

Le 18 AOUT 2010

Monsieur Nicolas BRUNNER
Président de la Chambre Régionale
des Comptes
du Languedoc-Roussillon
500 avenue des Etats du Languedoc
34064 MONTPELLIER Cedex 2

DANIEL MOINARD
Directeur Général

JEAN-LOUIS BILLY
Directeur Général Adjoint

Assistante du Directeur Général
Responsable du Secrétariat de Direction
Betty TOUREN
04 67 33 69 25
b-touren@chu-montpellier.fr

Secrétariat du Directeur Général
Barbara GOUCHET
Marie-Pierre GIRAUD
04 67 33 93 02
dg.secretariat@chu-montpellier.fr

Secrétariat du Directeur Général Adjoint
Magali BRAMBILLA
04 67 33 93 05
dg.secretariat@chu-montpellier.fr

Secrétariat
Carole BARDY
Evelyne DOMINGUEZ
Stéphanie L'HERITIER
Laurence REYNE

Accueil
04 67 33 03 79

**OBJET : REPONSE DU DIRECTEUR DU CHU DE MONTPELLIER AU RAPPORT
D'OBSERVATION DEFINITIVES. VOTRE LETTRE DU 27/7/2010**

Monsieur le Président,

Je vous prie de trouver ci-joint ma réponse au Rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes du Languedoc-Roussillon du 27 juillet 2010.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Général

D. MOINARD



18/8/2010

A. Points techniques

➤ Page 5/41

Dans le premier paragraphe, l'aide de 9000 K€ a été octroyée à compter de l'exercice 2008.

A l'avant dernier paragraphe, il convient de préciser que si le risque est bien réel comme cela a été indiqué, il paraît difficile de rattacher l'insuffisance historique de provisions au seul exercice 2008. Par ailleurs, le coût du remplacement de médecins pour raisons de service ne semble pas relever d'un financement à partir de crédits provisionnés en faveur du CET.

➤ Page 6/41

A l'avant dernier paragraphe, il convient de préciser que les charges sur exercice antérieur portent essentiellement sur les achats et le personnel non médical. Les gardes médicales ont été quant à elles prévues dans les dépenses engagées non mandatées.

➤ Page 7/41

Un élément du 4^{ème} paragraphe "Les créances de l'article 58 ont été purgées par compensation avec les avances reçues de l'assurance maladie au moment de la mise en œuvre de la T2A, au bilan 2007 figurait à ce titre un montant de **42 189 K€** ..." nécessite d'être précisé.

En effet, le montant des créances de l'article 58, figurait pour un montant de 46 315 K€ au bilan 2007.

➤ Page 8/41

Des provisions pour admissions en non valeur ont été constituées fin 2009 à hauteur de 1 000 K€ sur la base des derniers échanges avec la Trésorerie du CHRU.

➤ Page 11/41

• Il convient de relever au niveau de l'activité que les tarifs des GHS en 2008 ont baissé de 3,2 % expliquant la faible progression des recettes directes d'activité, néanmoins, l'activité externe et les recettes de titre 2 progressent fortement, respectivement de 12,44 % et de 8,36 %.

Par ailleurs, il convient de noter l'évolution positive de la marge brute de l'établissement, comme le montre le tableau suivant :

	2007	2008	2009
Taux de marge brute (en %)	4,7	5,7	6,2

➤ Page 14/41

Le tableau ci-dessous présente des données erronées ou des erreurs de saisie :

