



Chambre régionale des comptes  
de Picardie

*Le Président*

Amiens, le 20 mai 2010

RAR n° GR

Monsieur le Directeur,

En application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières et à l'expiration du délai d'un mois fixé par ledit article, je vous notifie par la présente, le rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de Picardie sur la gestion du Centre hospitalier de Creil, auquel sont jointes les réponses reçues par la Chambre.

Ces documents devront être communiqués par vos soins à l'assemblée délibérante de votre établissement dès sa plus proche réunion, faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci et être joints à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donner lieu à débat.

En application de l'article R 6143-8 du code de la santé publique, il vous appartiendra éventuellement d'inscrire ce rapport à l'ordre du jour de la première séance du conseil de surveillance (si aucune réunion du conseil d'administration n'a lieu avant l'installation de ce nouveau conseil).

Je vous rappelle qu'aux termes de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, les observations définitives de la Chambre régionale des comptes sont communicables aux tiers dès qu'a eu lieu la première réunion de l'assemblée délibérante suivant leur réception par l'établissement.

Afin de permettre à la Chambre de répondre aux demandes éventuelles de communication des observations définitives, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître la date de cette réunion.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs et de ma considération.

Monsieur Jean-Pierre FRISCOURT  
Directeur du centre hospitalier  
Boulevard Laennec  
60109 CREIL cedex

Alain LEVIONNOIS

1°) La fiabilité des comptes du centre hospitalier de Creil est perfectible sur deux points importants.

En premier lieu, l'établissement a mis fin à la pratique observée lors de la vérification précédente de la Chambre, consistant à pratiquer des reports importants de charges d'exploitation. Mais en contrepartie, il a pratiqué au cours de la période sous revue un amortissement qu'il appelle « différé », consistant à minorer artificiellement ses dotations en fonction notamment des crédits budgétaires disponibles, pour les reporter en principe sur les exercices suivants. L'effet de cette pratique sur le résultat comptable est significatif, de l'ordre de 3 M€ en 2008.

En second lieu, l'établissement ne dispose désormais d'aucune provision pour le financement d'une dépense potentielle liée aux comptes épargne temps, évaluée par lui à 1,7 million d'euros.

2°) La situation financière de l'établissement est préoccupante. Le résultat comptable arrêté par le conseil d'administration était déficitaire de 13,5 M€ en 2006, de 3,9 M€ en 2007, et de 2,9 M€ en 2008. En procédant à divers retraitements, notamment pour corriger la sous-évaluation des dotations aux amortissements et de la provision pour le financement du compte épargne temps des personnels, on obtient un déficit moyen sur les années 2006-2008 de 6,15 M€ même si la situation s'est moins dégradée en 2009 (- 1,6 M€). L'excédent brut d'exploitation devient négatif en 2008, ce qui signifie que l'établissement n'est pas capable de financer ses dépenses de personnel avec ses recettes courantes. Le financement de nouveaux investissements par des ressources propres ne sera pas possible dans cette situation, d'autant que l'établissement, dont la dette a augmenté sensiblement au cours de la période sous revue, finance ses difficultés de trésorerie au moyen de crédits de trésorerie.

3°) Dans le cadre d'un projet d'extension et de restructuration, l'établissement a arrêté un plan global de financement pluriannuel (PGFP), dont la Chambre estime qu'il repose sur des hypothèses optimistes. Ce plan est fondé essentiellement sur une augmentation très importante de l'activité, très supérieure notamment aux prévisions d'évolution démographique de la zone d'attractivité de l'établissement ; de surcroît, il n'a pas complètement pris en compte la situation financière dégradée actuelle. Le déficit comptable cumulé à la fin de l'exercice 2009 atteint 17,7 M€. Le déficit « réel », après la prise en compte des corrections liées à la sous-évaluation des amortissements et l'absence de provision pour le financement des comptes d'épargne temps, peut être évalué à la même date à 27,6 M€.

Selon la Chambre, le PGFP de l'établissement est caractérisé par plusieurs incertitudes. Il nécessiterait des économies plus importantes que celles qui sont actuellement projetées, ou des aides supplémentaires de l'autorité de tarification, notamment pour le financement du projet d'extension et la compensation des surcoûts liés à ce projet immobilier.

4°) Un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a été conclu avec l'agence régionale de l'hospitalisation en mars 2007. Les objectifs de ce CREF n'ont pas été atteints deux ans après sa mise en œuvre. Il apparaît dès maintenant que les objectifs définis en 2007 ne seront pas atteints en 2011. La Chambre recommande donc l'actualisation urgente de ce contrat et la recherche de nouvelles économies, de nouvelles recettes et de nouveaux objectifs, afin de rétablir la situation financière particulièrement dégradée de l'établissement.

5°) Certaines fonctions de pilotage de l'établissement mériteraient d'être perfectionnées. L'établissement n'est pas parvenu à se doter d'un projet d'établissement actualisé. Il n'a jamais procédé à un diagnostic flash complet de son activité. Son taux de recouvrement des créances sur les hospitalisés et les consultants est très médiocre. En revanche, six pôles d'activités ont été créés et ont conclu des contrats de pôle avec la direction de l'établissement. Un dialogue de gestion est en place.

6°) Sur plusieurs points, des indicateurs de performance restent à perfectionner : la durée moyenne de séjour est élevée dans plusieurs disciplines de soins actifs ; les recettes comparées de T2A par agent en équivalent temps plein montrent dans certains cas des marges de productivité ; des marges de progression existent en matière de lutte contre les infections induites par les soins.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE PICARDIE**

---

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES SUR LA GESTION  
DU CENTRE HOSPITALIER DE CREIL**

-----

Par courriers en date du 28 septembre 2009, le directeur du centre hospitalier de Creil (Oise), M. Jean-Pierre Friscourt, ainsi que le Président du conseil d'administration, M. Jean-Claude Villemain, ont été informés de l'engagement de l'examen de gestion, conformément aux dispositions de l'article R. 241-2 du code des juridictions financières.

L'entretien préalable prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières s'est déroulé le 30 novembre 2009 avec le directeur, M. Jean-Pierre Friscourt.

A la suite de son délibéré en date du 12 décembre 2009, la Chambre a formulé des observations provisoires qui ont été communiquées au directeur de l'établissement d'une part et, pour celles qui le concernait, au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Picardie, M. Pascal Forcioli.

Dans sa séance du 23 mars 2010, la Chambre a examiné les réponses de l'ordonnateur et du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation ; elle a décidé l'envoi d'un rapport d'observations définitives portant sur la fiabilité des comptes, l'analyse financière, le pilotage médico-économique et le pilotage externe de l'établissement ainsi que la performance et la qualité des soins.

## **1 – Présentation du centre hospitalier et de son environnement**

### **1.1 – Les capacités de l'établissement**

Le centre hospitalier intercommunal de Creil est, avec le centre hospitalier de Beauvais, l'un des deux principaux établissements publics de santé du territoire de santé sud-ouest de la Picardie.

En 2009, la capacité de l'établissement était de 445 lits et places répartis entre 255 lits d'hospitalisation complète et 13 places d'hôpital de jour en médecine, 86 lits et 14 places en chirurgie, 52 lits et quatre places de gynécologie-obstétrique. L'établissement dispose également de 21 postes d'hémodialyse et de 12 lits d'unités d'hospitalisation de courte durée pour l'accueil des urgences.

Selon les données de l'état prévisionnel des recettes et dépenses pour 2009, le centre hospitalier emploie 1 372 personnels non médicaux (dont 158 personnels administratifs, 830 personnels soignants et éducatifs, 210 personnels techniques ou médico-techniques) et 212 personnels médicaux répartis entre 115 praticiens temps plein et partiel, 26,4 praticiens attachés, 20,5 praticiens contractuels et 50,4 internes et étudiants en médecine.

Son plateau technique comprend :

- un bloc opératoire de huit salles, dont une réservée en permanence à l'urgence vitale, une salle d'endoscopie et une salle de cardiologie interventionnelle,
- un bloc obstétrical comportant une salle de césariennes,
- une maternité de niveau II (service de néonatalogie),
- un service des urgences avec un service médical d'urgence et de réanimation (SMUR),
- un plateau d'imagerie médicale avec cinq salles d'imagerie conventionnelle.

Ce plateau technique présente la caractéristique d'être, pour certaines installations, commun aux secteurs public et privé au travers de structures juridiques diversifiées :

- la coronarographie est exercée au sein d'un groupement de coopération sanitaire, structure juridique rassemblant essentiellement des praticiens libéraux ayant travaillé au centre cardiologique du nord à Saint-Denis (Seine Saint Denis) et des structures publiques, dont le centre hospitalier de Creil,
- l'imagerie médicale (scanner et IRM) est pratiquée dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique,
- la radiothérapie et la médecine nucléaire sont exercées par des structures libérales disposant d'un bail emphytéotique.

Le directeur du centre hospitalier considère que la diversité des coopérations permet à l'établissement d'accéder à un plateau technique de qualité pour lequel il n'aurait jamais obtenu, seul, les autorisations nécessaires.

Dans son rapport précédent portant sur la période 2001-2004, la chambre avait évoqué un projet de restructuration et d'extension de l'hôpital, destiné à accueillir les activités d'hémodialyse, de cardiologie, de périnatalité et d'urgences. Le financement de ce projet ne paraissait alors pas assuré, ni en ce qui concerne les dépenses d'équipement, ni s'agissant des surcoûts induits de fonctionnement (frais financiers, amortissements, coûts d'exploitation).

Ce projet a fait l'objet d'une nouvelle analyse au sein de l'établissement et a été retenu en février 2010 par le ministère de la santé, dans le cadre du plan de financement « hôpital 2012 ». Le ministère a précisé que l'opération immobilière devrait prendre en compte l'incidence du projet médical commun des centres hospitaliers de Creil et de Senlis sur les capacités du site creillois et être réalisé sans augmentation des effectifs des personnels de deux établissements.

Or, le projet médical commun n'est actuellement ni formalisé, ni à plus forte raison adopté. En outre, si le rapprochement des deux établissements a fait l'objet d'études et de concertations, aucune étude conséquente n'a été menée sur la prise en compte des situations financières que la chambre estime dégradées des deux établissements.

La chambre recommande que le projet de rapprochement des centres hospitaliers de Creil et de Senlis, quelle qu'en soit la forme juridique, soit précédée d'une étude sur la situation actuelle réelle et les perspectives de redressement des finances des deux établissements.

