le temps de travail a été négocié et signé par la direction de l'établissement et les organisations syndicales représentatives le 28 janvier 2002. Cet accord ne déroge pas à la durée légale, y compris pour les règles relatives aux jours de fractionnement et hors saison. Il prévoit des plannings de travail sur une base de 35 à 38 heures par semaine, générant jusqu'à 18 jours de récupération du temps de travail (RTT). Il fixe la liste des postes de cadres ouvrant la possibilité d'un décompte du temps de travail en jours avec 20 jours de RTT.

Le temps effectif de travail des personnels de jour est légèrement inférieur aux obligations légales. Il semblerait qu'une journée de congé supplémentaire leur soit accordée. Pour les infirmiers de nuit, ce tableau indique un nombre d'heures travaillées supérieur aux obligations légales sans préciser si ces agents travaillent exclusivement la nuit. Le temps de travail perdu serait de 0,65 ETP, même si cette estimation repose sur un effectif infirmier manifestement sous-estimé.

En revanche, les maquettes organisationnelles adoptées en 2015 sont calculées sur le temps de travail réglementaire<sup>17</sup>. Ces maquettes reposent sur des organisations en 37 h 30 générant 15 jours de RTT au maximum au lieu de 18 jours précédemment. Ces nouvelles organisations ont été mises en place en 2015.

### b - *Des organisations qui demeurent perfectibles*

Les choix de l'établissement portant sur l'organisation du temps de travail et les effectifs peuvent susciter des tensions et trouver leur traduction dans le suivi des indicateurs relatifs aux heures supplémentaires, aux comptes épargne-temps, aux dépenses de remplacement et aux reclassements.

Bien que quatorze services de soins travaillent en temps continu pour le personnel infirmier, le CHI n'a pas mis en place d'organisation en 12 heures, à l'exception du personnel infirmier du bloc opératoire.

Le nombre de jours placés sur les comptes épargne-temps des personnels infirmiers du CHI demeure contenu. En revanche, le nombre d'heures non récupérées et non rémunérées s'élève à 56 heures par IDE. Si, comme le précise le directeur, ce phénomène concerne principalement des personnels à compétences spécifiques, il n'en demeure pas moins que ce chiffre est deux fois plus élevé que la moyenne des établissements de la même catégorie.

Les dépenses de remplacement des personnels infirmiers sont tout aussi significatives avec un total de 400 000 euros.

---

<sup>17</sup> L'ordonnateur précise que ce décalage serait lié à un problème de paramétrage du logiciel de gestion du temps qui n'est plus maintenu.

L'absence d'amélioration de ces données en 2016 est paradoxale : la refonte des cycles de travail visait notamment à réduire le recours aux heures supplémentaires et aux contractuels de remplacement tout comme la mise en place d'un service de remplacement.

\*

La chambre recommande à l'établissement de revoir l'organisation de ce service de remplacement dont le directeur précise qu'il fait actuellement l'objet d'une évaluation.

*c - La place donnée aux personnels infirmiers dans l'organisation interne*

L'établissement compte trois pôles. Un cadre de pôle, cadre supérieur de santé, a autorité hiérarchique sur les cadres de proximité. Les personnels IDE sont gérés au sein de chaque pôle, en lien avec la direction des soins et la DRH.

Les cadres de pôle ne disposent pas de délégation de gestion. Les modalités d'intéressement sont définies dans les contrats de pôle. Seul un budget d'investissement de 5 000 euros, révisable chaque année, peut être attribué au regard de l'atteinte des objectifs fixés.

3 - La condition infirmière

*a - Peu de signaux de malaise au CHI*

Les conditions de travail des personnels infirmiers n'ont pas fait l'objet d'études spécifiques de la part de l'établissement. Les données sociales ne mettent pas en évidence de difficultés particulières : il n'y a pas eu de reclassement de personnel infirmier, ni d'exercice du droit de retrait sur la période examinée.