	2006		2007		2008		
	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7
	Base 1	R et NR	Reconductible Base 2007	R et NR	Reconductible Base 2008	R et NR	Reconductible
Total MERRI part variable	14 018 080	18 172 000	14 871 907	15 810 491	11 840 163	16 940 163	12 507 871
Total MERRI fixe	47 692 321	47 782 307	47 782 307	48 397 927	48 063 200	48 399 982	48 807 325
Total MERRI (fixe + variable + modulable)	62 710 401	65 954 308	62 654 125	64 208 418	59 903 362	65 340 325	60 632 761
MIG hors MERRI	22 424 033	23 946 551	23 332 243	15 646 215	15 387 109	16 193 577	15 863 162
TOTAL	84 134 436	89 900 858	85 986 456	79 854 634	75 290 471	81 533 902	76 495 923
Aide à la contractualisation	1 546 002	2 893 589	2 431 788	16 104 582	14 924 553	27 036 906	13 399 099
Dont hôpital 2007	1 062 121	1 693 318	1 668 318	1 668 318	1 668 318	1 668 318	1 668 318
Dont soutien EPS déficitaire	0	0	0	4 720 000	4 720 000	15 220 000	4 720 000
Dont développement activité	350 000	875 280	525 280	6 493 361	6 190 230	6 702 994	6 186 653
MIGAC	85 680 437	92 794 447	88 418 246	95 959 216	90 215 024	108 570 809	90 838 799
Migac brute		7 114 010		7 540 970		18 355 785	
Migac nette			2 737 809		1 796 778		623 775

Ci-dessous le tableau rectifié :

	2006		2007		2008		
	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7
	Base 1	R et NR	Reconductible Base 2007	R et NR	Reconductible Base 2008	R et NR	Reconductible
Total MERRI part variable	14 018 080	18 172 000	14 871 907	15 810 491	11 840 163	16 940 163	12 507 871
Total MERRI fixe	47 692 321	47 782 307	47 782 307	48 397 927	48 063 200	48 399 982	48 124 890
Total MERRI (fixe + variable + modulable)	61 710 401	65 954 308	62 654 125	64 208 418	59 903 362	65 340 325	60 632 761
MIG hors MERRI	22 424 033	23 946 551	23 332 243	15 646 215	15 387 109	16 193 577	15 863 162
TOTAL	84 134 436	89 900 858	85 986 456	79 854 634	75 290 471	81 533 902	76 495 923
Aide à la contractualisation	1 546 002	2 893 589	2 431 788	16 104 582	14 924 553	27 036 906	13 394 099
Dont hôpital 2007	1 062 121	1 693 318	1 668 318	1 668 318	1 668 318	1 668 318	1 668 318
Dont soutien EPS déficitaire	0	0	0	4 720 000	4 720 000	15 220 000	4 720 000
Dont développement activité	350 000	875 280	525 280	6 493 361	6 190 230	6 702 994	6 186 653
MIGAC	85 680 437	92 794 447	88 418 246	95 959 216	90 215 024	108 570 809	90 838 799
Migac brute		7 114 010		7 540 970		18 355 785	
Migac nette			2 737 809		1 796 778		623 775

➤ Page 16/41

- Les réalisations en charges T1 de 2007 s'élèvent à 432 179 523 €
- Le déficit de 23 190 k€ s'analyse après DM. Plus loin dans le rapport les écarts sont réalisés hors DM
- L'écart sur le T4 relève des dotations aux amortissements et des dotations aux provisions

➤ **Page 17/41**

- Le tableau ci-dessous présente des données erronées ou des erreurs de saisie :

	BP	DM	Total	Réalisations
Tarification des séjours	153 135 663	- 2 255 136	151 135 663	150 433 939
Médicaments en sus	19 299 657	- 24 317	19 275 340	19 409 180
DM en sus	13 058 684	590 901	13 649 585	13 651 755
DAC	159 523 111	- 1544 035	157 979 076	157 979 076
Sous Total	345 017 115	- 3 232 587	342 039 664	341 473 950
MIGAC	87 405 340	8 553 876	95 959 216	95 959 216
Total	432 422 455	5 321 289	437 998 880	437 433 166

Ci-dessous le tableau rectifié :