Le centre hospitalier de Creil a été ouvert en 1978, alors que n'existait sur place qu'une maternité, le seul hôpital public du sud-ouest était le centre hospitalier de Senlis. Il se distingue par deux caractéristiques relatives à sa conception. En premier lieu, il accueille en médecine essentiellement des services de spécialités, en dehors d'un service de médecine polyvalente et d'un service de gériatrie de création récente ; en second lieu, il ne possède qu'une capacité de court séjour : il n'existe ni service de soins de suite et de réadaptation, ni structure d'accueil pour les personnes âgées dépendantes.

Ces deux caractéristiques peuvent en partie constituer un des facteurs expliquant des durées moyennes de séjour (DMS) élevées (cf. ci-après).

### 1.3 – La patientelle

L'attractivité de l'établissement est en augmentation sur la période récente sur les villes de Creil et Montataire, spécialement en médecine et en gynécologie obstétrique. Elle est plus faible en chirurgie et tend globalement à régresser sur la ville de Nogent-sur-Oise, dans toutes les spécialités.

La population de l'agglomération creilloise est en augmentation sur la période récente, après avoir sensiblement régressé entre 1982 et 1999, notamment en raison des restructurations industrielles au cours de cette période. Elle présente la caractéristique d'une grande précarité. Le revenu moyen fiscal par famille du bassin creillois (14 471 € en 2004) est sensiblement inférieur à celui du département de l'Oise (16 488 €) et de la région Picardie (15 130 €). Plus de la moitié des foyers fiscaux ne sont pas imposés. On dénombre deux fois plus d'allocataires du RMI-RSA dans le bassin creillois que dans le département et la région. Cette caractéristique a permis à l'établissement de bénéficier de crédits spécifiques en 2009 attribués par l'Etat, pour compenser les surcoûts liés à la précarité de sa patientelle, mesurée par le nombre de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle ainsi que de l'aide médicale d'Etat. Le centre hospitalier de Creil a bénéficié, dans ce cadre, de l'une des plus importantes dotations de moyens spécifiques de la région picarde.

### 1.4 – L'environnement hospitalier

Le territoire de santé sud-ouest de la Picardie, auquel appartient l'établissement, est constitué de deux pôles : Beauvais au nord et au sud les communes de Creil, Senlis, Chantilly et Gouvieux, situées dans un triangle de 12 à 15 kms de côté et proches de l'agglomération parisienne.

Le centre hospitalier de Creil est situé dans un territoire caractérisé par une forte densité d'établissements de santé, orientés vers les disciplines chirurgicales, parmi lesquels on dénombre :

- la clinique du Valois (40 lits de court séjour et 40 lits de moyen séjour), installée sur le site du centre hospitalier de Creil, dans des bâtiments neufs,
- le centre médicochirurgical de Creil, orienté désormais vers la prise en charge des personnes âgées (maison de retraite médicalisée et pôle de gériatrie),

- le centre hospitalier de Senlis (430 lits et 21 places dont 163 lits pour personnes âgées dépendantes),

- la clinique Saint-Joseph d'une capacité de 59 lits et cinq places de médecine chirurgie, propriété jusqu'au 1er janvier 2009 de la Générale de santé, et désormais de la clinique du Valois ; cet établissement est désormais recentrée sur la prise en charge de la population senlisienne.

A ces établissements, s'ajouterait un « futur hôpital privé » de Chantilly, orienté vers la chirurgie, implanté à Gouvieux et constituant un groupement de coopération sanitaire (GCS) entre deux établissements privés participant au service public hospitalier, le centre médicochirurgical des Jockeys situé à Gouvieux, ainsi que la clinique médicochirurgicale de Creil.

Le centre hospitalier de Beauvais reste toutefois le principal établissement du territoire de santé sud ouest de la Picardie.

Enfin, le centre hospitalier de Creil fait partie de réseaux et participe à des coopérations dans les domaines de la cancérologie, de la cardiologie et de la périnatalité. Des coopérations ponctuelles (astreintes de pharmacie, laboratoire d'anatomo-pathologie...) existent avec le centre hospitalier de Senlis mais ne s'inscrivent pas, pour l'heure, dans un cadre d'ensemble.

### 1.5 – L'activité

L'activité de l'établissement évaluée en entrées et journées est résumée au tableau ci-dessous.

En médecine, la forte augmentation de l'activité en 2008 se confirme en 2009. A l'inverse, l'activité chirurgicale est en baisse continue au cours de la période sous revue. L'activité de gynécologie-obstétrique est en légère augmentation, mais baisse en 2009 en raison, selon les indications données à la Chambre, de l'installation de la maternité du centre hospitalier de Senlis dans des locaux neufs.

Si l'activité d'hémodialyse est stable, l'activité de jour est dans toutes les disciplines en augmentation.

#### **Centre hospitalier de Creil Evolution de l'activité en entrées et journées**

	ENTREES				JOURNEES			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
MEDECINE	14866	14666	16 192	16 443	75 361	77 540	80 692	82 250
CHIRURGIE	5703	5111	4780	4448	30 482	26 554	23 713	21 005
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	2780	2707	2852	2533	14096	13 860	14235	13 256
HJ MEDECINE	4116	3349	4090	4664	4116	3349	4090	4664
CHIRURGIE DE JOUR	1457	1605	1648	1926	1457	1605	1648	1926
HJ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	632	729	1344	1504	632	729	1344	1503
HEMODIALYSE	13 094	12 829	13 305	13 434	13 094	12 829	13 305	13 434
	42 648	40 996	44 211	44 952	139 238	136 466	139 027	138 038

(Source : établissement)

## 2 – Fiabilité des comptes

La vérification de la sincérité des comptes est un préalable à l'analyse financière. Les charges des deux budgets annexes étant correctement imputées, seul le budget principal a fait l'objet d'un examen sur ce point.

### 2.1 – Les reports de charges

La Chambre avait appelé l'attention dans son rapport précédent sur l'importance des reports de charges, qui consistent à reporter sur l'exercice suivant, faute de crédits suffisants pour les prendre normalement en compte, des charges attachées, en principe, à l'exercice auquel elles se rapportent. Cette pratique a évidemment pour effet de fausser le résultat comptable.

Depuis la mise en place de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) en 2006, la pratique du report de charges est en principe désormais circonscrite aux charges sur exercices antérieurs exclusivement liées à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné.

De fait, comme le fait ressortir le tableau ci-dessous, la Chambre observe une très nette amélioration de la situation depuis l'exercice 2007.

### Centre hospitalier de Creil Évolution des reports de charges

Charges sur exercices antérieurs BUDGET H	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Charges de personnel</b>	1 926 649,33	2 583 847,60	5 618 881,79		
<b>Charges à caractère médical</b>	457 798,64	681 432,40	1 449 714,94	50 813,67	33 228,77
<b>Charges à caract. hôtel. et gén.</b>	571 777,01	1 305 186,92	1 770 896,74	91 320,13	20 053,54
<b>Autres charges</b>	227,15			2 117,16	7 013,96
<b>TOTAL DES REPORTS DE CHARGES</b>	<b>2 956 452,13</b>	<b>4 570 466,92</b>	<b>8 839 493,47</b>	<b>144 250,96</b>	<b>60 296,27</b>
Montants exprimés en €	Source : comptes administratifs et financiers				

La décision d'abandonner la pratique des reports de charges a été prise par le centre hospitalier au cours de l'exercice 2006, ce qui explique en partie l'importance du résultat déficitaire de cet exercice, qui a supporté les charges reportées de l'exercice 2005 et les charges qui n'ont pas été reportées en 2007. Il est pris acte de ce que les reports de charges en 2007 et 2008 correspondent à des reports « techniques », c'est-à-dire des charges pour lesquelles le gestionnaire ne disposait pas d'informations suffisantes au moment où a été établi le montant des rattachements de charges.

### 2.2 – Les reports de produits

Comme le fait ressortir le tableau ci-dessous, le montant des reports de produits n'évolue pas sensiblement de 2006 à 2008.

## Centre hospitalier de Creil Évolution des reports de produits

Produits sur exercices antérieurs BUDGET H	2004	2005	2006	2007	2008
Réémission de titres suite à annulation sur exercice clos	251 610,91	256 977,00	115 995,6	316 886,6	240 635,0
Produits /ex antérieurs (autres)	367 426,17	1 444 134, 6	478 254,4	415 984,0	508 127,0
<b>TOTAL DES REPORTS DE PRODUITS</b>	<b>619 037,08</b>	<b>1 701 111, 6</b>	<b>594 250,0</b>	<b>732 870,6</b>	<b>748 762,0</b>
<b>Montants exprimés en €</b>	Source : comptes administratifs et financiers				

Le centre hospitalier souligne les difficultés pour estimer les reports de produits, liées en particulier la grande variabilité des critères influents sur le tarif définitif accordé pour chaque séjour (suppléments, majorations ou minorations liées aux extrêmes hauts et bas) ainsi que le nombre élevés des tarifs envisageables (plus de 2 300 groupes homogènes de séjour -GHS- actuellement). La chambre recommande toutefois de rechercher les moyens d'une diminution du montant des produits reportés chaque année, qui influencent sensiblement le résultat annuel.

### 2.3 – L'absence de provision pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps

La provision pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps est une provision réglementée, destinée au financement des dépenses de personnel liées au paiement des jours de congés épargnés par les personnels de l'établissement.

Le centre hospitalier de Creil a bénéficié en 2008 de crédits du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), d'un montant de 1,07 M€ versés sur décision de l'Agence régionale d'hospitalisation, et destinés au financement des dépenses liées au paiement des jours de congés épargnés. La même année, il a complètement soldé la provision constituée au compte épargne temps dont l'abondement depuis 2005 a été effectué comme au tableau ci-dessous.

### Centre hospitalier de Creil Compte épargne temps : évolution de la provision

Montants en euros	2005	2006	2007	2008
Provisions	250 000,00	-	-	-
Reprise	-	-	-180 000,00	-70 000,00
Solde	250 000,00	250 000,00	70 000,00	0

(source : établissement)

Le stock de jours épargnés par les personnels de l'établissement a augmenté chaque année jusqu'en 2007. En 2008, grâce aux crédits supplémentaires accordés à l'établissement (1 M€) et la mise en place d'un dispositif incitatif de rachat des jours de congés épargnés, ce stock a diminué (cf. le tableau ci-après).

<b>Nombre de jours épargnés cumulés</b>	<b>2 005</b>	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>
Personnels médicaux	4 787,00	6 071,50	6 972,50	5 287,50
Personnels non médicaux	698,64	793,14	1 273,31	1 460,33
<b>TOTAL</b>	<b>5 485,64</b>	<b>6 864,64</b>	<b>8 245,81</b>	<b>6 747,83</b>

(source : établissement)

L'établissement a communiqué une évaluation du coût des jours épargnés par le personnel en prenant en compte les prix de rachat de jours de congés prévus par les arrêtés interministériels du 14 mai 2008 et un taux de charges sociales de 40,41 % pour le personnel non médical contractuel, 17,81 % pour le personnel non médical titulaire et 50 % pour le personnel médical (cf. le tableau ci-dessous).