Bien qu'en forte augmentation depuis 2015, le taux de rotation des personnels infirmiers, qui figure dans le tableau 12, n'est pas supérieur à la moyenne nationale en 2016 d'après les données de l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

**Tableau n° 12 : Taux de rotation des personnels infirmiers**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de rotation	nc	nc	3,25 %	3,10 %	6,58 %	9,90 %

Source : réponse aux questionnaires de l'enquête portant sur le personnel infirmier

Selon les données transmises par l'établissement, il n'y pas eu de mouvement de grève local impliquant des infirmiers sur la période examinée. Bien qu'en augmentation, la participation des infirmiers aux mouvements de grève nationaux demeure peu élevée.

Depuis 2011, le principal malaise infirmier s'est traduit en 2013 aux urgences par une pétition des personnels paramédicaux. L'audit réalisé en 2015 sur ce service a montré que ce malaise était le fruit d'un défaut d'organisation médicale qui a été corrigé depuis.

*b - Des actions de prévention limitées malgré un taux d'absentéisme élevé*

D'après l'ATIH, pour les hôpitaux de la taille du CHI, le taux d'absentéisme du personnel infirmier était de 7,4 % en 2015. Il était de 11 % au CHI cette année-là. Les congés maternité n'expliquaient que 20 % de cet absentéisme, qui a progressé entre 2013 et 2015.

Le compte rendu du comité technique d'établissement du 23 avril 2015 met en évidence un absentéisme élevé parmi les personnels infirmiers du service de médecine du rez-de-chaussée puisque 8 des 16 infirmières ont été concernées par un arrêt de travail.

Le diagnostic réalisé en 2016 a chiffré l'absentéisme compressible des personnels infirmiers à 304 254 euros pour l'EHPAD et à 13 829 euros pour l'USLD.

Dans le cadre des actions menées pour améliorer les conditions de travail, les personnels infirmiers ont bénéficié des actions destinées à l'ensemble des personnels de l'établissement, portant notamment sur la création d'un poste de psychologue du travail, la prévention des risques psychosociaux et des études ergonomiques de poste.

### **C - La formation des personnels infirmiers**

La formation des personnels infirmiers relève des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). D'après l'article L. 4383-5 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, la région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts de formation lorsqu'ils sont publics.

L'État a conservé la fixation du nombre global d'étudiants et les quotas entre les régions. Il donne son avis sur les créations d'instituts de formation et sur les agréments des directeurs desdits instituts. Les régions sont compétentes pour attribuer des aides aux étudiants, répartir les quotas et les capacités d'accueil entre les instituts régionaux de formation.

Ces instituts sont pour la plupart rattachés à un établissement de santé public ou privé. L'IFSI de Fécamp est rattaché au centre hospitalier intercommunal du Pays des Hautes Falaises tout comme l'institut de formation des aides-soignants.

#### **1 - La place de la formation au sein de la politique des ressources humaines du CHI**

##### **a - *Le poids de la formation continue des infirmiers.***

La gestion de la formation continue est assurée au sein de la direction des ressources humaines par un adjoint des cadres et un adjoint administratif. Ce secteur a organisé en 2016 1 131 départs en formation pour un budget de 414 067 euros et dix parcours d'études professionnelles pour un coût de 189 840 euros.

Les dépenses du plan de formation consacrées aux infirmiers ont progressé depuis 2013 pour atteindre 119 183 euros, soit 1,3 % de la masse salariale infirmière.

Le plan de formation est construit en fonction des besoins institutionnels afin d'accompagner les projets des pôles et le projet d'établissement. Les besoins individuels de formation des personnels IDE sont identifiés par les cadres de l'établissement, au regard de la déclinaison du projet de soins. L'articulation entre les besoins identifiés et les objectifs de l'établissement est facilitée par l'utilisation d'un logiciel de gestion de la formation.

L'IFSI rattaché est le partenaire privilégié pour ce qui concerne la promotion professionnelle infirmière. Il accueille chaque année entre un et deux élèves IDE issus du centre hospitalier intercommunal à la suite d'un appel à candidatures auprès des aides-soignants. La formation infirmière de l'agent retenu est financée au titre de la promotion professionnelle et inscrite au plan de formation.