	BP	DM	Total	Réalisations
Tarification des séjours	<u>153 390 799</u>	- 2 255 136	151 135 663	150 433 939
Médicaments en sus	19 299 657	- 24 317	19 275 340	19 409 180
DM en sus	13 058 684	590 901	13 649 585	13 651 755
DAC	159 523 111	- 1544 035	157 979 076	157 979 076
Sous Total	345 017 115	- 3 232 587	342 039 664	341 473 950
MIGAC	87 405 340	8 553 876	95 959 216	95 959 216
Total	432 422 455	5 321 289	437 998 880	437 433 166

- L'écart entre l'EPRD prévisionnel et le net constaté de 2007 est en dépenses de 15 318 k€
- La CAF prévisionnelle de l'EPRD 2008 s'élève à 5 178 k€

➤ **Page 18/41**

Concernant l'évolution des charges 2007-2008, il convient de relever que les dépenses de personnel médical retraitées des effets CET évoluent de 3,60 % entre 2007 et 2008. En effet, en 2008, 4 M€ de dépenses de personnel médical relèvent du paiement exceptionnel des jours RTT médicaux. Aucun jour n'avait en effet été payé en 2007.

➤ **Page 19/41**

- Les MIGAC reconductibles ont été majorées de 215 K€ et non de 21 K€.

- Il convient de relever qu'au stade de l'EPRD, les recettes du titre 3 et les dépenses du titre 3 comprennent 17,156 M€ au titre du Groupement de Coopération Sanitaire MERRI Montpellier-Nîmes, comme demandé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Les évolutions sur ces titres, doivent donc être retraitées de cet effet technique comptable.

➤ **Page 21/41**

Les pôles enfant et urgences n'ont pas été listés

B. Points qualitatifs

⊗ **L'Activité du CHRU de 2006 à 2008**

Les évolutions d'activité et de moyens de production du CHRU de Montpellier, sur la période 2006 - 2008 sont fortement liées aux évolutions réglementaires avec en particulier, l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation (...) et la circulaire dite "actes frontières". Il convient également de les analyser en prenant en considération le poids particulièrement important du secteur privé dans certaines spécialités (chirurgie et obstétrique).

Durant cette période, le CHRU a montré sa capacité à adapter ses moyens de production à l'évolution des modes de prises en charge, en lien avec la modification des pratiques et la réglementation permettant le maintien de taux d'occupation élevés en dépit des fortes modifications de l'activité.

Entre 2006 et 2008, l'activité du CHRU a subi des modifications importantes. L'activité en hospitalisation à temps complet a enregistré une diminution de 3.6 %. Cette diminution est particulièrement marquée en chirurgie où l'hospitalisation classique marque le pas au profit de la chirurgie ambulatoire. Parallèlement l'hospitalisation de jour subit de plein fouet les impacts de la circulaire "actes frontières" (-16 %) avec la bascule d'une partie significative de l'activité de médecine hôpital de jour en soins externes. Le nombre de séjours hospitalisés diminue de près de 9% dans la période (soit -12681 séjours) au profit de l'activité de soins externes qui augmente de 14 %, soit 53672 venues supplémentaires). C'est au total plus de 40000 venues à l'hôpital que l'on peut comptabiliser dans la période.

Dès 2006, tant en lien avec l'évolution des pratiques que sous la pression des textes réglementaires, les prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique ont commencé à se modifier de l'hospitalisation à temps complet vers l'ambulatoire en médecine et surtout en chirurgie et de l'hospitalisation de jour vers les soins externes.

Dans le même temps, le nombre d'interventions chirurgicales a progressé de +2.87 % par rapport à l'année précédente.

Si dans cette période, le nombre de séjours en hospitalisation a diminué d'un peu plus de 1000, le nombre de venues en soins externes a progressé de près de 8000. L'activité globale de l'établissement, au sens du nombre de prises en charges, tous modes confondus a donc fortement augmenté en 2006/ à 2005.

