LE PRESIDENT

RAR n°

Monsieur le Directeur,

En application de l'article L. 241-11 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.

Ce rapport devra être communiqué 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 joint à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donnera lieu à débat.

Je vous rappelle qu'aux termes de l'article R. 241-17 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 ma considération distinguée.

Monsieur Jean-Pierre FRISCOURT
Directeur du centre hospitalier de Creil
Boulevard Laennec
BP72
60109 CREIL CEDEX

Francis SALSMANN

* Note ci-jointe des principaux textes de référence

PRINCIPAUX TEXTES DE REFERENCE

CODE DES JURIDICTIONS FINANCIERES

ARTICLE L. 241-11 - *Les chambres régionales des comptes arrêtent leurs observations définitives sous la forme d'un rapport d'observations.*

Ce rapport d'observations est communiqué :

- *soit à l'exécutif de la collectivité locale ou au dirigeant de l'établissement public concerné ;*
- *soit aux représentants des établissements, sociétés, groupements et organismes mentionnés aux articles L. 133-3, L. 133-4 et L. 211-4 à L. 211-6 ; dans ce cas, il est également transmis à l'exécutif de la collectivité territoriale qui leur a apporté un concours financier ou qui détient une partie du capital ou une partie des voix dans leurs instances de décision.*

Il est communiqué à l'exécutif de la collectivité territoriale ou de l'établissement public et, le cas échéant, pour ce qui le concerne, à l'ordonnateur ou au dirigeant qui était en fonctions au cours de l'exercice examiné.

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

Le rapport d'observations est communiqué par l'exécutif de la collectivité territoriale ou de l'établissement public à son assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il fait l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de l'assemblée délibérante ; il est joint à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donne lieu à un débat.

Le rapport d'observations ne peut être publié ni communiqué à ses destinataires ou à des tiers à compter du premier jour du troisième mois précédant le mois au cours duquel il doit être procédé à des élections pour la collectivité concernée et jusqu'au lendemain du tour de scrutin ou l'élection est acquise.

ARTICLE R. 241-17 - *En application de l'article L. 241-11, chaque destinataire peut adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse qu'il signe personnellement. A l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article L. 241-11 du présent code pour apporter une réponse écrite au rapport d'observations définitives, ce rapport, accompagné, le cas échéant, de la ou les réponses reçues, est notifié par le président de la chambre régionale des comptes à l'ordonnateur et au représentant l'égal de la collectivité ou de l'établissement public concerné, en vue de la communication à l'assemblée délibérante prévue au même article.*

ARTICLE R. 241-23 - *Le président de la chambre régionale des comptes communique au représentant de l'Etat ainsi qu'au trésorier-payeur général « le rapport d'observations définitives arrêtées » par la chambre lors de l'examen de la gestion d'une collectivité territoriale, d'un établissement public local ou d'un organisme non soumis aux règles de la comptabilité publique. « Les réponses adressées à la chambre en application de l'article R. 241-16 sont jointes au rapport ».*

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

- Rappel de la procédure

La Chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Creil à compter de l'exercice 2001. Le Président de la Chambre a informé M. Jean-Pierre Friscourt, ordonnateur de l'établissement, par lettre en date du 15 septembre 2005.

L'entretien de fin d'instruction avec M. Jean-Pierre Friscourt s'est déroulé le 15 novembre 2005 ; cet entretien a été complété par un entretien téléphonique du 5 janvier 2006.

Lors de la séance du 27 avril 2006, la Chambre a décidé d'arrêter les observations provisoires transmises en intégralité à l'ordonnateur et, pour les parties qui les concernaient, à M. Seguin, Président du Conseil d'administration et M. Pascal Forcioli, Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Picardie.

Lors de sa séance du 22 novembre 2006, la Chambre a examiné les réponses écrites de MM. Friscourt et Forcioli, en date respectivement des 2 et 27 juillet 2006.