Des actions de formation continue sont organisées par l'IFSI à destination des personnels de l'établissement. Elles concernent le tutorat des étudiants infirmiers depuis 2012, l'actualisation des connaissances en santé mentale, l'anglais et la préparation au concours.

Le droit individuel à la formation (DIF) n'a pas été mis en place au sein de l'établissement. Les besoins individuels de formation sont intégrés dans le plan de formation. Le compte personnel de formation, qui a remplacé le DIF depuis le décret n° 2017-928 du 6 mai 2017, ne ressort pas des documents transmis par l'ordonnateur.

#### *b - Le rôle de l'ANFH*

L'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) par le ministère de la santé pour la collecte et la gestion des fonds consacrés à la formation. Elle peut agir sur le champ des plans de formation, des congés de formation professionnelle et des études professionnelles.

Le CHI cotise à l'ANFH dont l'un des administrateurs est un représentant du personnel de l'hôpital de Fécamp.

### 2 - La formation initiale des personnels infirmiers

#### *a - L'organisation et le financement de l'IFSI*

Le conseil pédagogique de l'institut est présidé par un représentant de l'agence régionale de santé. Les relations avec la région se focalisent autour des rencontres budgétaires annuelles qui permettent de mettre en valeur le projet de l'institut. Un groupement de coopération sanitaire structuré sur le territoire haut normand par l'université de Rouen définit les relations des IFSI avec la faculté.

L'institut de formation des professionnels de santé de Fécamp dispose d'un budget de 1,2 M€. Il emploie actuellement 20 personnes pour 16,6 ETP équivalents temps plein. Depuis 2012, ses comptes sont excédentaires avec des produits qui augmentent plus vite que les charges, comme l'illustre le tableau 13.

**Tableau n° 13 : Evolution du budget des instituts de formation depuis 2011**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Charges	1 367 096 €	1 339 955 €	1 335 725 €	1 404 642 €	1 441 356 €	1 380 322 €
Produits	1 340 030 €	1 378 790 €	1 439 640 €	1 434 985 €	1 460 849 €	1 513 532 €
Résultat	- 27 066 €	38 835 €	103 915 €	30 344 €	19 493 €	133 211 €

Source : CHI, comptes de gestion retraités

Les deux tiers du budget des instituts de formation concernent la formation des infirmiers. Les charges de personnel représentaient 68 % de ces dépenses en 2016. Les prestations mutualisées avec l'hôpital concernent 10 % des dépenses<sup>18</sup> et 93 % des produits proviennent de la subvention du conseil régional, les autres ressources étant constituées par les frais d'inscription aux concours, les frais de scolarité et les produits de la formation continue.

<sup>18</sup>L'hôpital fournit des prestations logistiques comme l'entretien de tenues étudiantes et formatrices, l'entretien des locaux, la maintenance informatique, le stockage des archives... La DRH assure le suivi de la paie, la formation continue et la gestion des carrières. Les étudiants et le personnel bénéficient d'un accès au restaurant administratif du CHI.

L'institut ne dispose pas d'une certification qualité. Il est dans l'attente de l'élaboration d'un référentiel de certification des instituts paramédicaux au niveau national et se prépare en élaborant des fiches de procédures internes ou externes<sup>19</sup>.

#### *b - Les parcours de formation*

L'accès à la formation infirmière et les modalités de son déroulement sont organisés par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Le quota pour la région Normandie a été fixé par l'arrêté du 18 juillet 2016 à 1 634 places. Ce quota est réparti entre les différents IFSI par le président du conseil régional, sur la base du schéma régional des formations sanitaires.