Les efforts d'adaptation des structures ont conduit l'établissement à :

- la fermeture de 12 lits d'hospitalisation de semaine en ophtalmologie
- l'augmentation des capacités en obstétrique en lien avec l'évolution du besoin
- la réorganisation de la chirurgie infantile et de la Chirurgie Maxillo-Faciale en vue de l'ouverture d'une unité de Chirurgie Ambulatoire à Lapeyronie.

En 2007 ces tendances se poursuivent et s'amplifient. Le nombre de séjours hospitalisés diminue de -10% / à 2006. Cette évolution est la conséquence de plusieurs phénomènes :

- la mise en œuvre progressive des dispositions de la circulaire "actes frontières", en particulier en médecine avec le déplacement de plus de 8000 séances d'hôpital de jour vers les soins externes qui progressent fortement.
- le développement de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire en chirurgie.
- une modification imposée du mode de déclaration des séjours qui entraîne une réduction de leur nombre indépendamment de toute modification de l'activité médicale (base unique).

En chirurgie, d'autres phénomènes viennent se rajouter aux deux dispositions précédentes pour expliquer la baisse d'activité :

- l'évolution des pratiques médicales (par ex le développement du vasculaire interventionnel au détriment de la chirurgie)
- le départ de chirurgiens vers des structures du secteur privé et le manque d'anesthésistes pénalisant gravement l'activité chirurgicale notamment en orthopédie.
- la concurrence forte du secteur privé (ophtalmologie, orthopédie, cardiologie, ..)

Malgré cela, le nombre d'interventions a pu rester stable grâce à la chirurgie ambulatoire.

Globalement, tous modes de prise en charge confondus (hospitalisation et soins externes), l'activité progresse en volume de 0.9% entre 2006 et 2007.

En 2008, c'est en gynécologie obstétrique que les dispositions de la circulaire "actes frontières" sont appliquées expliquant ainsi la forte diminution du nombre de séances d'Hôpital de Jour. L'impact des phénomènes réglementaires sur les autres activités se réduit (légère baisse en médecine

d'hospitalisation complète, stabilité en chirurgie). Le nombre d'interventions continue cependant à croître avec + 7.9 % par rapport à 2007, ainsi que le nombre de venues en soins externes (+12.6 %).

Le CHRU a en parallèle poursuivi les restructurations avec la fermeture de places en hôpital de jour de rhumatologie, l'ouverture d'un plateau d'Unité de Chirurgie Ambulatoire à Arnaud de Villeneuve et d'une hospitalisation de jour en oncologie et la fermeture de lits en chirurgie infantile.

L'ensemble des restructurations engagées ces dernières années a permis au CHRU de Montpellier de maintenir des taux d'occupation très élevés.

Ⓣ L'endettement du Centre Hospitalier Régional Universitaire

Concernant le niveau d'endettement du Centre Hospitalier Régional Universitaire, il apparaît bien que le solde en capital dû à la fin de l'exercice a été multiplié par 2,6 entre 2003 et 2007 et atteint environ 144 M€ en 2009. Le Centre Hospitalier Régional Universitaire a en effet dû recourir massivement à l'emprunt pour financer ses investissements, ce malgré la progression de sa marge brute d'exploitation. Cette évolution doit néanmoins être analysée au regard de la situation générale des établissements hospitaliers, à double niveau :

- le taux de renouvellement de nos immobilisations était très en deçà de la moyenne nationale, et, sans augmentation du niveau de nos dépenses d'investissement, c'est le développement voire la continuité de certaines activités de l'hôpital qui s'en seraient trouvés à terme menacés;

- le niveau d'endettement actuel place le CHU de Montpellier dans le premier tiers des CHU les moins endettés de France, l'encours de dette représentant environ 20 % des produits d'exploitation annuels. Toujours dans ce cadre, la politique volontariste de gestion de trésorerie "zéro" permet de limiter au maximum le recours à l'emprunt et, de ce fait, d'économiser des montants importants de charges financières.