### **Compte épargne temps (valorisation)**

<b>Valorisation en € des jours épargnés cumulés</b>	<b>2 005</b>	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>
Personnels médicaux	1 436 100,00	1 821 450,00	2 091 750,00	1 586 250,00
Personnels non médicaux	74 026,20	82 778,70	132 017,20	157 332,20
<b>TOTAL</b>	<b>1 510 126,20</b>	<b>1 904 228,70</b>	<b>2 223 767,20</b>	<b>1 743 582,20</b>
Montant de la provision constituée	250 000,00	250 000,00	70 000,00	0,00
Insuffisance de financement	1 260 126,20	1 654 228,70	2 153 767,20	1 743 582,20

(source : établissement)

L'établissement ne dispose désormais d'aucune ressource affectée au financement d'une dépense potentielle liée au compte épargne temps évaluée par lui à 1,7 millions d'euros.

#### **2.4 – La sous-évaluation des dotations aux amortissements**

En principe, les durées d'amortissement pratiquées au centre hospitalier de Creil sont conformes aux anciennes dispositions de l'instruction M21, qui recommandaient un amortissement linéaire sur une durée de deux ans à 30 ans. L'établissement a adopté pour la plupart des biens l'amortissement conseillé, sauf pour le matériel de bureau (durée minimum 5 ans), les agencements et installations (durée minimum 10 ans) et le matériel informatique (durée maximum 5 ans). Ces décisions sont également conformes aux dispositions de la M21 arrêtée en 2007.

On constate toutefois que les pratiques mises en œuvre s'écartent des principes adoptés en cette matière. En réalité, l'établissement pratique un amortissement qu'il appelle « différé », consistant à minorer artificiellement ses dotations en fonction notamment des crédits budgétaires disponibles. Cette pratique conduit en principe à reporter la dotation sur les exercices suivants, sans allonger la durée d'amortissement du bien (les dotations des exercices futurs doivent être majorées pour compenser la minoration intervenue au cours d'un exercice). Elle constitue une forme particulière de report des charges, dont on a indiqué ci-dessus qu'ils avaient été singulièrement réduits pour les dépenses réelles d'exploitation. L'effet de cette pratique sur le résultat comptable est significatif (3 M€ en 2008), comme le montre le tableau ci-dessous.

### **Centre hospitalier de Creil Conséquence des amortissements « différés »**

<b>Montants en euros</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
--------------------------	-------------	-------------	-------------

Dotations aux amortissements calculées conformément aux recommandations de l'instruction M21	5 282 517,00 €	6 364 554,00 €	6 761 207,00 €
Dotations aux amortissements inscrites au compte financier	2 885 384,00 €	4 091 431,00 €	3 708 444,00 €
Différence	2 397 133,00 €	2 273 123,00 €	3 052 763,00 €

(source : établissement)

La mise en œuvre de l'amortissement « différé », non conforme à l'instruction budgétaire et comptable, minorant le déficit, a été décidée à partir de 2006, afin d'améliorer la présentation des comptes, alors que l'établissement mettait en œuvre un plan de retour à l'équilibre financier. La Chambre observe qu'elle altère la fiabilité des comptes de l'établissement et fausse le résultat déficitaire cumulé qui apparaît sous évalué de 7,7 M€ Elle prend cependant acte que l'ordonnateur affirme être revenu à une pratique conforme à la réglementation en 2009.

## 2.5 – Conclusion sur la fiabilité des comptes

Il résulte des développements ci-dessus que les résultats comptables, retracés dans les comptes du centre hospitalier de Creil ne traduisent pas sa situation budgétaire et comptable réelle. La situation financière retraitée du centre hospitalier de Creil est la suivante :

### Centre hospitalier de Creil Situation financière retraitée

BUDGET H	2 006	2 007	2 008
Résultat comptable de l'exercice	-13 518 632,31 €	-3 944 989,59 €	-2 935 990,16 €
- Reports de charges N sur N+1	-144 250,96 €	-452 220,27 €	-157 790,84 €
+ Reports de charges N-1 sur N	12 480 959,21 €	144 250,96 €	452 220,27 €
+ Reports de produits N sur N+1	325 634,00 €	-255 860,00 €	-504 280,00 €
- Reports de produits N-1 sur N	-597 925,72 €	-325 634,00 €	255 860,00 €
- Insuffisance de provisions (CET et créances ANV)	-590 103,45 €	-653 399,13 €	653 315,30 €
- Insuffisance de dotations aux amortissements	-2 397 133,00 €	-2 273 123,00 €	-3 052 763,00 €
- Subventions spécifiques			
- Dotations exceptionnelles d'équilibre	-570 000,00 €	0,00 €	-400 000,00 €
<b>Résultat de gestion corrigé (hors dotations exceptionnelles)</b>	<b>-5 011 452,23 €</b>	<b>-7 760 975,03 €</b>	<b>-5 689 428,43 €</b>

(Source : établissement)

Le résultat de l'exercice 2006 est significativement faussé par l'arrêt des reports des charges sur exercice suivant. Au-delà et plus généralement au cours de la période sous revue, les résultats comptables sont essentiellement affectés par l'insuffisance de la provision du compte épargne temps et surtout l'insuffisance de la dotation aux amortissements.

Après correction et compte non tenu des dotations exceptionnelles et non reconductibles obtenues par l'établissement au cours de la période, les exercices 2006, 2007 et 2008 sont respectivement déficitaires de 5 M€, 7,76 M€ et 5,7 M€, soit un déficit moyen sur les trois dernières années de 6,15 M€ qui peut être considéré comme le déficit structurel de l'établissement. De même, la capacité d'autofinancement brute est en 2007 et 2008 inférieure

à celle calculée à partir du résultat comptable arrêté par le conseil d'administration (cf. le tableau ci-dessous).

**Centre hospitalier de Creil**  
**Capacité brute d'autofinancement après retraitement du résultat de gestion hors dotations exceptionnelles**

Affectation de la capacité d'autofinancement	2006	2007	2008
Résultat de l'exercice	-5 011 452,23 €	- 7 760 975,03 €	-5 689 428,43 €
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0,00 €	8 759,29 €	4 224,68 €
+ Dotations aux amortissements et provisions	5 448 853,03 €	10 157 095,75 €	10 720 680,43 €
+ Insuffisance de provisions CET	590 103,45 €	653 399,13 €	- 653 315,30 €
- Produits des cessions d'éléments d'actifs	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- Quote part des subventions virées au compte de résultat	-83 846,96 €	0,00 €	0,00 €
- Reprises sur amortissements et provisions	-224 821,69 €	-2 294 106,69 €	-3 613 311,32 €
Capacité brute d'autofinancement	718 835,60 €	764 172,45 €	768 850,06 €

(Source : établissement)

### 3 – L'analyse financière rétrospective

L'ensemble des données sont issues des analyses effectuées par le comptable public. L'interprétation d'un certain nombre de tableaux tient compte dans les commentaires du résultat comptable inférieur au résultat réel.

#### 3.1 – La constitution du résultat

1°) Le résultat a été arrêté par le conseil d'administration comme au tableau ci-après au cours de la période sous revue.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Les résultats des différents budgets**

<b>Résultats consolidés de fonctionnement</b>					
<b>BUDGET</b>	<b>2 004</b>	<b>2 005</b>	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>
Budget principal H	444 839,50 €	-2 789 542,57 €	-13 518 632,31 €	-3 944 989,59 €	-2 935 990,16 €
Budget Ecoles paramédicales		-4 631,49 €	5 026,16 €	3 068,65 €	94 566,59 €
Budget CAMSP	47 982,65 €	61 256,75 €	153 238,86 €	89 319,11 €	54 700,02 €
Résultats consolidés	492 822,15 €	-2 732 917,31 €	-13 360 367,29 €	-3 852 601,83 €	-2 786 723,55 €

(source : comptes administratifs et financiers)

Les budgets annexes, écoles paramédicales et centre d'action médico sociale précoce n'appellent pas d'observation : les résultats sont, sauf en 2008 pour l'école d'aide soignants, excédentaires.

Indépendamment de ce qui est indiqué ci-dessus concernant la minoration de certaines charges et le caractère particulier du résultat arrêté en 2006, le budget principal est déficitaire depuis 2005. Le déficit cumulé du budget principal s'élève au 31 décembre 2008 à 16,136 M€ Au 31 décembre 2009, le déficit a augmenté de 1,6 M€, soit un déficit comptable cumulé estimé fin 2009 à 17,7 M€

Si on ajoute l'insuffisance de la dotation aux amortissements et aux provisions ainsi que l'absence de provision du compte épargne temps, le déficit réel cumulé des quatre dernières années peut être estimé à 27,6 M€

2°) Les dépenses ont connu des augmentations annuelles importantes en 2005 (6,39 %) en 2006 (12,45 %) et 2008 (6,47 %) après avoir connu une baisse de 4,43 % en 2007, liée à la sensible réduction des charges reportées de l'exercice antérieur. Entre 2004 et 2008, le total général des dépenses a été majoré de 21,7 % (charges reportées comprises). Sous déduction de ces dernières, les dépenses de personnel ont augmenté pendant la même période de 25,23 %, les charges à caractère médical de 26,78 %, les charges à caractère hôtelier et général de 26,6 %. Bien que sous évaluées, les dotations aux amortissements et aux provisions ont augmenté de 20,73 %.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Répartition des dépenses par titre fonctionnel**  
**Fonctionnement budget principal H**

<i>DEPENSES (en millions d'euros)</i>						
GROUPES	2004	2005	2006	2007	2008	Evolution
TITRE 1 - Charges relatives au personnel	58,7	58,6	66,7	68,3	73,5	+ 25,23 %
Charges sur exercices antérieurs (6721)	1,9	2,6				
<b>TOTAL TITRE 1 - Charges relatives au personnel</b>	<b>60,6</b>	<b>61,1</b>	<b>66,7</b>	<b>68,3</b>	<b>73,5</b>	<b>+ 21,25 %</b>
TITRE 2 - Charges à caractère médical	15,4	16,5	20,2	17,9	19,5	+ 26,78 %
Charges sur exercices antérieurs (6722)	0,46	0,68				
<b>TOTAL TITRE 2 - Charges à caractère médical</b>	<b>15,9</b>	<b>17,2</b>	<b>20,2</b>	<b>17,9</b>	<b>19,5</b>	<b>+ 23,13 %</b>

<i>DEPENSES (en millions d'euros)</i>						
GROUPES	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	Evolution
TITRE 3 - Charges à caractère hot et général	7,1	6,8	10,2	9,6	9,7	+ 36,8 %
Charges sur exercices antérieurs (6723)	0,57	1,3				
<b>TOTAL TITRE 3 - Charges à caractère hot et géné</b>	<b>7,7</b>	<b>8,15</b>	<b>10,2</b>	<b>9,6</b>	<b>9,7</b>	<b>+ 26,6 %</b>
<b>TOTAL TITRE 4 - Amort, prov, ch fin except</b>	<b>7,5</b>	<b>11,0</b>	<b>12,9</b>	<b>9,3</b>	<b>9,1</b>	<b>+ 20,7%</b>
<b>TOTAL des titres 1 à 4</b>	<b>91,7</b>	<b>97,4</b>	<b>109,9</b>	<b>105,1</b>	<b>111,9</b>	<b>+ 21,98 %</b>
Différence sur produits à recevoir (6728)	0,19	0,37				
Annul titres émis au cours d'ex anté (673)						
<b>TOTAL autres dépenses</b>	<b>0,19</b>	<b>0,37</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	
<b>TOTAL GENERAL DES DEPENSES</b>	<b>91,9</b>	<b>97,8</b>	<b>109,9</b>	<b>105,1</b>	<b>111,9</b>	<b>+ 21,73 %</b>

Source: Comptes administratifs et financiers

Les recettes ont augmenté régulièrement entre 2004 et 2008 d'environ 18 %, soit une progression inférieure à celle des dépenses.

