



Allonnes, le 10 novembre 2011

CRC Pays-de-la-Loire

KPL GA111064 KJF

14/11/2011

Madame Catherine de KERSAUSON  
Présidente  
Chambre régionale des comptes des  
Pays de la Loire  
25 rue Paul Bellamy  
BP 14119  
44041 Nantes Cedex 1

Le Directeur

Vos réf : GREFFE N°2011-132 // L1131/CG

Nos réf : ELF/AR N°273 /11

LRAR

CHAMBRE REGIONALE

14 NOV. 2011

DES COMPTES

**OBJET : Réponse aux observations définitives formulées par la chambre régionale des comptes en sa séance du 22 septembre 2011 relativement à la gestion des années 2005 et suivantes**

Madame la Présidente,

Dans leur ensemble, les observations définitives de la Chambre n'appellent pas de la part de l'établissement de commentaires ou d'objections très appuyées.

Dans la mesure néanmoins où ces observations sont publiées, nous tenons ici à corriger ou préciser un certain nombre de points puisque le document qui nous a été transmis comporte quelques inexactitudes, imprécisions, ou erreurs d'interprétation, portant notamment sur des chiffres.

**Sur la synthèse liminaire intitulée « principales observations du rapport » :**

- L'évolution du chantier de reconstruction des capacités d'hospitalisation complète nous permet d'indiquer désormais que la reconstruction s'achèvera en juin 2013 et non pas en 2012.
- Il convient de préciser que le nombre de 194 places d'hospitalisation partielle en 2009, qui est indiqué, correspondait à cette date aux places installées, et non aux places autorisées.
- La baisse des capacités installées d'hospitalisation partielle, qui concerne en grande partie la psychiatrie infanto-juvénile (moins 24 places) n'a pas de rapport avec l'ouverture des deux maisons d'accueil spécialisées, comme cela est mentionné. Nous avons pourtant déjà rectifié ce point dans le cadre de notre réponse au deuxième questionnaire d'enquête (point II.2) : « L'ouverture des MAS n'a pu avoir aucune incidence sur les prises en charge à temps partiel qui sont destinées à des patients adultes suffisamment autonomes pour ne pas être hospitalisés : les maisons d'accueil spécialisées accueillent, selon les termes du Code de l'action sociale et des familles, « des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. »

### **Sur le paragraphe introductif, page 3**

- A l'énumération des « divers services » faisant partie du CHS, il conviendrait d'ajouter les hôpitaux de jour, modalité de prise en charge encore très significative.
- La dette du CHS fin 2009 était de 16,2 millions d'euros et non pas de 16,1 millions d'euros comme cela est indiqué. Nous avons déjà rectifié ce point dans le cadre de notre réponse aux observations provisoires de la Chambre : *« le différentiel résulte de l'omission de réintégrer en trésorerie 100 000 € ayant fait l'objet d'un remboursement de capital temporaire permis par le contrat de l'emprunt concerné »*. Cette omission a eu lieu en fin d'exercice 2009.

### **Sur le paragraphe 2 « L'activité » :**

#### **Sur le point 2.2 « Capacités et activités »**

- Il y a une erreur sur l'évolution de la capacité autorisée depuis l'année 2000 : il n'y pas eu suppression mais ajout de 2 lits de psychiatrie infanto-juvénile. Nous indiquons dans notre réponse aux observations provisoires de la Chambre : *« depuis 2000, les capacités d'hospitalisation complète n'ont eu de cesse de diminuer : l'arrêté d'autorisation de 2000 autorise 509 lits. Depuis cette date, l'évolution de la capacité autorisée a été la suivante :*
  - 509
  - moins 30 lits au titre de l'ouverture du Foyer occupationnel
  - moins 100 lits au titre des Maisons d'accueil spécialisées
  - moins 10 lits de géronto-psychiatrie
  - plus 2 lits de pédopsychiatrie ».
- Le nombre de journées réalisées en 2009 dans les Maisons d'accueil spécialisées, qui est indiqué dans les observations définitives (43 361 journées) est erroné : 33 601 journées ont été réalisées dans les MAS en 2009 (une structure de 100 lits ouverte 365 jours par an ne peut réaliser plus de 36 500 journées). Il semble que la Chambre régionale des comptes a additionné le nombre de journées des MAS et celui du Foyer occupationnel qui est une structure différente en termes de budget, de financeur, de public accueilli, de bâtiment...(9 760).
- Les observations définitives reprennent sans plus d'explication la donnée selon laquelle les entrées de l'hospitalisation complète de psychiatrie infanto-juvénile auraient diminué de moitié entre 2005 et 2009. Il convient de nuancer cette donnée brute, ainsi que nous l'avons fait dans le cadre de notre réponse écrite au deuxième questionnaire d'enquête : *« Les données de la SAE additionnent les entrées directes et les mutations internes. Depuis 2008, les mutations diminuent du fait de la possibilité de séquences parallèles hospitalisation à temps complet/ hospitalisation à temps partiel. La comparaison entre les entrées 2005 à 2009 doit donc être examinée avec circonspection. L'analyse des journées présente un degré de fiabilité plus important. »*
- Il est indiqué que « les moyens consacrés aux hôpitaux de jour ont toutefois été redéployés vers une nouvelle forme de prise en charge à temps partiel, les CATTTP ». Or, outre le fait que, de façon générale, les centres d'activités thérapeutique à temps partiel (CATTTP) n'ont rien d'une nouveauté, leur développement au CHS est très antérieur aux années 2000. Simplement, il est exact qu'une partie des moyens consacrés à l'hôpital de jour en psychiatrie infanto-juvénile a été redéployée vers le mode prise en charge CATTTP.