- Par ailleurs, la CAF a augmenté depuis 2006 grâce à la bonne progression des recettes (en millions d'euros) :

2006	2007	2008	2009
18,8	27,7	34,7	39,1

Ⓣ Contrôle interne

Le contrôle interne a vu le jour au sein de l'institution hospitalière suite au rapport de l'audit partenarial portant sur les marchés à bons de commande réalisé en 2008 par les auditeurs de la Direction Régionale des Finances Publiques de la Région Languedoc-Roussillon.

Les recommandations s'articulent en outre autour de la mise en œuvre d'un dispositif global de contrôle interne qui se matérialise par :

*** la mise en œuvre d'audits internes.** Ces derniers consistent en un examen approfondi sur place et sur pièces de marchés sélectionnés qui interviendra à toutes les étapes de la chaîne de dépenses:

- 1) enregistrement des données des marchés dans Magh2 : date de début, montant du marché...
- 2) passation de la commande : vérification du prix engagé qui doit correspondre au prix indiqué dans le bordereau de prix, annexe de l'acte d'engagement,
- 3) attestation du service fait : réception /prise en charge du produit et contrôle de cohérence entre le nombre de produits commandés et le nombre de produits réceptionnés,
- 4) liquidation de la facture : vérification de tous les éléments constitutifs nécessaires à une liquidation optimale.
- 5) mandatement de la facture : point sur la nature et sur l'opportunité des contrôles réalisés.

La sélection des factures constitue le point de départ de l'audit.

Au fur et à mesure de la transmission des factures par les différents gestionnaires à la DAF, il est procédé à l'extraction de certaines d'entre elles, tout domaine confondu, de façon aléatoire.

Ce dispositif évolue en fonction de la nature de la dépense (fournitures, prestations de services...)

Pour remplir sa mission, l'auditeur renseigne une fiche d'évaluation qui reprend les critères cibles identifiés ci-dessus.

L'auditeur s'engage à formuler les restitutions de l'audit à la direction auditionnée sous un mois.

A terme, leur domaine sera étendu à toutes les dépenses et s'exercera sur la paie du personnel médical et non médical, sur les régies...

*** la formalisation des procédures d'achats:** les directions gestionnaires ont élaboré les procédures identifiant le processus d'achat.

④ Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

Plusieurs points peuvent être relevés concernant les MIGAC du CHRU de Montpellier, tant d'un point de vue financier que qualitatif.

Les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) ainsi que les missions d'intérêt général (MIG) font, dans le modèle T2A, l'objet d'un financement ad hoc et spécifique dans la mesure où elles ne peuvent par nature être couvertes par un tarif de prestation.

Le coût des missions d'intérêt général (MIG) est retracé dans le compte administratif retraité (CAR) de l'établissement et fait l'objet d'échanges avec les tutelles.

Une analyse de l'activité produite dans ce cadre est également réalisée et sert de base pour l'allocation de crédits.

Au regard de ces mécanismes, il apparaît pour le CHU de Montpellier :

- que le bilan 2009 du Contrat d'Objectifs et de Moyens (CPOM) montre que plus de 85 % des missions atteignent ou dépassent les objectifs d'activité qui leur étaient fixés à horizon 2011.

- que le niveau de couverture des charges indirectes de ces activités indiquées dans le compte administratif retraité (CAR) n'est que partiellement financé. En effet les financements sont alloués sur la base des taux indiqués dans les référentiels des activités concernées et non sur la base du modèle économique du CAR. Les écarts vont de 5 % à 25 % du total des charges déclarées.

Enfin, concernant les aides à la contractualisation (AC), il convient de souligner que le CHRU de Montpellier reste en-deçà de la moyenne nationale, malgré l'accompagnement actuel de 9 millions d'euros dont il bénéficie dans le cadre de la relance du plan d'investissement.

Le tableau ci-après compare le niveau d'allocation "AC" du CHU de Montpellier à la moyenne nationale des CHU:

Taux de crédits AC 2008 CHRU de Montpellier	4,7 %
Taux de crédits AC 2008 moyenne des CHU	5,3 %

18 août 2010