Plan du rapport :

- 1 – Présentation de l'établissement
- 2 – Contenu et suites réservées à la précédente lettre d'observations définitives
- 3 – Fiabilité des comptes
- 4 – Situation financière
- 5 – Projet d'extension et de restructuration
- 6 – Service des urgences

1 – Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier de Creil constitue, avec le centre hospitalier de Beauvais, l'un des deux hôpitaux pivots du territoire de santé sud-ouest au SROSS III approuvé en mars 2006. Sous le SROSS précédent, il était l'établissement pivot du secteur sanitaire n° 6 qui englobait 350 000 habitants et qui comprenait plusieurs établissements de court séjour : trois publics, deux établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et un établissement privé.

Au compte de gestion arrêté au 31 décembre 2003, les recettes nettes de fonctionnement atteignent 87,63 millions d'euros, les dépenses nettes de fonctionnement 85,38 millions d'euros. Les recettes nettes d'investissement s'élèvent à 6,77 millions d'euros, les dépenses nettes à 7,31 millions d'euros. A la même date, l'actif brut de l'établissement est de 97,89 millions d'euros. La dotation globale de fonctionnement est de plus de 80 millions d'euros.

Le centre hospitalier de Creil dispose au 31 décembre 2004 d'un effectif médical et non médical de 1217,8 emplois équivalents temps plein rémunérés (ETP).

D'après les données tirées de la situation « statistique d'activité de l'établissement » (SAE), le nombre de lits ouverts à l'hôpital de Creil est de 455 dont 222 en médecine, 131 en chirurgie, 60 en gynécologie – obstétrique, 23 en hôpital de jour. Le taux d'activité peut être résumé à l'aide du tableau suivant.

Tableau 1 : coefficient d'occupation des lits

	2001	2002	2003	2004	Août 2005
Médecine	83,82	86,66	82,45	85,76	89,42
Chirurgie	67,94	70,88	62,51	61,49	57,43
Gynécologie – obstétrique	62,62	62,87	60,4	60,96	57,43
Hôpital de jour	76,88	78,43	78,86	79,48	91,88
Unité d'hospitalisation de courte durée	85,75	84,86	108,6	111,4	138
Total	77,73	79,97	75,87	77,37	77,68

Dans la lettre d'observations définitives du 20 décembre 2001, la Chambre observait qu'au 31 décembre 1999 le nombre de lits installés était nettement inférieur en hospitalisation complète (389) au nombre de lits autorisés (511). Elle estimait que la nouvelle capacité autorisée devrait correspondre aux besoins de santé du secteur sanitaire, compte tenu à la fois des complémentarités existantes et à créer avec les établissements de santé du secteur et des hospitalisations constatées hors région Picardie.

La Chambre observe que la capacité autorisée en chirurgie reste toujours nettement supérieure, en 2004, à l'activité réelle de l'établissement.

Elle note la faible activité en chirurgie et en gynécologie-obstétrique. Par contre les unités d'hospitalisation de courte durée connaissent une situation de sur occupation structurelle.

2 – Suites réservées à la précédente lettre d'observations définitives

- Le GIE d'imagerie médicale du sud de l'Oise

La Chambre souhaitait que les relations financières entre les partenaires du GIE soient clarifiées.

Selon l'ordonnateur, les modifications suivantes sont intervenues :

- à compter du 1^{er} janvier 2002, les vacations de l'établissement sont passées de 66,67 % à 61,12 %. Ce taux représente le taux réel d'utilisation du scanner par l'établissement, depuis la date précitée, par rapport au total de toutes les vacations (avenant au règlement intérieur concernant les vacations signé le 25 janvier 2002) ;

- toutes les charges de fonctionnement du scanner sont désormais réparties au prorata du temps d'utilisation. Une seule exception : le coût des films est affecté aux différents partenaires en fonction de la consommation réelle ;

- les charges affectées à l'établissement ont peu fluctué de 2000 à 2004 alors que l'activité a continuellement progressé. Un changement de scanner intervenu en 2000 a permis de réduire le temps moyen d'un examen. L'activité réalisée par les partenaires libéraux a augmenté plus vite que celle réalisée par l'établissement ; en effet, leurs patients sont exclusivement des consultants externes. Inversement, le centre hospitalier de Creil réalise la plus grosse partie de son activité au profit de patients hospitalisés : le temps de préparation est de ce fait beaucoup plus long.