#### **Sur le point 2.3 « Les ressources humaines »**

englobe outre les personnels administratifs (secrétaires médicales, personnel des services administratifs), les personnels médico-techniques (pharmacie...), socio-éducatifs (assistantes sociales, éducateurs spacialisés...) et de direction.

- Il est question au second paragraphe du point 2.3 d'un effectif cible de médecins généralistes « défini dans le projet médical d'établissement ». En réalité, les effectifs cibles de toutes les professions médicales, soignantes et médico-techniques ont été redéfinis en 2010-2011 dans le cadre d'une part de la recomposition sectorielle et polaire de l'établissement (passage de 7 à 6 secteur de psychiatrie générale et de 7 à 3 pôles cliniques de psychiatrie générale), d'autre part de la contractualisation interne en cours dans l'établissement (3 contrats de pôle sur 6 pôles cliniques signés à ce jour, 3 autres en cours de négociation).

### **Sur le paragraphe 3 «La situation financière » :**

- **Sur le point 3.2 « la comptabilité analytique »**

Il est écrit dans les observations définitives que « la comptabilité analytique du CHS [...] ne permet pour l'instant aucune déduction ». Il s'agit là d'un résumé abusif des propos tenus lors de l'entretien de fin d'enquête et confirmés dans les réponses de l'ordonnateur aux observations provisoires. Nos termes étaient les suivants : « *Il est confirmé que les résultats des retraitements comptables 2008 et 2009 n'autorisent aucune déduction rapide : les données obtenues résultent de clés de répartition des charges fondées sur l'activité réalisée, plutôt que sur des données réelles d'affectation des personnels par mode de prise en charge. Il ne s'agit pas seulement des personnels infirmiers, mais de l'ensemble des catégories professionnelles.* »

Ces commentaires concernent uniquement les données de comptabilité analytique 2008 et 2009. Or, nous sommes en 2011 et, depuis 2010, les affectations de personnels non médicaux dans les unités fonctionnelles, par lieu et par mode de prise en charge se sont très nettement améliorées. C'est ce que disait déjà notre réponse au troisième questionnaire d'enquête : « *A noter qu'à compter de 2010, le CHS s'est donné les moyens de mettre en place une comptabilité analytique véritable à usage interne : recrutement fin 2009 d'un contrôleur de gestion, affectation des agents sur les UF d'activité réelle à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 dans le logiciel de paye, mise en place d'un guide d'imputation des charges à usage des gestionnaires. L'ensemble de ces éléments devrait permettre de dresser en 2011, des comptes de résultat par pôle de l'exercice 2010. De même, les résultats du retraitement comptable 2010 pourraient évoluer sensiblement du fait de l'amélioration méthodologique désormais possible.* »

Nous confirmons ces évolutions positives qu'il aurait été intéressant de mentionner dans les observations définitives.

Quant à indiquer qu'en 2008 et 2009 la comptabilité analytique (à l'époque limitée au retraitement comptable) "se limitait aux charges", cela n'a aucun sens dans la mesure où les recettes sont évidemment suivies par unité fonctionnelle puisque les patients pris en charge au CHS sont enregistrés dans le logiciel de gestion administrative des patients sur des unités fonctionnelles, sur lesquelles sont également imputées les recettes de titre 2 correspondantes. Ces recettes étaient correctement ventilées dans les retraitements comptables 2008 et 2009.

- **Sur le point 3.3 « l'autofinancement, la dette et la trésorerie ».**

Concernant le ratio de durée apparente de la dette, il est noté dans les observations définitives qu'il s'améliore en 2009 dans un contexte 2006-2009 de croissance de l'encours. Rappelons ici qu'en toute logique, cette amélioration a plutôt résulté d'une diminution de l'encours entre 2008 et 2009, de 16,9 à 16,2 millions d'euros.