Ce quota a été ramené à 1 520 places pour 2017 à la suite de la mise à jour du schéma et d'une étude montrant qu'il existait des infirmiers à la recherche d'un emploi en Normandie. Ce schéma devrait aboutir à la fermeture de six IFAS et à des regroupements d'IFSI et d'IFAS. Pour le CHI, il s'est traduit par l'organisation d'une seule rentrée en février en alternance avec l'IFSI du Havre.

Le quota de l'IFSI de Fécamp est de cent-cinquante étudiants. En 2016, il a ouvert cinquante places au concours externe et dix places au concours professionnel. Deux cent-cinquante candidats se sont présentés au concours externe ; cinquante et un ont été admis. Les taux de réussite au diplôme sont de 91 % pour les étudiants issus du concours externe et de 100 % pour ceux issus de la voie professionnelle.

Les étudiants en promotion professionnelle conservent un lien fonctionnel avec leur établissement employeur. Ils sont susceptibles de reprendre un poste principalement pendant les vacances scolaires. Un parcours personnalisé est mis en place pour les titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant et/ou du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture.

La région est compétente pour le financement des frais de formation des personnes qui poursuivent leur scolarité et des demandeurs d'emploi. Pour les salariés, cette prise en charge relève de l'employeur ou de l'OPCA. Les demandeurs d'emploi peuvent prétendre, au regard de leur statut à l'entrée de formation, à une indemnité versée par Pôle Emploi.

Conformément à l'arrêté du 28 septembre 2001 relatif au programme conduisant au diplôme d'État d'infirmier, les étudiants bénéficient, au cours des périodes de stage, d'une indemnité par semaine ainsi que d'une indemnité kilométrique. Les étudiants peuvent faire une demande de bourse au CROUS, hormis les salariés et les demandeurs d'emploi.

La recherche d'emploi à la sortie de l'IFSI est accompagnée et fait l'objet d'un suivi au travers de questionnaires. D'après le rapport d'activité, 89 % des élèves diplômés auraient trouvé un emploi à temps plein, majoritairement dans la région. Ce chiffre est à considérer avec prudence : il ne concerne que les étudiants qui ont répondu au questionnaire.

#### *c - Une formation hybride*

À compter de 2002, les accords de Bologne ont prévu, au niveau européen, que les formations qualifiantes et diplômantes post-baccalauréat relevaient de l'enseignement supérieur. La réforme LMD (licence, master, doctorat) a été mise en place en 2004 afin d'harmoniser les diplômes d'enseignement supérieur en Europe.

---

<sup>19</sup> L'agence régionale de santé a mis en place une procédure pour l'organisation des épreuves de sélection. L'université a formalisé une procédure de retrait de licence.

En France, jusqu'en 2009, le diplôme d'État délivré par le ministère de la santé à l'issue de trois années d'études infirmières correspondait à un niveau Bac + 2. Ce diplôme validait une formation professionnelle donnant le droit d'exercer cette profession. L'année 2012 a été la première année où le diplôme d'État, obtenu après trois ans d'études sur la base d'un nouveau référentiel de formation, validait le grade de licence.

L'entrée dans le dispositif LMD s'est faite en maintenant l'organisation existante, notamment pour la formation professionnelle, tout en transférant une grande partie de la formation théorique à l'université. À l'IFSI de Fécamp, la part des cours magistraux et de la formation théorique qui sont effectivement assurés par les universitaires est de l'ordre de 500 heures, soit moins de 10 % du volume horaire.

L'enseignement universitaire se fait par le recours aux outils numériques, sans présence des enseignants sur place. Il est perçu comme parfois trop « médicalisé ». L'atout majeur reste la possibilité du séquençage des cours par les formateurs de l'IFSI pour fixer les objectifs et faciliter l'appropriation des contenus, en particulier ceux qui concernent le cœur de métier.

La dimension professionnelle demeure essentielle avec la présence de huit intervenants de l'IFSI, qui sont pour la plupart d'anciens cadres de santé et qui gardent des liens avec l'hôpital<sup>20</sup>. Elle se manifeste aussi par l'importance des stages et le rôle des tuteurs de stage<sup>21</sup>, qui sont désignés par le maître de stage.