- L'activité libérale des praticiens

La Chambre observait que la commission d'activité libérale de l'établissement n'avait pas joué son rôle de manière satisfaisante. Selon l'ordonnateur, la commission d'activité libérale se réunit désormais au moins une fois par an et des comptes rendus sont établis. Des sanctions sont prononcées à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté la réglementation.

3 – Fiabilité des comptes

3.1 – L'absence de reprise des subventions d'équipement transférables

Les subventions d'investissement destinées à financer une opération particulière sont à inscrire au compte 131 « subventions d'équipement reçues ». Ces subventions, dites transférables, ne doivent pas s'accumuler au passif du bilan. Aussi convient-il de les reprendre en section de fonctionnement en créditant le compte 777 « quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice ». En contrepartie, le compte 139 « subventions d'investissements inscrites au compte de résultat » est débité de la même somme.

Ces principes ont été perdus de vue. En effet, aucune écriture de reprise au compte de résultat n'a été effectuée depuis 2003 en ce qui concerne les comptes 1311 « subventions d'équipement reçues – Etat » et 1318 « autres subventions d'équipement reçues » alors qu'ils présentent un solde créditeur respectif de 30 489,80 € et 53 357,16 € depuis cette date.

La Chambre observe que la non reprise des subventions transférables diminue indûment le solde de la section de fonctionnement et fait apparaître un fonds de roulement d'investissement (FRI) plus important qu'il ne l'est en réalité. La modestie des sommes en jeu devrait permettre un apurement rapide.

3.2 – Les reports de charges en 2003 et en 2004

Aux termes de l'article R 714-3-7 du code de la santé publique, le budget est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles. Il en résulte un plafond des dépenses que l'ordonnateur peut engager et mandater.

Contrairement à ces principes, les reports de charges se définissent comme une technique consistant à reporter des dépenses, essentiellement de personnel (prime de service, taxe sur les salaires), d'un exercice sur le suivant. Les reports de charges contreviennent ainsi au principe de l'annualité.

Les reports de charges au 31 décembre 2003 étaient les suivants :

- C/67281 « Autres charges sur exercice antérieur - charges de personnel » pour 1 692 022,12 €
 - C/67282 « Autres charges sur exercice antérieur - charges à caractère médical » pour 238 308,12 €
 - C/67283 « Autres charges sur exercice antérieur – charges d’exploitation hôtelière » pour 680 178,03 €
- soit un total de charges reportées de 2 610 508,17 €

Les reports de charges au 31 décembre 2004 étaient les suivants :

- C/67281 « Autres charges sur exercice antérieur - charges de personnel » pour 1 926 649,33 €
 - C/67282 « Autres charges sur exercice antérieur - charges à caractère médical » pour 457 798,64 €
 - C/67283 « Autres charges sur exercice antérieur – charges d’exploitation hôtelière » pour 571 777,01 €
- soit un total de charges reportées de 2 956 224,98 €

Ainsi, les charges reportées représentaient 3,53 % des charges totales en 2004 alors que la médiane des hôpitaux était de 0,6 % et le maximum de 4,13 % (source : tableau de bord des indicateurs financiers de l’hôpital).

Selon la direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins (DHOS) et la direction générale de la comptabilité publique, un ratio supérieur à 0,2 traduit des tensions budgétaires.

Même si les comptes des exercices 2003 et 2004 présentent un excédent de fonctionnement, la Chambre observe que les reports de charges conséquents sur ces deux exercices faussent les résultats et affectent les marges de manœuvre sur l’exercice suivant.

En 2005, l’ordonnateur s’est engagé à réaliser un plan d’économies de 200 000 € portant sur les dépenses du groupe 2 « charges d’exploitation à caractère médical », en particulier les produits pharmaceutiques et sur celles du groupe 3 « charges d’exploitation à caractère hôtelier et général » à hauteur de 130 000 €

La Chambre note que l’Agence régionale de l’hospitalisation a demandé au centre hospitalier de Creil d’établir un plan pluriannuel de retour à l’équilibre « assorti d’objectifs ambitieux permettant d’envisager une résorption progressive des reports de charges » et qu’elle est disposée « à étudier une aide financière à l’hôpital calibrée en proportion des efforts de gestion consentis ».