### Centre hospitalier de Creil Répartition des recettes par titre fonctionnel

<b>RECETTES (en millions d'euros)</b>						
<b>GROUPE</b>	<b>2 004</b>	<b>2 005</b>	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>	<b>Evolution</b>
TOTAL TITRE 1 - Produits de l'assurance maladie	77,87	78,96	82,14	83,55	87,57	+ 12,46%
TOTAL TITRE 2 - Produits de l'activité hospitalière	6,44	6,33	7,11	7,61	8,33	+ 29,26%
TOTAL TITRE 3 - Autres produits	7,91	9,44	7,17	9,97	13,05	+ 64,92%
<b>TOTAL DES RECETTES TITRE 1 A 3</b>	<b>92,22</b>	<b>94,73</b>	<b>96,43</b>	<b>101,13</b>	<b>108,95</b>	<b>+ 18,13%</b>
Titres réémis (7721)	0,12	0,23				
Produits de tarif spécifiques exerc antér (7728)	0,01	0,03				
<b>TOTAL autres recettes</b>	<b>0,13</b>	<b>0,26</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	
<b>TOTAL GENERAL DES RECETTES</b>	<b>92,35</b>	<b>94,99</b>	<b>96,43</b>	<b>101,13</b>	<b>108,95</b>	<b>+ 17,97%</b>
<b>RESULTAT COMPTABLE</b>	<b>0,44</b>	<b>-2,79</b>	<b>-13,52</b>	<b>-3,94</b>	<b>-2,94</b>	
<i>Source: Comptes administratifs et financiers</i>						

### 3.2 – L'analyse des soldes intermédiaires de gestion

Compte tenu de la structure du budget du centre hospitalier de Creil, seuls les soldes du budget principal sont analysés ci-après, les comparaisons étant cependant effectuées sur l'ensemble du budget hospitalier.

Les soldes intermédiaires de gestion (SIG) sont un des éléments intermédiaires du compte de résultat utilisé pour apprécier la performance de l'hôpital. Ils permettent de distinguer :

- ce qui relève de l'activité normale du centre hospitalier de son cycle d'exploitation,
- ce qui résulte de son mode de financement : l'endettement a une incidence sur le résultat par le biais des charges financières,
- de qui est dû à des éléments exceptionnels, indépendants de l'activité du centre hospitalier et qui ne devrait pas se renouveler.

L'analyse de la Chambre a porté sur la valeur ajoutée, l'excédent brut d'exploitation, la marge brute et les résultats intermédiaires du budget principal.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Evolution des principaux soldes intermédiaires de gestion (en milliers d'euros)**  
**Budget principal**

	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008
La valeur ajoutée	68 450	67 054	63 429	68 056	71 241
L'excédent brut d'exploitation	8 693	9 067	- 2 409	682	- 1 646
La marge brute	10 183	10 662	- 1 579	2 097	1 564
Le résultat d'exploitation	3 344	962	- 4 389	- 3 313	- 2 405
Le résultat courant	2 903	399	- 5 168	- 4 215	- 3 433
Le résultat exceptionnel	- 2 458	- 3 189	- 8 361	270	497
Résultat net	445	- 2 790	- 13 519	- 3 945	- 2 936

(source : analyse financière du comptable)

1°) La valeur ajoutée, qui permet à l'établissement de rémunérer son personnel et de payer ses impôts et ses charges financières résulte de la différence entre les produits bruts d'exploitation et les dépenses liées aux achats et services. Sur la période 2004 à 2008, les produits bruts d'exploitation augmentent de 13,06 %, alors que les consommations intermédiaires progressent 31,25 % : cela induit une progression modérée de la valeur ajoutée de 7,21 %.

2°) L'excédent brut d'exploitation (EBE) caractérise la ressource dégagée par l'activité quotidienne du centre hospitalier sans tenir compte ni des charges liées au renouvellement des équipements (les amortissements), ni de sa gestion financière, ni d'éléments exceptionnels de son activité. Les charges de personnel représentent la dépense la plus importante du centre hospitalier pour assurer son fonctionnement courant : ces dépenses ont augmenté de + 25,16 % en euros courant entre 2004 et 2008 alors que les produits bruts d'exploitation n'ont augmenté que de 13,06 % sur une même période.

En 2006, l'excédent brut d'exploitation était fortement négatif (-2,409 M€). Cependant, l'exécution budgétaire 2006 peut être considérée comme anormale, compte tenu des opérations liées aux reports de charge au cours de cet exercice.

En 2007, les charges de personnel (67,509 M€) étaient légèrement inférieures à la valeur ajoutée (68,056 M€), induisant un EBE symboliquement positif (0,682 M€).

En 2008, l'excédent brut (- 1646 €) devient négatif, ce qui peut s'expliquer par le paiement exceptionnel des journées des comptes épargne temps, qui ont minoré l'excédent brut d'exploitation. Pour la première fois au cours de cet exercice, la valeur ajoutée dégagée par le budget principal (71,241 M€) est inférieure aux charges de personnel (73,012 M€), ce qui signifie que les recettes courantes du budget principal 2008 ne couvrent pas ses dépenses courantes.

La situation financière du centre hospitalier est préoccupante : un EBE négatif signifie que l'établissement n'est plus en mesure, avec les recettes issues de son activité, de rémunérer son personnel et de faire face à ses dépenses courantes. Dans cette situation, l'exploitation ne permet a fortiori ni d'assurer ni le service de la dette, ni d'amortir les équipements, ni de provisionner les risques et les charges.

3°) La marge brute représente les ressources dégagées sur l'exploitation courante pour financer les charges financières et d'amortissement, c'est-à-dire pour financer les investissements passés et futurs. Elle est calculée à partir de l'EBE, corrigé des charges et produits divers de gestion courante. Il s'agit d'un solde intermédiaire de gestion important pour un centre hospitalier. La marge brute du CH de Creil s'effondre entre 2004 et 2008 (elle est pratiquement divisée par 7) passant de 10,183 M€ en 2004 à 1,564 M€ en 2008. La marge brute négative de l'exercice 2006 (- 1,579 M€) est liée aux régularisations des reports de charges intervenues au cours de cet exercice.

Le taux de marge brute calculé pour l'ensemble des budgets, s'élève à 2,26 en 2007 et 1,67 en 2008 et est très éloigné de la médiane (6,17) calculé pour les centres hospitaliers semblables au centre hospitalier de Creil. En 2008, le taux de marge brute situe l'établissement en deçà du 1er décile de la population considérée.

La Chambre observe que, à la veille de démarrer un programme de restructuration et d'extension capacitaire, le centre hospitalier de Creil est dans l'impossibilité de dégager une marge d'exploitation pour financer ses futurs investissements.

### 3.3 – L'investissement

1°) Le poids des charges liées à l'investissement dans l'exploitation

En moyenne, 8 % du prix payé par l'assurance maladie pour chaque groupe homogène de séjour (GHS) servent à financer les charges liées à l'investissement. Au centre hospitalier de Creil, ce ratio était de 4,48 % en 2006, 5,99 % en 2007 et 5,29 % en 2008, soit un taux sensiblement inférieur à la moyenne. Cet indicateur souligne que les dotations aux amortissements ont été anormalement réduites.

#### **Centre hospitalier de Creil** **Poids des charges liées à l'investissement rapportées aux recettes T2A**

	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>
1 : Intérêts des emprunts liés à l'investissement (Compte 6611)	778 535,57 €	898 958,52 €	911 084,07 €
2 : Dotations aux amortissements (Compte 6811)	2 901 720,03 €	4 106 566,75 €	3 723 917,43 €
3 : Recettes du titre 1	82 144 106,55 €	83 554 905,60 €	87 569 072,63 €
4 : Part des charges liées à l'amortissement dans les recettes du titre 1 [4= (1+2)/3]	4,48%	5,99%	5,29%

*Source: centre hospitalier de Creil (montants en euros)*

2°) La capacité d'autofinancement (CAF)

La capacité d'autofinancement brute devient fortement négative en 2006 (- 10,6 M€ montants non corrigés des reports de charges). Si elle redevient légèrement positive en 2007 (1,57 M€) et en 2008 (1,2 M€), elle est négative en 2009 (- 0,37 M€).

#### **Centre hospitalier de Creil** **Capacité d'autofinancement brute**

**(en milliers d'euros)**

Affectation de la capacité d'autofinancement	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Résultat de l'exercice	493	-2 733	-13 360 €	-3 853	-2 787	-1 592
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0,7	3		9	4	46
+ Dotations aux amortissements et provisions	7 060	10 539	3 052	7 884	7 668	6 753
- Produits des cessions d'éléments d'actifs						-2
- Quote part ds subventions virées au compte de résultat			-84			0
- Reprises sur amortissements et provisions	-209	-650	-225	-2 474	-3 683	-5 574
Capacité brute d'autofinancement	7 344	7 160	-10 617	1 566	1 202	-369

(Source : IDAHO et établissement)

Le taux de CAF (soit la capacité d'autofinancement rapportée aux produits réels d'exploitation) calculé pour l'ensemble des budgets s'élève à 1,60 en 2007 et à 1,115 en 2006. En comparaison avec les autres centres hospitaliers, le taux de CAF du centre hospitalier de Creil se situe entre le premier (0,77), le deuxième (2,37) décile, loin de la médiane (4,99). Le centre hospitalier de Creil fait partie des 20 % d'établissements les moins performants au regard de ce ratio.