#### *d - Le projet de reconstruction des instituts de formation*

Lors de son assemblée plénière du 15 décembre 2016, le conseil régional de Normandie a approuvé une nouvelle carte des formations en soins infirmiers et aide-soignant visant à prendre en compte les difficultés croissantes des diplômés sur le marché de l'emploi. Cette reconfiguration de l'offre de formation repose sur la baisse précitée de 114 places du quota infirmier, la suppression des doubles rentrées et le regroupement des IFSI de Vire et de Flers, qui appartiennent au même groupement hospitalier de territoire.

Le GHT de l'Estuaire comprend deux instituts de formation, celui de Fécamp et celui du Havre. Une mutualisation des contenus pédagogiques des deux IFSI existe depuis plusieurs années au travers du partenariat avec l'université. Un concours et des parcours de stage communs sont organisés. Une réflexion est en cours sur la mutualisation des parcours de stage. Depuis la rentrée 2017, les rentrées de ces deux instituts sont alternées afin de prendre en compte la suppression des doubles rentrées.

Le projet médico-soignant partagé du GHT de l'Estuaire n'a pas envisagé un avenir commun aux deux instituts. La reconstruction de l'IFSI de Fécamp ne prend en compte qu'un objectif de reconversion de l'ancien site de l'hôpital, à la suite de la construction du nouvel hôpital sur le plateau Saint-Jacques. Il s'agit d'un projet d'urbanisme piloté par la ville.

---

<sup>20</sup> Ils participent tout comme le directeur de l'IFSI à des commissions thématiques et à des groupes projets.

<sup>21</sup> Une formation dispensée par l'IFSI de rattachement est proposée aux tuteurs. Le temps consacré aux réunions de travail à l'IFSI est comptabilisé en temps de travail. Le temps sur site est dégagé du temps de soin. Le temps consacré au suivi hebdomadaire n'est pas comptabilisé. Il est considéré comme du temps de travail effectif, pris sur l'activité de soins. La fonction de tutorat est valorisée lors de l'entretien annuel.



Lors de sa séance du 26 octobre 2012, le conseil de surveillance de l'hôpital a validé la vente d'une partie accessoire de son ancien site à la mairie, au prix de 80 000 euros au lieu des 152 000 euros de l'estimation du service des domaines, en raison des contraintes liées à cette parcelle. La partie principale du site avait été acquise par l'établissement public foncier de Normandie en 2011 pour un montant de 723 971 euros. Cette cession s'était traduite par une moins-value de 1,9 M€ pour l'hôpital en raison des amortissements importants qui restaient à réaliser.

La mairie de Fécamp assure la maîtrise d'ouvrage de l'opération de relocalisation des instituts dans l'ancien hôpital. Une convention a été signée le 17 octobre 2012 entre la ville et la région afin de réaliser une étude de faisabilité. Cette étude estime les surfaces nécessaires au projet à 1 691 m<sup>2</sup> utiles. Le diagnostic du site met en évidence l'obsolescence du bâti et la présence de mэрule et d'amiante en de très nombreux endroits. Les éléments architecturaux remarquables impliquent une réhabilitation qualitative. Les bâtiments existants posent aussi des difficultés en termes de sécurité incendie et d'accessibilité.

Une convention de subvention d'investissement a été signée le 17 novembre 2015 pour un montant de 7,6 M€, soit 80 % de la dépense subventionnable. La ville s'engage à financer le solde soit 1,9 M€. Le directeur précise qu'à la suite de la commission d'appels d'offre du 14 mars 2018, tous les lots ont été attribués et que la livraison demeure prévue en décembre 2019.

Le coût au mètre carré de cette opération est plus élevé que le coût du neuf en raison des contraintes liées à la réhabilitation. Les coûts d'exploitation liés à cet investissement n'ont pas été évalués. La chambre estime que ce projet ne prend pas en compte les besoins des étudiants des instituts en logement et en restauration. Il ne favorise ni la mutualisation avec l'hôpital, qui a été relogé sur le plateau Saint-Jacques, ni les économies d'échelle avec les instituts de formation du Havre.