4 – Situation financière

L’évolution de la situation financière est analysée sur période 2001 – 2004 au moyen du logiciel d’analyse financière « IDAHO ». Les termes de comparaison sont issus du tableau de bord des indicateurs financiers de l’hôpital mis au point par la direction générale de la comptabilité publique et la direction des hôpitaux.

La capacité d'autofinancement (CAF) brute représente l'épargne de gestion disponible pour financer le remboursement de la dette et les opérations d'investissement. Elle passe de 5,38 millions d'euros (M€) en 2000 à 7,34 M€ en 2004. Le taux d'autofinancement du centre hospitalier de Creil est de 7,5 %, soit un taux proche du maximum observé.

Le fonds de roulement net global (FRNG) en fin d'exercice correspond à la partie des capitaux permanents qui n'est pas utilisée pour le financement des actifs immobilisés. Le FRNG évolue de la manière suivante : 7,7 M€ en 2002, 9,09 M€ en 2003 et 11,25 M€ en 2004. En 2004, le FRNG représente 50,64 jours de charges courantes, soit un niveau proche du maximum observé.

En 2004, la durée apparente de la dette, c'est-à-dire le total de l'encours de la dette rapporté à l'autofinancement, est de 1,58 année pour le centre hospitalier de Creil alors que la médiane est de 3,92 année. Le ratio d'indépendance financière ou rapport entre dette à long et moyen terme et les capitaux permanents est de 26,67 % ; situation plus favorable que la médiane (35,98 %).

Le besoin en fonds de roulement (BFR) ou différence entre actif circulant et passif circulant augmente sensiblement : 2,36 M€ en 2002, 4,67 M€ en 2003 et 7,06 M€ en 2004. En 2004, le BFR représente 31,94 jours de charges courantes, ratio très supérieur à la médiane.

La trésorerie (différence entre FRNG et BFR) du centre hospitalier de Creil représente 18,95 jours de charges courantes ; elle est supérieure à la médiane.

En conclusion, les caractéristiques de la situation financière de l'établissement sont les suivantes :

- un fonds de roulement supérieur à la médiane et un ratio d'indépendance financière satisfaisant,
- une dégradation sensible du besoin en fonds de roulement consécutif à une amélioration du délai de rotation des dettes fournisseurs alors que, dans le même temps, le délai de recouvrement des créances n'a pas progressé,
- une trésorerie supérieure à la médiane en raison d'un fonds de roulement couvrant largement le besoin de fonds de roulement.

En 2004, la situation financière du centre hospitalier de Creil lui permet donc de dégager des marges de manœuvre financières, mais qui restent insuffisantes au regard des perspectives de financement des programmes d'investissement intégrés dans le plan global pluriannuel de financement. D'autre part, cette situation financière est à relativiser compte tenu des reports de charges importants.

5 – Projet d'extension et de restructuration

5.1 – Finalité et coût du projet architectural

Conformément au projet d'établissement portant sur les années 1999-2003 et au contrat d'objectifs et de moyens du 20 mars 2002, le centre hospitalier s'est engagé dans la restructuration et l'extension de son patrimoine hospitalier en vue d'accueillir les activités d'hémodialyse, de cardiologie, de périnatalité et d'urgences.

Cette restructuration a aussi pour objet de remédier aux dysfonctionnements observés dans les domaines de l'accueil des patients, de la sécurité et de la mise aux normes des installations médicales.

L'opération envisage :

a) Une importante construction neuve regroupant :

- les consultations externes de médecine et de chirurgie (pour partie),
- l'hémodialyse,
- l'ensemble des fonctions cardiologiques,
- une réserve de surface pour le développement de secteur de soins (secteur cardio – vasculaire),
- le pôle femme et enfant,
- la cuisine centrale et le restaurant du personnel.

b) La restructuration complète :

- les consultations externes de médecine et de chirurgie pour l'autre partie,
- service d'accueil et d'urgence (SAU) – porte – service médical d'urgence (SMUR),
- le laboratoire,
- l'hospitalisation de médecine et de chirurgie afin d'humaniser des unités de soins, améliorer l'organisation de la prise en charge des patients et augmenter le nombre de chambres à 1 lit,
- l'administration.