La capacité d'autofinancement nette se déduit de la CAF, après déduction des annuités en capital des emprunts, c'est-à-dire du paiement différé des investissements des exercices antérieurs. Elle est devenue négative depuis 2006. Cela signifie que depuis cet exercice, l'établissement ne finance plus par ses propres ressources le remboursement en capital de sa dette bancaire.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Capacité d'autofinancement nette**  
**(en milliers d'euros)**

	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2009 (Prévisionnel)
CAF BRUTE	7 344	7 159	-10 617	1 566	1 202	-369
Remboursement des dettes financières	1 341	1 484	1 868	1 755	1 789	-1 914
CAF nette ou excédent (+) besoin de financement (-) des frais financiers	6 003	5 675	-12 485	-189	-587	-2 283

(Source : IDAHO et établissement)

3°) Le financement des investissements a donc été assuré par un recours important à l'emprunt et par un prélèvement sur le fonds de roulement en 2006, 2007 et 2009, étant précisé que pour 2006, les données sont sensiblement faussées par la régularisation des reports de charges.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Le financement des investissements**  
**(en milliers d'euros)**

	2 005	2 006	2 007	2 008	2009(Prévisionnel)
<b>CAF brute (+)</b>	<b>7 160</b>	<b>-10 617</b>	<b>1 566</b>	<b>1 202</b>	<b>-369</b>
Remboursement des emprunts (-)	1 484	1 868	1 755	1 789	1 914
<b>CAF nette</b>	<b>5 675</b>	<b>-12 485</b>	<b>-189</b>	<b>-587</b>	<b>-2 283</b>
Investissements (-)	5 536	9 552	5 377	3 185	4 006
<b>Besoin de financement des investissements</b>	<b>139</b>	<b>-22 037</b>	<b>-5 566</b>	<b>-3 772</b>	<b>- 6 289</b>
Cession d'immobilisations (+)	0	0	0	0	2
Apports et subventions (inclus 10682) (+)			7		106
Emprunts nouveaux (+)	6 440	8 050	3 850	4 300	4 000
<b>Total financement investissement</b>	<b>6 440</b>	<b>8 050</b>	<b>3 857</b>	<b>4 300</b>	<b>4 108</b>
<b>Variation du fond de roulement</b>	<b>6 579</b>	<b>-13 987</b>	<b>-1 709</b>	<b>528€</b>	<b>-2 181</b>
Taux d'emprunt sur investissements	116 %	84 %	72 %	135 %	100 %

Source : IDAHO et établissement

Tous les indicateurs financiers révèlent que la capacité de l'établissement à financer de nouveaux investissements est aujourd'hui très limitée. Compte tenu des projets de restructuration et d'investissement envisagés, cette situation est préoccupante.

### 3.4 – La situation de la dette

Au 31 décembre 2008 l'encours de la dette à long terme du centre hospitalier s'élève à 26,6 M€ contre 24 M€ au 31 décembre 2007. Au 31 août 2009, la dette s'élevait à 25,4 M€. Le taux moyen de la dette est de 4,06 %. Son encours est essentiellement à taux fixe.

La durée apparente de la dette se détériore rapidement (15,4 ans en 2007 et 22,10 ans en 2008). Le ratio d'indépendance financière (rapport entre les dettes à moyen et long terme et les capitaux permanents), qui mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables, se situe à 60,16 en 2007 et 66,45 en 2008, alors que la médiane pour les établissements de même catégorie se situe à 43,81.

### 3.5 – Le bilan fonctionnel

Le fonds de roulement d'investissement (FRI) mesure l'excédent des ressources stables sur l'actif immobilisé : Après avoir connu une stabilité de 2005 à 2007, le FRI augmente en 2008 (11,431 M€) essentiellement du fait de l'augmentation de l'endettement.

Le fonds de roulement d'exploitation, (qui mesure la capacité de financement du cycle d'exploitation par des ressources stables) est négatif de 2006 à 2008. Il n'est qu'en amélioration apparente entre ces deux exercices, du fait de la compensation de la créance dite « de l'article 58 », correspondant à la créance au titre des facturations des prix de journée au moment de la mise en place de la dotation globale de financement au 1er janvier 1986 (7,277 M€ en 2008). Les ressources stables d'exploitation sont toujours insuffisantes pour assurer le passif d'exploitation.

Le fonds de roulement net global reste positif sur la période, cependant son amélioration est en 2008 apparente, du fait des opérations de compensation de la créance de l'article 58.

Une très forte augmentation du montant des créances fin 2008 est la conséquence de l'émission tardive en fin d'année d'un grand nombre de titres de recettes. Le besoins en fonds de roulement est élevé.

Le FRNG étant inférieur au besoin en fonds de roulement (BFR), la trésorerie est négative en 2007 (- 2,308 M€) et 2008 (- 1,358 M€). Elle est assurée par des crédits bancaires à court terme. Le directeur de l'établissement fait valoir que cette situation résulte d'un choix piloté, les taux courts de la ligne de trésorerie étant inférieurs au taux des emprunts à moyen et long terme. Elle n'en est pas pour autant satisfaisante, dès lors qu'elle génère des charges financières qui pèsent sur le résultat, déjà fortement dégradé.

### **Centre hospitalier de Creil** **Le bilan fonctionnel synthétique (en millions d'euros)**

	<b>2 004</b>	<b>2 005</b>	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>
FRI	3,908	8,098	7,537	8,378	11,431
FRE	7,345	9,736	- 3,689	- 6,239	- 1,488
FRNG	11,253	17,835	3,848	2,139	9,943
BFR	7,063	6,4	1,876	4,447	11,301
Trésorerie	4,19	11,434	1,972	- 2,308	- 1,358

(source : IDAHO)

### 3.6 – Conclusion sur la situation financière actuelle du centre hospitalier de Creil

La situation financière du centre hospitalier de Creil est fortement dégradée. Elle se caractérise par :

- une augmentation des charges de fonctionnement (21,73 %) sur la période 2004-2008 plus rapide que les recettes (17,97 %),
- des résultats (d'exploitation, courant et net) déficitaires depuis 2006 : le déficit cumulé du budget principal s'élève fin 2008 à 16 M€ et fin 2009 à 17,7 M€
- un déficit réel plus élevé que le déficit comptable arrêté, compte tenu de la sous estimation de la dotation aux amortissements et de la dotation aux provisions pour le financement du compte épargne temps,
- un excédent brut d'exploitation qui devient négatif en 2008, ce qui signifie que l'établissement n'est pas capable de financer ses dépenses de personnel avec ses recettes courantes,
- une incapacité à financer de nouveaux investissements par des ressources propres,
- un encours de dette en sensible augmentation au cours de la période sous revue,
- des difficultés de trésorerie compensées par le recours à des crédits de trésorerie générant des frais financiers.

## 4 – Éléments d'analyse financière prospective

### 4.1 – La soutenabilité de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2009

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'attributions spécifiques pour l'approbation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) présenté par le centre hospitalier ainsi que sur ses conditions d'exécution.

La procédure budgétaire 2009 s'est déroulée parallèlement à la discussion parlementaire de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST). Dans ces conditions, la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Creil n'a pas émis d'avis sur le projet d'EPRD et le conseil d'administration a préféré ne pas voter l'EPRD, qui a été arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation le 4 juin 2009. De ce fait, les crédits inscrits à chaque chapitre budgétaire présentent un caractère limitatif. Les deux principales causes d'insincérité des documents budgétaires et comptables de l'établissement (insuffisance de la dotation aux amortissements et de la provision des comptes épargne temps) n'ont pas été corrigées.

Alors que la situation financière interdit tout recrutement supplémentaire, le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés prévoyait le recrutement de neuf médecins supplémentaires, -cinq recrutements seront réalisés- et de 43 personnels non médicaux, essentiellement en contrats aidés.

Le plan global de financement pluriannuel ne prenait pas en compte l'extension envisagée du centre hospitalier, qui induit une augmentation des dépenses mais aussi des recettes. Le plan global établi à l'EPRD 2009 sans tenir compte de cet investissement, était dans ces conditions, inapproprié.

La Chambre considère que l'EPRD 2009 a soulevé plusieurs interrogations quant à sa soutenabilité. Le plan global de financement pluriannuel était incomplet et le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés peu compatible avec la situation financière de l'établissement.

### 4.2 – Le plan global de financement pluriannuel actualisé (PGFP)

1°) Comme il l'a été évoqué précédemment, l'établissement a élaboré un projet d'extension et de restructuration conçu en trois phases distinctes.

La phase 1 est aidée par l'ARH au moyen de crédits d'aide à la contractualisation (AC) reconductibles, pour des montants qui se sont élevés à 3,194 M€ en 2006, 3,794 M€ en 2007 et 4,194 M€ en 2008. Elle a pour objet le réaménagement de l'accueil général, des services de consultations externes, d'explorations fonctionnelles, d'endoscopie, du pôle cardiologie, des unités fonctionnelles d'urologie, de néphrologie, de neurologie, des soins intensifs neurovasculaires, de l'hémodialyse, de la biologie médicale, de la pharmacie à usage intérieur et du service de restauration.

Le projet concerné par Plan Hôpital 2012 est la deuxième phase. Elle inclut la construction d'un bâtiment neuf sur le site actuel, destiné à accueillir un pôle Femme Mère Enfant et les services des urgences adultes et pédiatriques. Cette deuxième phase concernant 170 lits et places permettra la relocalisation du bloc obstétrical au même niveau que le bloc opératoire général et offrira les contiguïtés et les proximités exigées par les textes réglementaires sur la périnatalité. Elle devrait également permettre la prise en charge des urgences dans les conditions maximum de sécurité.

Enfin, la phase 3 aura pour objet la construction des passerelles de liaison entre le nouveau bâtiment et les bâtiments existants. A la fin des travaux le centre hospitalier disposerait de 513 lits et places, contre 445 actuellement, l'activité de médecine bénéficiant de cette augmentation de capacité.