## **ANNEXES**

Annexe 1 : Incidence des durées de séjour sur la productivité.

Annexe 2 : Incidence du financement des surcoûts du nouvel hôpital sur le résultat

Annexe 3 : Éléments d'analyse financière

**Annexe n° 1****Tableau 1 : comparaison des durées de séjour du CHI avec celles d'une base régionale et d'une base nationale.**

	Etablissement				Région 2016		Catégorie 2016	
	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<a href="#">P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)</a>	0.923	0.961	0.994	0.972	0.907	1.13	0.964	1.347
<a href="#">P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)</a>	1.081	0.973	1.188	1.145	0.921	1.145	0.972	1.368
<a href="#">P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)</a>	1.028	1.03	1.067	1.02	0.858	1.047	0.928	1.036

Source : hospidiag

**Tableau 2 : impact du profil des durées de séjour sur les recettes d'activité**

Libellé de l'activité	OBSERVE (1)				THEORIQUE (1)(2)			DIFFERENCE	
	Nombre Séjours	Nombre Journées (3)	DMS (3)	CA (5)	Nombre Séjours	DMS (3)	CA (5)	DMS (3)	CA (5)
Chirurgie	500	2 261	4,52	1 078 808 €	575	3,93	1 258 035 €	+ 0,59	- 179 227 €
Médecine	5 661	31 792	5,62	14 625 196 €	5 713	5,56	14 416 843 €	+ 0,05	+ 208 353 €
Obstétrique	1 231	3 951	3,21	1 992 039 €	1 241	3,18	2 128 154 €	+ 0,03	- 136 115 €
TOTAL	7 392	38 004	5,14	17 696 044 €	7 529	5,05	17 803 032 €	+ 0,09	- 106 988 €

Source : base de données de la fédération hospitalière de France

**Tableau 3 : impact du profil des durées de séjour de la maternité sur les recettes d'activité**

Libellé de l'activité	OBSERVE (1)				THEORIQUE (1)(2)			DIFFERENCE	
	Nombre Séjours	Nombre Journées (3)	DMS (3)	CA (5)	Nombre Séjours	DMS (3)	CA (5)	DMS (3)	CA (5)
Gynécologie - sein	203	638	3,14	410 804 €	266	2,40	553 155 €	+ 0,75	- 142 351 €
Obstétrique	1 231	3 951	3,21	1 992 039 €	1 241	3,18	2 128 154 €	+ 0,03	- 136 115 €
Nouveau-nés et période périnatale	607	2 675	4,41	723 777 €	636	4,21	748 782 €	+ 0,20	- 25 005 €
Uro-néphrologie et génital	390	1 636	4,19	803 123 €	407	4,02	857 340 €	+ 0,17	- 54 216 €