Sur le fondement de l'avant-projet sommaire (APS) modifié, le programme capacitaire a évolué et totalise 571 lits et places. Actuellement, la capacité autorisée est de 534 lits et la capacité mise en œuvre de 511 lits.

La Chambre observe que la capacité future en chirurgie et en pédiatrie, nettement supérieure à l'activité actuelle de ces services, et alors que l'APS modifié a été approuvé par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) le 15 décembre 2005, avant que le SROSS III couvrant la période 2006-2010 ne soit approuvé en mars 2006.

Selon l'ordonnateur, les difficultés liées au recrutement d'anesthésiste expliquent la faible activité enregistrée ces dernières années. Une amélioration de la situation se fait sentir depuis le début de l'année 2006. Ainsi, les entrées en hospitalisation complète ont augmenté de 7,20 % sur la période de janvier à mai par rapport à N-1.

Le coût de l'opération est estimé à 174 M€, avec début des travaux en 2006 et achèvement en 2011.

5.2 – Le plan de financement du projet architectural

Il résulte de l'article R.714-4-3 du code de la santé publique que lorsqu'un programme d'investissement comprend au moins une opération dont le coût dépasse un certain seuil, ce qui est le cas du projet architectural du centre hospitalier de Creil, il doit être accompagné :

- d'une étude sur les coûts induits de l'opération,
- d'un plan de financement de l'opération.

Une circulaire du directeur des hôpitaux en date du 10 décembre 1993 a précisé les modalités d'application de ces dispositions. Le plan de financement de l'opération doit notamment faire apparaître, sur une durée minimale de 5 ans, les données suivantes :

- prévisions de dépenses (travaux, frais financiers, annuité d'amortissement...),
- prévisions de recettes (excédent de fonctionnement, subventions, emprunts, amortissements...),
- les surcoûts de fonctionnement induits par le programme par rapport aux dépenses actuelles (et éventuellement les mesures de compensation retenues) par groupes de dépenses.

Le plan prévisionnel de financement établi par le centre hospitalier de Creil à l'horizon 2017 fait apparaître les données suivantes :

(montants en M€)

Recettes totales affectées au financement	234,21
-dont emprunts	174,00
-dont amortissements	60,21
Dépenses totales générées par l'opération	366,70
-dont coût travaux et équipements	174,00
-dont remboursement des emprunts	56,00
Incidence sur l'exploitation du financement des investissements	136,70
-dont frais financiers	65,89
-dont annuité d'amortissement	60,21
-dont coûts induits de fonctionnement: groupes 1,2 et 3	10,60

Source: centre hospitalier de Creil

Même si 2017 ne semble constituer qu'un horizon intermédiaire (tout dépend de la durée des emprunts contractés) et que le plan de financement qui en découle n'est qu'indicatif, ce tableau fait tout de même apparaître une insuffisance de financement de l'ordre de 133 M€ qui peut être, en fait, ramenée à 95 M€ compte tenu de l'engagement pris par l'ARH d'affecter des moyens supplémentaires à l'établissement, à hauteur de 38 M€ à la couverture des amortissements.

La Chambre observe qu'aucun document de l'établissement n'indique la manière dont cette insuffisance sera couverte, sur la durée, par l'exploitation.

5.3 – Le plan global de financement pluriannuel

Ce plan global de financement ne se confond pas avec le plan de financement particulier du projet architectural car son contenu est plus large. En effet, il résulte de l'article R.714-4-2 du code de la santé publique qu'il doit être établi un plan global de financement pluriannuel d'une durée minimale de 5 ans qui englobe toutes les opérations susceptibles d'être inscrites à la section d'investissement.

Ce plan global détermine les charges et modalités de financement tant en fonctionnement qu'en investissement de l'ensemble des opérations et doit être communiqué au Conseil d'administration.