2°) La dernière version du plan global de financement pluriannuel, datée du mois d'août 2009, se caractérise par une forte augmentation de l'activité, différenciée en fonction des disciplines et des secteurs. En chirurgie, l'activité augmenterait modérément alors que le poids moyen des cas traités (PMCT) baisserait légèrement. En gynécologie obstétrique, il est prévu une augmentation de l'activité de 23 % entre 2009 et 2020. En médecine, l'augmentation prévisionnelle de l'activité est également significative (42,5 %). Les recettes de l'activité de médecine (37,3 M€ en 2008) augmenteraient de 47 % en 2016 (54,78 M€). Les recettes de l'hospitalisation complète de l'ensemble de l'activité de court séjour (57,2 M€ en 2008) augmenteraient de 31 % (74,76 M€ en 2016). Les recettes de l'hospitalisation de jour augmenteraient de 41 % entre 2008 (3,87 M€ en 2009 et 5,46 M€ en 2016). Globalement, les recettes de la tarification du centre hospitalier de Creil augmenteraient de 31,53 % entre 2008 (65,9 M€) et 2016 (86,68 M€).

Le directeur de l'établissement considère que l'opération immobilière devrait se traduire par une augmentation de la capacité de court séjour et l'installation de nouveaux services de spécialités. Il estime que la majeure partie des patients des 15 lits de médecine supprimés à Pont-Sainte-Maxence fréquenteront le centre hospitalier de Creil. Il estime également que la durée moyenne de séjour devrait être améliorée, l'établissement offrant à ces patients 80 % de chambre à deux lits, les chambres de la future extension étant conçus uniquement à un lit.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) prévoit qu'un nouveau contrat et retour à l'équilibre financier (CREF) permettra d'économiser 750 000 € annuellement pendant quatre ans de 2010 à 2013. Pour financer une partie des surcoûts d'amortissement et des frais financiers, l'ARH de Picardie s'est engagée à verser un crédit de fonctionnement de 3,794 M€ en 2009 puis 5,559 M€ à compter de 2010 jusqu'en 2020 au minimum, permettant de lisser une partie des surcoûts d'amortissement et des frais financiers. Le ministère a précisé en janvier 2009 que la tranche pavillon mère-enfant et urgence, évalué à 42,671 M€ bénéficierait d'une aide à l'investissement de 21,33 M€, les crédits d'aide au fonctionnement devant être arrêtés par l'agence régionale de santé.

Selon le PGFP, les résultats comptables seraient équilibrés en 2009, légèrement déficitaires en 2010, excédentaires de 2011 à 2014, puis déficitaires de 2015 (-0,7 M€) à 2020 (-2,2 M€). La capacité d'autofinancement resterait positive et s'améliorerait (9,731 M€ en 2020).

3°) La Chambre observe que le PGFP repose sur des hypothèses optimistes, qui mériteraient d'être analysées en détail.

En premier lieu, ce plan est fondé essentiellement sur une augmentation très importante de l'activité des services de médecine (+ 42,5 %), générant des recettes très supérieures aux dépenses. Cette augmentation d'activité n'est pas en cohérence avec les prévisions d'évolution démographique de la zone d'attractivité du centre hospitalier de Creil.

En deuxième lieu, la situation financière initiale n'est pas correctement prise en compte dans ce PGFP. Le déficit comptable cumulé à la fin de l'exercice 2009 atteint 17,6 M€ Le déficit « réel », après la prise en compte du financement des amortissements et des comptes épargne temps, peut être évalué en 2008 à 26 M€(cf. § 3.1). Ce déficit doit être financé dans le cadre du PGFP.

En troisième lieu, l'opération envisagée fait massivement appel à l'emprunt, alors que la capacité de désendettement du centre hospitalier de Creil est réduite.

De surcroît, le plan élaboré par l'établissement anticipe un résultat déficitaire à compter de l'exercice 2015 et nécessiterait la mise en place d'un nouveau plan de retour à l'équilibre incluant un besoin de financement de 750 000 € annuel pendant quatre ans.

Selon la Chambre, le plan global de financement pluriannuel de l'établissement est caractérisé par plusieurs incertitudes. Il nécessiterait, soit des économies plus importantes que celles qui sont actuellement projetées, soit des aides supplémentaires de l'autorité de tarification, notamment pour le financement de l'investissement ou pour compenser les surcoûts liés à ce projet immobilier.

## **5 – Le pilotage médico économique de l'établissement**

### **5.1 - Les outils de pilotage et leur utilisation**

1°) Le centre hospitalier de Creil ne dispose pas en 2009 de projet d'établissement. Le précédent projet d'établissement a été approuvé le 15 décembre 1998 pour une mise en œuvre de 1999 à 2003.

La commission médicale d'établissement et le conseil d'administration ont adopté en 2005-2006 un projet médical et un projet d'établissement, qui n'a jamais été approuvé par le directeur de l'ARH de Picardie, celui-ci demandant à ce qu'un nouveau projet médical et d'établissement soit entrepris après l'adoption en mars 2006 de la troisième version au schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale (SROS 2006-2010). A la suite de l'adoption du SROS, le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) a été élaboré, dans lequel un nombre conséquent de dispositions du projet d'établissement a été repris.

2°) Le centre hospitalier de Creil adhère à la banque de données hospitalières (BDHF) gérée par la Fédération Hospitalière de France. Cette banque de données recueille les données des grandes bases nationales - SAE, DGCP, PMSI – et permet au centre hospitalier de se comparer à ses concurrents et se situer dans son environnement.

Il n'adhère pas à la « base d'Angers », base de données nationales permettant le calcul des coûts par activité et la comparaison du centre hospitalier avec les centres hospitaliers adhérents à cette base.

Les données du diagnostic flash, disponibles en routine sur le site de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) sont insuffisamment utilisées. Les données qui doivent être renseignées par l'établissement, ne le sont pas, alors que ce diagnostic, en dehors de son intérêt intrinsèque, est un document obligatoire du processus d'autorisation et de financement des opérations « hôpital 2012 ».

L'établissement a fait valoir à la chambre que le diagnostic flash serait établi en 2010, des travaux jugés plus prioritaires ayant dû être effectués auparavant (suivi budgétaire renforcé, comptabilité analytique et dialogue de gestion).

## 5.2 – La gouvernance de l'hôpital

1°) Les pôles d'activités ont été créés début 2008 par délibération du conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement et sur proposition du conseil exécutif. Les pôles sont au nombre de six dont deux pôles cliniques, un pôle chirurgical, un pôle plateaux techniques, un pôle urgences et un pôle administratif « soutien au management ». Ils regroupent l'ensemble des services et unités fonctionnelles de l'établissement.

2°) L'article L. 6145-16 du code de la santé publique, dans sa version en vigueur du 3 mai 2005 au 23 juillet 2009 prévoyait que : « Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. (...) La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur. (...) Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. »

Les responsables des six pôles ont signé en 2009, avec le directeur du centre hospitalier un contrat de pôle. Les chefs de pôles disposent d'une délégation de gestion. Les modalités d'intéressement aux résultats de la gestion des pôles ont également été définies, mais ne sont pas encore effectives. La mise en œuvre des contrats de pôle reste suspendue aux décisions à prendre quant aux modalités de rapprochement avec le centre hospitalier de Senlis.

Des réunions sont régulièrement organisées au cours desquelles le directeur des services financiers présente aux chefs du pôle ou aux médecins réunis en commission médicale d'établissement les outils nécessaires au « dialogue de gestion » entre les responsables de la gestion financière et les médecins. Une analyse commune, entre la direction des services financiers et les services cliniques des comptes de résultats analytiques, a été réalisée depuis 2007.

La chambre prend acte de la prise en conscience des contraintes de gestion par le corps médical du centre hospitalier de Creil : de nombreux rapports annuels d'activité des chefs de service témoignent de cette prise en compte. Elle estime cependant que les outils mis au service du dialogue de gestion devraient être enrichis. Elle recommande que soient élaborés des « tableaux coûts case mix » (TCCM) global et surtout par pôle, ainsi que des tableaux de bords médico économiques et financiers (TBMEF).

### 5.3 – La facturation et la performance du recouvrement des créances sur les hospitalisés et les consultants

Il a été procédé à un examen des créances non encore recouvrées envers les particuliers, ce qui permet de mesurer la performance de l'organisation liée à la facturation et au recouvrement. Selon les indicateurs du diagnostic flash hospitalier 2007, la plupart des établissements font apparaître un ratio inférieur à 90 jours. Une valeur inférieure est préférable ; au-delà de 120 jours, la situation est considérée comme préoccupante.

Comme le fait apparaître le tableau ci-dessous, la performance de l'établissement est singulièrement médiocre si on la compare aux ratios de références rappelés ci-dessus.

#### **Centre hospitalier de Creil Evolution du ratio des créances des hôpitaux**

Montants en euros	2006	2007	2008
Solde du compte 411-1	587 107,71	582 055,38	514 722,97
Débit de l'année du compte 411-1	759 721,98	863 377,08	790 087,74
Ratio en jours (base : 365 jours)	282,07	246,07	237,79

*Source: établissement*

Sans doute, les créances sur les hospitalisés et consultants représentent ainsi que le souligne l'ordonnateur, une faible part (6 % en 2006 et 9 % en 2007) des créances de l'établissement. De même, il doit être donné acte à l'établissement de l'amélioration globale du recouvrement des créances : le solde à recouvrer des créances sur exercices antérieurs a régulièrement diminué de 2004 (1 074 521 €) à 2008 (847 019 €). Sur l'ensemble de comptes de la classe 4 (hospitalisés et consultants, Etat, divers caisses, divers tiers et départements) le délai de recouvrement moyen est de 69,42 jours en 2008. Ce sont essentiellement les délais de recouvrement sur les mutuelles (divers tiers) et l'assurance maladie qui se sont améliorés.

Cependant, par comparaison avec les autres centres hospitaliers, le ratio mesurant l'ampleur des créances non encore recouvrées sur les hospitalisés et les consultants est significatif d'une situation préoccupante.

Il y a lieu de tenir compte des caractéristiques de la patientelle de l'établissement et notamment de la vulnérabilité économique d'une partie d'entre elle, rappelée au début du présent rapport. La Chambre constate toutefois que les délais de recouvrement des créances sont anormalement élevés. Elle recommande à l'établissement de rechercher les moyens nécessaires à l'amélioration des délais de recouvrement de créances liées aux hospitalisations et aux consultations.

## 6 – Le pilotage externe de l'établissement

### 6.1 – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du centre hospitalier de Creil porte sur la période 2007-2011. Il a été adopté par le conseil d'administration du centre hospitalier le 22 mars 2007, après son adoption par le conseil exécutif le 12 mars 2007, l'avis de la commission médicale d'établissement ayant été favorable, celui du comité technique d'établissement défavorable.

Ce contrat, signé par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation le 30 mars 2007 était un document de base, commun à l'ensemble des établissements hospitaliers (appelé socle commun régional), ne possédant en réalité que deux annexes spécifiques pour le centre hospitalier de Creil :

- le contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations (CBUMPP) valable du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008,
- le contrat de retour à l'équilibre financier.