Il est également indiqué que « le CHS a souhaité depuis lors sécuriser sa politique d'emprunt ». Le CHS a effectivement sécurisé sa dette en 2010 et 2011 comme cela était clairement indiqué dans notre réponse aux observations provisoires de la Cour : « Les deux emprunts à taux fixe de 5 000 000 € chacun souscrits en 2010, ainsi que deux emprunts à taux fixe d'un montant total de 5 500 000 € souscrits en 2011 ont d'ores et déjà permis de rééquilibrer la dette du CHS vers des positions entièrement sécurisées : au jour de l'envoi du présent document, la dette du CHS (capital restant dû) est fixe à 59 %, alors qu'elle ne l'était qu'à 19 % au compte financier 2009. »

Sur l'allusion à l'existence d'emprunts structurés, il convient de préciser que le CHS ne rembourse à ce jour qu'un seul emprunt structuré, dont le capital restant dû au compte financier 2011 sera de 2 310 000 €. Il s'agit d'un emprunt « à barrière », barrière simple qui n'a jamais été franchie à ce jour, et ne semble pas en passe de l'être.

Concernant le niveau important de trésorerie sur les exercices objet du contrôle, nous reprenons ici notre réponse aux observations provisoires de la Cour. Nous assumons en effet le choix stratégique qui a conduit à cet état de fait, et qui ne résulte pas comme cela est sous-entendu de la simple absence technique de « moyens d'optimiser le niveau de sa trésorerie ». « Ensuite, l'établissement a du faire un choix entre d'une part, autofinancer en tout ou partie ses structures médico-sociales, et d'autre part, minorer la part d'autofinancement relative à la reconstruction, ce qui aurait clairement obéré ce projet de reconstruction. Le choix a donc été fait de financer intégralement par l'emprunt la construction des trois structures médico-sociales rattachées au CHS. Il convient également d'avoir à l'esprit que dans l'éventualité d'une autonomisation juridique des ces structures, qui a pu être envisagée, mais n'a pas eu lieu, les budgets annexes n'auraient plus abondé la CAF globale de l'établissement avec leurs amortissements. Or la CAF du CHS sera fortement sollicitée dans les prochaines années pour les remboursements des emprunts liés à la reconstruction. Dès lors, le CHS, dans la perspective très hypothétique d'une autonomisation avait intérêt à faire peser l'intégralité de la charge de l'investissement sur les budgets annexes. »

Par ailleurs, avec des moyens de suivi pourtant limités, le CHS a cherché à optimiser la trésorerie dormante :

« Ajoutons que le CHS a effectué des placements de Trésorerie dans le cadre fixé par la réglementation (placements des produits de ventes de biens immobiliers) : ils ont rapporté 131 434 € depuis 2007 par le placement sur des comptes à terme ; et permettent d'économiser des frais financiers sur des emprunts incluant une faculté de remboursement anticipé temporaire (22 866 € économisés entre 2004 et 2010.) »

• **Sur le point 3.4 « le financement de la reconstruction de l'hospitalisation complète ».**

- Concernant le calendrier de la reconstruction, il convient de préciser que la réunification de l'hospitalisation complète de psychiatrie générale sur le site unique d'Allonnes a eu lieu le 27 septembre 2011, et non pas au mois d'avril 2011, en raison de retards de chantier. Cette reconstruction s'achèvera bien en principe en 2013 et non pas en 2012 comme prévu initialement.
- Concernant ce qui est appelé « la réorganisation, engagée en 2011, des autres services abrités actuellement sur le site [historique], la formulation prête à confusion et il apparaît nécessaire de préciser que les activités ambulatoire subsistant sur ce site d'hospitalisation ancien étaient résiduelles : deux hôpitaux de jour et CATTP pour adultes sur sept, une partie du CATTP intersectoriel, une fraction des consultations externes de deux secteurs « adultes » sur sept. En effet, le mouvement d'extériorisation de la psychiatrie ambulatoire par rapport aux sites d'hospitalisation complète a été très largement mené à son terme au long des années 1990 et 2000.

- Concernant le plan d'économies liées à la fermeture du site historique du Mans, il est indiqué dans les observations définitives : « la plus grosse économie budgétaire étant liée au chauffage du site historique du Mans : 297 030 € ». C'est une recopie inexacte d'un document d'étude que nous avons fourni dans le cadre de notre réponse au premier questionnaire d'enquête. En fait, ce chiffre de 297 030 € égale les économies prévisionnelles de gaz et de fonctionnement de la chaufferie mais aussi d'eau et d'électricité.
- Concernant les durées d'amortissement, la formulation des observations définitives est ambiguë quant aux durées d'amortissement pratiquées concernant les structures ambulatoires en cours de construction, achevées récemment, ou projetées. Ces constructions neuves seront amorties, selon nos prévisions actuelles, sur 30 années.

Je vous remercie de bien vouloir annexer la présente réponse au rapport d'observations qui sera publié.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes salutations distinguées.



Vincent THOMAS