Le plan global de financement pluriannuel 2005-2010 se présente sommairement de la manière suivante au vu des renseignements communiqués par l'hôpital à la Chambre:

Montant en millions d'euros	2 005	2006	2007	2008	2009	2010	Cumul
Recettes d'investissement	15,00	17,00	17,00	66,00	55,00	41,00	211,00
-dont emprunts	3,54	11,30	11,20	59,60	47,33	30,90	163,87
-dont autres recettes	11,46	5,70	5,83	6,44	7,67	10,10	47,20
Dépenses d'investissement	13,00	15,00	15,00	64,00	52,00	35,00	194,00
-dont projet architectural	5,05	12,10	12,40	49,70	37,64	28,40	145,29
-dont autres dépenses d'investissement	7,95	2,91	2,63	14,30	14,36	6,56	48,71
Recettes de fonctionnement groupe 4	7,00	8,20	9,30	9,20	9,20	9,10	52,00
Dépenses de fonctionnement groupe 4	7,50	6,70	7,40	8,29	13,21	17,20	60,30
-dont frais financiers	1,10	1,10	1,60	2,09	4,97	7,15	18,01
-dont annuité amortissements	6,40	5,60	5,80	6,20	8,24	10,00	42,24
Ecart total recettes/dépenses	1,50	3,50	3,90	2,91	-1,01	-2,10	8,70
Ecart cumulé	1,50	5,00	8,90	11,81	10,80	8,70	

La Chambre observe que ce plan global pluriannuel de financement n'a pas été soumis au conseil d'administration de l'établissement.

Elle constate par ailleurs que ce plan établi à horizon plus rapproché (2010) que le plan de financement spécifique du projet architectural (2017) fait apparaître un excédent de financement de 8,7 M€ sur la période 2005-2010 qui ne traduit pas, selon elle, la réalité.

En effet, ce plan global pluriannuel de financement ne reprend pas à son compte les frais induits de fonctionnement du projet architectural estimés à 10,60 M€ (cf tableau précédent). Il ne tient pas compte, non plus, des annuités de remboursement en capital, sur la période 2005-2010, des emprunts contractés pour le financement du projet architectural, soit 10,58 M€

En définitive, la Chambre observe que le plan global de financement pluriannuel devrait donc se traduire, toutes choses égales par ailleurs, par un déficit de 11,45 millions d'euros (8,70 - 10,60 - 10,58) à l'horizon 2010.

6 – Le service des urgences

6.1 – L'activité du service des urgences

L'activité du service des urgences entre 2000 et 2004 ressort des indications ci-après:

Nombre de passages	2 000	2 001	2002	2003	2004
Urgences non suivies d'hospitalisation	33 976	35 262	36 963	38 991	38 022
- dont urgences générales	25 712	26 658	27 920	27 681	27 120
- dont urgences pédiatriques	8 264	8 604	9 043	11 310	10 902
Urgences suivies d'hospitalisation	9 640	10 563	10 183	10 634	10 258
- dont urgences générales	7 427	8 538	8 074	8 302	7 944
- dont urgences pédiatriques	2 213	2 025	2 109	2 332	2 314
Total	43 616	45 825	47 146	49 625	48 280

La durée moyenne de séjour (DMS) en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) communément dénommée "lits de porte" est, avec 1,6 jours, sensiblement supérieure à la moyenne nationale, ce qui contribue largement à l'engorgement du service des urgences.

Activité urgences UHTCD	2001	2002	2003	2004	2005
Entrées	1994	1919	2910	2997	2467
Journées	3756	3717	4755	4893	4024
Taux d'occupation des "lits de porte"	85,75	84,66	108,6	111,4	138
Durée moyenne de séjour	1,88	1,93	1,63	1,63	1,63

Cette situation résulterait, selon deux audits internes réalisés en 2004 et 2005 :

- des difficultés d'organisation interne et des difficultés de transfert des patients hospitalisés dans les services, ce qui ne permettrait pas de libérer des lits d'hospitalisation en temps voulu pour accueillir les patients contraints, de ce fait, de rester dans "les lits de porte". En effet, l'insuffisance des lits de soins de suite dans le secteur retarde les transferts des patients hospitalisés et le nombre de lits en discipline médecine est limité en regard du nombre de passages en urgences suivis d'hospitalisation ;
- des délais d'attente aux examens médico-techniques et de l'insuffisance des moyens en personnel. A cet égard, la Chambre observe que les effectifs paramédicaux des urgences sont de 83,9 agents équivalent temps plein, en augmentation de 24 agents sur la période 2001-2005 alors que le nombre d'urgences non suivies d'hospitalisation est resté relativement stable (26 658 en 2001 et 27 120 en 2004).