La seconde phase du CPOM, appelée avenant au CPOM de première phase, comprend les dix annexes du socle commun. Il a été adopté par le conseil d'administration de l'établissement le 10 juin 2008 et présenté à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation le 2 juillet 2008. Le CPOM fait l'objet d'un suivi annuel commun de la part de l'établissement et de l'agence régionale de l'hospitalisation.

### 6.2 – Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)

Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) constitue l'annexe 12 du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2007-2011.

#### 6.2.1 – Le déclenchement de la procédure de redressement

La procédure de redressement financier est déclenchée par le directeur de l'ARH, en application de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, lorsque la situation financière de l'établissement apparaît significativement dégradée.

En l'espèce, la situation est manifestement dégradée dès l'exercice 2006, même en tenant compte du caractère exceptionnel du déficit comptable de cet exercice, en grande partie due à la régularisation des reports de charges sur exercices antérieurs.

**Centre hospitalier de Creil  
Evolution des déficits (rappel)**

<b>Déficit comptable du centre hospitalier de Creil</b>			
Montants en millions d'euros	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>
Montant du déficit	13,52	3,94	2 94
Montant des recettes de titre 1	82,14	83,56	87 57
Déficit en pourcentage des recettes d'hospitalisation	16,46%	4,72%	3,35%
Source : établissement ;			

Le déficit 2006 s'élève à 13,5 M€ et représente plus de 16 % des recettes du titre 1. Il est en 2007 et 2008, moins important tout en restant significatif. Cette situation était au demeurant connue dès l'état prévisionnel de recettes et de dépenses 2006, approuvé avec un déficit prévisionnel de 15,5 M€. Dès cet exercice, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation a attribué à l'établissement, sans contrepartie, une aide non reconductible de 400 000 € destinée à aider au démarrage du plan de retour à l'équilibre financier.

Dans ce contexte, la contractualisation du CREF en mars 2007 apparaît tardive au regard des difficultés financières de l'établissement, observées dès la présentation du budget 2006 et qui ne peuvent être cantonnées au besoin de financement de la régularisation des reports de charges pratiqués antérieurement par le centre hospitalier de Creil.

#### 6.2.2 – Le contenu du CREF

Le CREF prévoit que le retour à l'équilibre financier doit être réalisé « dans le délai maximum de l'échéance du contrat » c'est-à-dire fin 2011 ou à l'horizon 2012. L'objectif fixé par le CPOM concerne uniquement le retour à l'équilibre budgétaire mais n'aborde pas la reconstitution de la capacité d'autofinancement, même si la direction de l'établissement prend en compte cet objectif.

Les mesures d'économies de dépenses arrêtées dans le CREF 2007 sont résumées au tableau ci-dessous.

**Centre hospitalier de Creil  
Contrat de retour à l'équilibre financier (en euros)  
Mesures d'économies envisagées**

Mesures	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total</b>
Réduction des mesures individuelles du personnel non médical	247 000	247 000	247 000	247 000	988 000
Economies générées par le départ en retraite des médecins	159 000	79 000	111 000	172 000	521 000
Permanences médicales et plages additionnelles	45 000	90 000	135 000	180 000	450 000
Produits pharmaceutiques	50 000	100 000	150 000	0	300 000
Prestations hôtelières	95 000	95 000	95 000	95 000	380 000
<b>Total</b>	<b>596 000</b>	<b>611 000</b>	<b>738 000</b>	<b>694 000</b>	<b>2 639 000</b>

(Source : établissement)

Le contrat a prévu des économies au titre de la « réduction de la promotion professionnelle », qui portent en réalité essentiellement sur une évolution moins rapide des mesures individuelles concernant les personnels non médicaux. Concernant les dépenses de personnel médical, il comporte également des mesures en vue du remplacement des praticiens partant en retraite, de la réduction des gardes et astreinte, ainsi que des plages additionnelles. D'autres économies sont également attendues de la mise en place de la prescription et de la distribution nominative des médicaments, de l'amélioration des conditions d'achat et des réductions de dépenses hôtelières.

Le plan de retour à l'équilibre prévoit également diverses mesures d'augmentation des recettes résumées au tableau ci-dessous.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Contrat de retour à l'équilibre financier (en euros)**  
**Recettes supplémentaires envisagées**

Mesures	2008	2009	2010	2011	Total
Amélioration des recettes	168 000	336 000	504 000	672 000	1 680 000
Impact de la coronarographie	82 000	82 000	82 000	82 000	328 000
Total	250 000	418 000	586 000	754 000	2 008 000

(Source : établissement)

Des économies sont attendues de la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS), qui est globalement plus élevée au centre hospitalier de Creil que dans les établissements comparables. L'établissement estime par ailleurs que l'installation d'un appareil de coronarographie devait augmenter l'activité de l'unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) et générer des recettes supplémentaires annuelles à hauteur de 82 000 €

#### 6.2.3 – Le suivi du contrat de retour à l'équilibre financier

Un bilan d'étape réalisé en juillet 2009 fait ressortir des résultats contrastés, des économies ont été réalisées dans certains secteurs dans des proportions variables, alors que d'autres secteurs n'ont pas généré d'économies.

1°) Concernant les mesures individuelles en faveur des personnels non médicaux, l'essentiel des économies a porté sur les mesures individuelles. Alors que cette action avait pour objectif une économie annuelle de 184 000 € en 2007 puis de 247 000 € par an par rapport à 2007 entre 2008 et 2011, une économie plus importante a été réalisée en 2007 (315 000 €) et en 2008 (360 000 €). Une économie supérieure (538 000 €) est attendue en 2009 et ce montant serait maintenu jusqu'en 2011. Les économies réalisées sur ce poste sont donc supérieures aux prévisions.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Contrat de retour à l'équilibre financier**  
**Bilan d'étape juillet 2009**  
**Mesures individuelles des personnels non médicaux**

	Economie escomptée	Economie réalisée	Ecart
2008	247 000 €	360 000 €	113 000 €
2009	247 000 €	538 000 €	291 000 €
2010	247 000 €	538 000 €	291 000 €
2011	247 000 €	538 000 €	291 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>988 000 €</b>	<b>1 974 000 €</b>	<b>986 000 €</b>

(Source : établissement)

2°) Les économies générées par le départ à la retraite des praticiens en fin de carrière ont été moins importantes qu'attendu, en raison d'une part, d'un nombre de départs en retraite inférieur aux prévisions et d'autre part, de la surestimation de l'économie générée la première année. Dans la pratique, le recrutement du nouveau praticien s'effectue avant le départ en retraite de son prédécesseur, dès lors que ce dernier a cessé son activité par anticipation en faisant valoir les droits à congés de son compte épargne temps.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Contrat de retour à l'équilibre financier**  
**Bilan d'étape juillet 2009**  
**Economies épargnées par le départ en retraite du praticien**

	<b>Economie escomptée</b>	<b>Economie réalisée</b>	<b>Ecart</b>
2008	159 000 €	0	- 159 000 €
2009	79 000 €	153 700 €	74 700 €
2010	111 000 €	132 500 €	21 500 €
2011	172 000 €	53 000 €	-119 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>521 000 €</b>	<b>339 200 €</b>	<b>- 181 800 €</b>

(Source : établissement)

3°) La réorganisation de la permanence médicale et la réduction des plages additionnelles n'a pas abouti à des économies, du fait de l'augmentation de l'activité du centre hospitalier et de la nécessité de compenser les postes médicaux vacants. La compensation nécessaire des congés des médecins, lorsqu'ils ne demandent pas le paiement des journées de leur compte épargne temps a également généré des dépenses supplémentaires aux prévisions.

Le directeur de l'établissement fait valoir par ailleurs que le retard pris par l'autorité de tarification dans la décision d'autorisation de construction d'une extension de l'hôpital, qui devrait être facteur d'efficience, n'a pas favorisé l'action sur la diminution du temps médical. Il estime qu'un surcoût supplémentaire estimé à 145 224 € devrait être constaté à la fin de la période de validité du plan, soit un écart de 325 224 € avec l'objectif envisagé.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Contrat de retour à l'équilibre financier (bilan d'étape juillet 2009)**  
**Economies sur la permanence des soins et les plages additionnelles**

	<b>Economie escomptée</b>	<b>Economie réalisée</b>	<b>Ecart</b>
2008	45 000 €	- 59 985 €	- 104 985 €
2009	45 000 €	- 85 239 €	- 130 239 €
2010	45 000 €	0 €	- 45 000 €
2011	45 000 €	0 €	- 45 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>180 000 €</b>	<b>- 145 224 €</b>	<b>- 325 224 €</b>

(Source : établissement)

4°) Des économies de dépenses pharmaceutiques étaient attendues de la mise en œuvre de la dispensation journalière individuelle nominative. En réalité, seuls quatre services ont mis en place cette procédure et le surcoût est actuellement estimé à 80 000 €. A terme, l'établissement estime que l'extension du système à l'ensemble des services devrait permettre de compenser les surcoûts générés par la création de huit postes de préparateurs.

5°) Les dépenses de prestations hôtelières, qui devaient diminuer de 95 000 € par an ont augmenté du fait de la progression d'activité. La diminution du coût journalier (- 29 centimes d'euros) enregistrée en 2008 par rapport à 2007 a permis, selon le directeur de l'établissement, de compenser la hausse du coût de l'énergie. L'économie réalisée par journée d'hébergement n'a toutefois représenté que 42,5 % de l'objectif du CREF pour cet exercice.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Contrat de retour à l'équilibre financier (bilan d'étape juillet 2009)**  
**Economies sur la prestation hôtelière**

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Nombre de journées	136 581	139 025	141 806	144 642	147 534	709 588
Titre 3	9 586 283 €	9 717 426 €	9 911 774 €	10 110 010 €	10 312 210 €	49 637 703 €
Coût par journée	70,19 €	69,90 €	69,90 €	69,90 €	69,90 €	69,95 €
Economies réalisées	-	40 396 €	41 204 €	42 028 €	42 868 €	166 495 €

(Source : établissement)

6°) L'augmentation des recettes due à la diminution de la durée moyenne de séjour d'une part et au développement de l'activité médicale, estimée à 2 millions d'euros par l'ordonnateur, a été neutralisée par la progression parallèle des dépenses.

7°) A ce stade, les objectifs du CREF n'ont donc pas été atteints ni globalement (- 471 224 € soit 17,9 % de l'objectif) ni sur la majorité des postes de dépenses envisagés. L'augmentation des recettes a été neutralisée par l'augmentation des dépenses (cf. le tableau ci-dessous).