Source : base de données de la fédération hospitalière de France

**Annexe n° 2****Tableau 1 : Incidence du financement des surcoûts du nouvel hôpital sur le résultat**

année	Soutien ARS	Surcoûts	Excédent ou besoin de financement	Dotation provision	Aide non provisionnée	Reprise provision	Impact sur le résultat
2001	97 687 €		97 687 €		97 687 €		97 687 €
2002	307 016 €	6 625 €	300 391 €		300 391 €		300 391 €
2003	640 383 €	21 145 €	619 238 €	283 164 €	336 074 €		336 074 €
2004	3 270 737 €	122 842 €	3 147 895 €	3 162 032 €	- 14 137 €		- 14 137 €
2005	3 270 737 €	283 451 €	2 987 286 €	3 247 375 €	- 260 089 €		- 260 089 €
2006	3 270 737 €	2 763 415 €	507 322 €	663 417 €	- 156 095 €	1 297 101 €	1 141 006 €
2007	3 270 737 €	3 592 909 €	- 322 172 €		- 322 172 €	1 000 000 €	677 828 €
2008	3 270 737 €	3 877 949 €	- 607 212 €		- 607 212 €	700 000 €	92 789 €
2009	3 270 737 €	3 804 261 €	- 533 524 €		- 533 524 €	400 000 €	- 133 524 €
2010	3 270 737 €	3 723 757 €	- 453 020 €		- 453 020 €	458 000 €	4 980 €
2011	3 270 737 €	3 610 125 €	- 339 388 €		- 339 388 €	2 538 162 €	2 198 775 €
2012	3 270 737 €	3 486 979 €	- 216 242 €		- 216 242 €	330 623 €	114 381 €
2013	3 270 737 €	3 407 783 €	- 137 046 €		- 137 046 €		- 137 046 €
2014	3 270 737 €	3 330 232 €	- 59 495 €		- 59 495 €		- 59 495 €
2015	3 270 737 €	3 252 681 €	18 056 €		18 056 €	21 605 €	39 662 €
2016	3 270 737 €	3 024 859 €	245 878 €		245 878 €	21 605 €	267 483 €

Source : réponse au questionnaire et comptes de gestion

**Annexe n° 3****Tableau 1 : évolution des charges de personnel**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rémunération du personnel	23 794 486 €	24 182 338 €	23 962 374 €	24 681 170 €	25 479 079 €	26 060 437 €
+ Charges sociales totales sur personnel	9 423 032 €	9 568 875 €	9 871 056 €	10 158 203 €	10 505 116 €	10 650 713 €
+ Honoraires médecine libérale	117 604 €	109 304 €	245 637 €	276 709 €	294 164 €	273 423 €
+ Autres charges de personnel	157 469 €	174 287 €	158 404 €	177 751 €	201 867 €	152 028 €
+ Impôts et taxes liés au personnel	3 171 431 €	3 276 107 €	3 428 268 €	3 380 311 €	3 466 205 €	3 455 470 €
Dont taxe sur les salaires	2 275 368 €	2 332 315 €	2 424 727 €	2 402 361 €	2 404 630 €	2 473 235 €
<b>= Charges de personnel interne</b>	<b>36 664 022 €</b>	<b>37 310 911 €</b>	<b>37 665 739 €</b>	<b>38 674 144 €</b>	<b>39 946 431 €</b>	<b>40 592 071 €</b>
+ Charges de personnel externe	272 606 €	288 408 €	245 120 €	232 427 €	282 088 €	308 059 €
<b>= Charges de personnel totales consolidées</b>	<b>36 936 628 €</b>	<b>37 599 320 €</b>	<b>37 910 859 €</b>	<b>38 906 571 €</b>	<b>40 228 519 €</b>	<b>40 900 130 €</b>

Source : comptes de gestion retraités

**Tableau 2 : évolution de la marge brute**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits d'exploitation	34 375 793 €	34 872 016 €	36 202 346 €	37 399 923 €	37 933 631 €	39 036 716 €
Excédent brut d'exploitation	2 818 480 €	1 998 911 €	3 874 251 €	3 083 555 €	2 957 055 €	2 322 564 €
Marge brute d'exploitation	4 010 411 €	3 937 742 €	4 989 509 €	4 303 543 €	4 129 058 €	3 529 126 €
en % des produits courants	11,2 %	10,6 %	13,3 %	11,1 %	10,5 %	8,7 %

Source : comptes de gestion retraités

**Tableau 3 : évolution des ratios d'endettement**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ratio d'indépendance financière	69,4 %	68,6 %	67,3 %	65,7 %	65,5 %	65,1 %
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente	29	27	16	19	19	26
Dette financière rapporté au total des produits	93,8 %	92,4 %	88,2 %	81,4 %	75,4 %	69,1 %

Source : comptes de gestion retraités

**Tableau 4 : évolution des dépenses d'investissement depuis 2011**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
- Dépenses d'équipement	2 165 617 €	1 752 486 €	1 986 254 €	759 445 €	1 323 375 €	1 120 812 €

Source : comptes de gestion retraités