La création d'une unité de médecine polyvalente de 20 lits permettant d'accueillir les patients relevant de médecine générale, mais qui étaient hébergés dans les services de chirurgie, a amélioré la situation de même que la coopération avec les établissements de court séjour situés à proximité (centres hospitaliers de Senlis, Clermont, Pont Sainte-Maxence et CMC de Creil). Il en est de même de l'achèvement prochain des travaux de mise en conformité au service des urgences générales.

6.2 – Le coût des urgences

Le coût des urgences peut être estimé dans les établissements hospitaliers à partir des données retraitées de la comptabilité générale.

La section d'imputation "urgences" dans laquelle sont regroupées les coûts se rapportant à l'activité des urgences comprend les charges relatives à l'accueil des urgences et des unités hospitalisation de très courte durée (UHTCD). Pour avoir une vision consolidée de l'activité urgence, il convient d'y ajouter les charges se rapportant à l'activité du SMUR.

Selon une étude effectuée par la direction des hôpitaux, le coût moyen d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation dans les services serait de l'ordre de 190 € en 2003 en incluant les dépenses des SMUR.

En ce qui concerne l'hôpital de Creil, le coût d'un passage non suivi d'hospitalisation peut être estimé, au vu des informations communiquées par le centre hospitalier, à 221 € en 2003 et à 253 € en 2004 ainsi qu'il résulte du tableau ci-dessous.

Coût des urgences (en €)	2003	2004
A. charges nettes urgences majorées du coût des logistiques médicales et administratives imputables sur l'activité urgences	8 624 872	9 612 812
B. Total des passages non suivis d'hospitalisation	38 991	38 022
A/B = Coût d'un passage au sens de la direction des hôpitaux	221	253

La Chambre note l'importance des charges administratives dans le coût calculé de l'activité "urgences".

Le centre hospitalier de Creil procède, quant à lui, de manière différente. Il obtient un coût fondé non sur le nombre de passages, mais sur une unité d'œuvre différente: la journée. Selon cette méthode, le nombre de "journées urgences" est obtenu en additionnant au nombre réel de journées enregistrées dans l'UHTCD, le nombre d'"équivalent journées" correspondant aux passages simples non suivis d'hospitalisation. Pour cela, on considère que 10 passages en urgences correspondent à une journée d'hospitalisation. Le tableau ci-après rend compte de la méthode utilisée par l'hôpital :

	2003	2004
Admissions urgences non suivies d'hospitalisation	38 991	38 022
Equivalent journées des admissions non suivies d'hospitalisation	3 899	3 802
Nombre de journées enregistrées en UHTCD	4 755	4 893
Total "équivalent journées" de l'activité urgences	8 654	8 695
Charges correspondant à la seule logistique médicale	4 550 264	5 255 420
Coût d'une "journée urgences" sur cette base	526	604

Toutefois ce coût « journée urgences » ne reflète qu'imparfaitement la réalité dans la mesure où il n'inclut pas la quote-part des charges administratives qui devraient être rattachées à l'activité urgences et qui sont pratiquement aussi élevées que les charges de logistique médicale.

Selon l'ordonnateur, la différence entre les charges directes et les charges totales n'inclut pas seulement les charges de logistique administrative et de logistique médicale, mais également la consommation des actes de laboratoires, d'imagerie médicale et d'exploitation fonctionnelle. Cette activité est grande consommatrice d'actes et diagnostics. Ce comportement est observé au niveau national.

La Chambre observe que le coût « journée urgence » calculé par l'hôpital de Creil est, dans ces conditions, perfectible.