**Centre hospitalier de Creil**  
**Contrat de retour à l'équilibre financier (bilan d'étape en juillet 2009)**  
**Economies de 2008 à 2011**  
**Comparaison entre les prévisions et les réalisations**

Des mesures individuelles	Economies attendues	Economies réalisées	Ecart
Réduction de la promotion professionnelle	988 000 €	1 974 000 €	+ 986 000 €
Départ en retraite des médecins	521 000 €	339 200 €	- 181 800 €
Permanences médicales et plages additionnelles	450 000 €	- 145 224 €	- 595 224 €
Produits pharmaceutiques	300 000 €	0	- 300 000 €
Prestations hôtelières	380 000 €	0	- 380 000 €
Total	2 639 000 €	2 167 976 €	- 471 224 €

(Source : établissement)

#### 6.2.4 – Une actualisation nécessaire

Selon les prévisions établies par la direction du centre hospitalier de Creil, les actions engagées laissent présager « *des gains de l'ordre de 2,2 M€ sur la période 2008-2011* » (cf ci-dessus). Ce montant cumulé sur la période est cependant inférieur au seul montant du déficit comptable de l'exercice 2008 (- 2,9 M€) ou du déficit redressé (- 5,7 M€).

Le centre hospitalier expose qu'il a identifié et chiffré plusieurs mesures supplémentaires :

- l'optimisation de la capacité d'accueil par une réduction de la durée moyenne de séjour : l'économie escomptée est de 400 000 € à l'horizon 2014,
- la gestion du temps de travail médical et le non-renouvellement de postes médicaux : l'économie envisagée est annuellement de 400 000 €
- la meilleure prise en charge des inaptitudes, le placement en sureffectif des agents inaptes serait modulé : une économie de 150 000 € est attendue,
- la réduction de postes par réorganisation : 335 000 € d'économies sont envisagées,
- de nouvelles réductions des dépenses logistiques et hôtelières, à hauteur de 50 000 € annuellement,
- l'informatisation de la prescription d'exams de laboratoire, qui serait susceptible d'engendrer 50 000 € d'économies à l'horizon 2013,
- la tarification des chambres particulières, qui pourrait générer annuellement 200 000 euros de recettes supplémentaires.

Ce document a reçu en janvier 2010 l'accord du conseil exécutif du centre hospitalier. Ces propositions n'ont toutefois pas été validées dans le cadre d'un document contractuel avec l'autorité de tarification.

Les objectifs du CREF n'ont pas été atteints deux ans après sa mise en œuvre : il apparaît dès maintenant que les objectifs définis en 2007 ne seront pas atteints en 2011. La Chambre recommande donc qu'un nouveau contrat de retour à l'équilibre soit signé avec l'agence régionale de santé tendant à la recherche de nouvelles économies, de nouvelles recettes et à la définition de nouveaux objectifs, afin de rétablir la situation financière particulièrement dégradée de l'établissement.

## **7 – Performance et qualité des soins**

### 7.1 – L'accréditation et la certification

1°) Le centre hospitalier de Creil satisfait à la procédure d'accréditation en avril 2003. Cette décision a été assortie de trois recommandations et d'une réserve. Il a été recommandé à l'établissement :

- d'assurer, dans le dossier du patient, la traçabilité de la recherche du consentement éclairé et de la réflexion bénéfice risque,
- de veiller à ce que les prescriptions médicales soient lisibles, datées et signées par le prescripteur, dans l'ensemble des secteurs de soins,
- de sécuriser le circuit d'élimination des déchets sur l'ensemble de l'établissement.

Une réserve a également été prononcée, demandant à l'établissement de définir et mettre en place une organisation des blocs opératoires respectant les règles d'hygiène hospitalière.

2°) La haute autorité de santé (HAS) a prononcé en mars 2007 une certification avec suivi portant sur les points suivants :

- garantir le respect de l'intimité et de la dignité du patient, tout particulièrement aux urgences,
- sécuriser l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux à toutes les étapes du processus,
- assurer dans tous les secteurs d'activités la confidentialité des informations et l'intimité des patients,
- sécuriser le circuit du médicament.

La certification a été prononcée en septembre 2008 à l'issue d'une seconde visite de la HAS. Le centre hospitalier de Creil satisfait désormais aux procédures d'accréditation et de certification.

## 7.2 – La durée moyenne de séjour (DMS)

Les données concernant les durées moyennes comparées de séjour sont établies par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'indicateur de performance DMS (médecine ou chirurgie, obstétrique ou globale) compare la DMS du centre hospitalier étudié à celle théorique de son « case mix », auquel on appliquerait les DMS de référence de chaque groupe homogène de soins (GHS) de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou globale. Il synthétise la sur ou la sous performance de l'organisation médicale de l'établissement. Ces données apparaissent globalement peu favorables au centre hospitalier de Creil.

1°) En médecine, le centre hospitalier de Creil fait partie des 20 % de centres hospitaliers les moins performants.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Diagnostic flash**  
**Indice de performance : durée moyenne de séjour**  
**Médecine 2007**

Décile 1	CH Creil	Décile 2	Médiane
0,840	0,973	0,887	0,980

(Source ATIH)

2°) Les services de chirurgie de Creil sont plus performants que la moitié des services de chirurgie de sa catégorie. Ils se situent à un niveau proche de celui des 40 % des services les plus performants.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Diagnostic flash**  
**Indice de performance : durée moyenne de séjour**  
**Chirurgie 2007**

Médiane	CH Creil	Décile 6
0,957	0,978	0,980

(Source ATIH)

3°) En 2005 et 2006, la durée moyenne de séjour du centre hospitalier de Creil en obstétrique était semblable à la médiane. En 2007, il fait toutefois partie des 20 % des établissements les moins performants. Le directeur fait valoir que, pour partie, cette caractéristique pourrait s'expliquer par le niveau de précarité des patientes.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Diagnostic flash**  
**Indice de performance : durée moyenne de séjour**  
**Obstétrique 2007**

Décile 1	CH Creil	Décile 2	Décile 3	Décile 4	.... Médiane
0,894	0,918	0,932	0,953	0,976	1

(Source ATIH)

4°) Au regard de la DMS globale de l'activité MCO, le centre hospitalier de Creil fait partie des 30 % des centres hospitaliers les moins performants en 2007.

**Centre hospitalier de Creil**  
**Diagnostic flash**  
**Indice de performance : durée moyenne de séjour**  
**Médecine chirurgie obstétrique 2007**

Décile 1	Décile 2	CH Creil	Décile 3	Décile 4	Médiane
0,840	8,896	0,920	0,927	0,958	0,919

(Source ATIH)

### 7.3 – Autres indicateurs de performance

#### 1) La recette de T2A par équivalent temps plein médical

Le centre hospitalier de Creil enregistre en 2007, 705 398 € de recettes de T2A par ETP médical, ce qui le classe entre le troisième décile (659 212 €) le quatrième décile (706 141 €). Il s'en déduit que 60 % des hôpitaux produisent en moyenne plus de recettes que les médecins du centre hospitalier de Creil. Cet indicateur s'améliore en 2007 : en 2005 le centre hospitalier de Creil était situé entre le 2ème et le 3ème décile et en 2006 entre le 1er et le 2ème décile.

#### 2) La recette de T2A par équivalent temps plein non médical

Trois ratios ont été pris en compte par l'équipe de vérification :

- le ratio « *personnel non médical des services cliniques pour 5 M€ de recettes de T2A* », qui donne une première mesure de la productivité brute des services cliniques : le centre hospitalier de Creil se situe à hauteur de la médiane pour ce ratio ;
- le ratio « *personnel non médical des services médico techniques pour 5 M€ de recettes de T2A* », qui mesure de la productivité brute des services médico techniques : pour ce ratio, le centre hospitalier de Creil, situé au 9ème décile, est très performant ; seulement 10 % des établissements sont plus performants,
- le ratio « *personnel non médical, logistique et administratif pour 5 M€ de recettes de T2A* », qui permet de mesurer la productivité brute des services logistiques et administratifs, situe le centre hospitalier de Creil entre le 4ème décile et la médiane, indiquant les marges de gain de productivité possibles.

La productivité des personnels des unités médico-techniques est élevée. Celle des personnels des unités cliniques ainsi que des personnels administratifs et logistiques est médiane, elle peut donc encore être améliorée. Celle des personnels médicaux est peu élevée par rapport à la médiane des hôpitaux comparables à Creil.

#### 7.4 - La qualité des soins

1°) L'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) permet d'apprécier l'organisation, les moyens et les actions menées par l'établissement contre les maladies infectieuses induites par les soins. L'indicateur se présente sous la forme d'un classement par lettre, de A (le meilleur) à E (le moins bon). Le centre hospitalier de Creil était classé en A en 2006 avec un score de 97 en 2006 et 2007 (79,9 % des établissements sont classés en A en 2007).

2°) L'indicateur de consommation de solutés hydro alcooliques (ICSHA) par le personnel médical et paramédical mesure l'écart entre le niveau attendu de consommation de ces produits et le niveau réel. On considère généralement que plus un établissement s'approche de ce niveau et moins les risques d'infection sont élevés. Certains membres de la communauté hospitalière estiment que cet indicateur reflète surtout la consommation de produit et ne détermine pas un niveau de sureté de l'établissement. En 2006 l'établissement était classé en C (avec un pourcentage réalisé de 56,50 %). Il est toujours classé en 2007 en C, avec un score de 54,40 %, comme 61,6 % des hôpitaux.

3°) S'agissant de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), le centre hospitalier de Creil participe dans trois sites opératoires sur sept en 2006 et quatre sites sur six en 2007 à l'enquête d'incidence des infections des sites opératoires.

4°) Le score Indice Composite de bon usage des Antibiotiques (ICATB) du centre hospitalier de Creil est de 17/20 en 2006 et de 16,50 en 2007 classant l'établissement en A en 2006 et en B en 2007, comme 34,8 % des hôpitaux, 27,7 % étant classé en A en 2007.

5°) Le SARM (staphylocoque doré résistant à la méticilline) est un indicateur de résultat calculé sur trois ans. Pour 1000 journées d'hospitalisation, l'établissement a produit en moyenne 0,87 cas de staphylocoque doré.

6°) L'ensemble de ces indices est synthétisé dans un « score agrégé », de 77,62 pour le centre hospitalier de Creil en 2007, ce qui le classe en catégorie B, derrière le centre hospitalier d'Abbeville, le CHU d'Amiens, le centre hospitalier de Compiègne, le centre hospitalier de Beauvais et le centre hospitalier de Senlis. L'établissement dispose donc de marges de progression en matière de lutte contre les infections nosocomiales.