



Chambre régionale des comptes
des Pays de la Loire

La Présidente

Nantes, le 3 novembre 2011

Référence à rappeler :
Greffe n° 2011-229

Monsieur le Directeur,

Je vous ai adressé par lettre du 4 octobre 2011 le rapport d'observations définitives concernant la gestion de votre établissement pour les années 2005 et suivantes, que la chambre a arrêté après contradiction dans sa séance du 22 septembre 2011.

Ce rapport a également été adressé à votre prédécesseur, Mme JOANNIS, pour ce qui le concerne.

Le délai d'un mois imparti par la loi pour répondre aux observations de la chambre étant expiré, la procédure est désormais close et vous trouverez ci-joint le rapport, complété des réponses. Ce rapport est également transmis au président du conseil de surveillance de votre établissement.

Ainsi que je l'indique à ce dernier, ce rapport, complété des réponses reçues, doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières. Il doit être inscrit à son ordre du jour, être annexé à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à un débat.

A compter de la date de cette réunion, que je demande au président du conseil de surveillance de me faire connaître, la communication du rapport accompagné des réponses à toute personne en faisant la demande est de droit. J'en transmets par ailleurs une copie à la Directrice Générale de l'Agence régionale de Santé, au représentant de l'Etat dans le département et au Directeur départemental des finances publiques.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Catherine de KERSAUSON

Monsieur Yves PRAUD
Directeur du Centre hospitalier spécialisé de Montbert
Les Loges
B.P. 8
44140 MONTBERT



Chambre régionale des comptes
des Pays de la Loire

Nantes, le 4 octobre 2011

GREFFE N° 2011-131
L1130/CG

Observations définitives concernant la gestion du centre hospitalier spécialisé de Montbert

Années 2005 et suivantes

Résumé des observations

L'examen de la situation financière depuis 2005 montre une situation globalement favorable. Toutefois, depuis 2006, les charges de gestion courante croissent davantage que les produits de gestion courante. Ainsi les charges de personnel (titre 1) augmentent en moyenne de 2,22 % par an, à comparer à l'augmentation des produits de l'activité hospitalière (titres 1 et 2), limitée à 1,53 % en moyenne par année. La maîtrise des charges de personnel (83,50 % des charges de fonctionnement en 2009) constitue un enjeu fort pour l'équilibre budgétaire et financier de l'établissement, dans un contexte de faible évolution de la dotation annuelle de financement et du lancement en 2009 de l'opération de construction du nouvel hôpital.

Ce nouvel hôpital est une opération qui, en l'état actuel du programme global de financement pluriannuel, fait peser à compter de 2012 des risques de déséquilibre financier.

S'agissant des fonds déposés par les malades, la mise en place d'une nouvelle organisation en avril 2011 est de nature à mettre fin aux anomalies observées dans le fonctionnement de la régie d'avances que constitue la banque des hospitalisés. De plus, le principe de séparation entre les fonctions d'ordonnateur et de comptable qui rend incompatible l'exercice par la même personne de la fonction de préposée de l'établissement à la gérance des tutelles et celle de régisseur suppléante à la régie de recettes du service des admissions, manipulant les fonds déposés par les malades est désormais respecté.

Le présent rapport, après une présentation du centre hospitalier, traitera de sa situation financière, et de la protection des biens des hospitalisés.

1 Présentation du Centre Hospitalier

Le projet d'implantation d'un hôpital psychiatrique au sud de la Loire date des années 1960 et de l'objectif de décongestionner l'Hôpital Saint-Jacques qui accueillait 1 200 malades.

Ce projet s'est concrétisé en 1974 sur un terrain de 44 hectares, situé sur la commune de Montbert, à 17 kilomètres au sud de Nantes. Le projet initial de 750 lits a été réduit à 400 lits (100 lits d'enfants, et 300 lits d'adultes). La mise en service de l'établissement s'est faite progressivement, le premier service opérationnel ayant été le service de psychiatrie infanto-juvénile le 1^{er} août 1975.

Pendant dix ans établissement annexe du C.H.R. de Nantes, le Centre Hospitalier de Montbert a été érigé en établissement public autonome par décret du 22 février 1984.

Le Centre Hospitalier de Montbert dispose de trois secteurs de psychiatrie générale et d'un secteur en psychiatrie infanto-juvénile. En position Sud Loire, un secteur est situé sur Nantes, le reste de l'implantation apparaît majoritairement rural.

N'ayant jamais connu d'hospitalisation asilaire, il a été orienté dès sa création vers une politique sectorielle, qui repose sur le maillage entre différentes structures réparties sur son territoire de compétence :

- Pour la psychiatrie générale :
 - Le secteur 44G06 dispose d'un pavillon d'hospitalisation complète, trois structures distantes d'hôpital de jour (HJ) et centres médico-psychologiques (CMP) et un hôpital de jour sur le site de Montbert ;
 - Le secteur 44G07 dispose de deux pavillons d'hospitalisation complète, d'un pavillon d'activités thérapeutiques pour les patients en hospitalisation complète, deux structures distantes HJ et CMP ;
 - Le secteur 44G08 dispose de deux pavillons d'hospitalisation complète, d'un pavillon d'activités thérapeutiques pour les patients en hospitalisation complète, deux structures distantes HH et CMP.
- Pour le secteur 44I03 de pédopsychiatrie, 1 pavillon sur le site de Montbert pour la chefferie de services, l'activité est réalisée auprès des patients dans les structures distantes dont deux d'HJ, un d'ambulatoire et quatre structures d'HJ et CMP.

L'établissement a par ailleurs obtenu le financement d'un pôle intersectoriel de psychiatrie adulte comportant trois unités sur le site de Montbert et deux structures distantes dans lesquelles sont réalisés des actes en ambulatoire.

Au total, les capacités d'accueil de l'établissement s'établissent à 252 lits et places, dont 103 lits et places sur le territoire de Montbert toutes affectées à la psychiatrie générale (100 lits et 3 places en hôpital de nuit), et 149 places d'hôpital de jour (dont 80 places en psychiatrie générale et 69 places en pédopsychiatrie). S'ajoutent à ces moyens ceux correspondant aux 12 CMP présentés ci-dessus.

Aujourd'hui, les moyens en personnel sont constitués de 36,15 ETP de personnel médical et 396,50 ETP de personnel non médical. L'effectif théorique de personnel médical comprend 6 assistants, 23,25 praticiens hospitaliers, 2,40 praticiens hospitaliers statut temps partiel à 0,60, 1,50 praticiens attachés et 3 postes d'internes.

La capacité d'accueil au CHS de Montbert (ratio nombre de lit pour 1 000 habitants) en matière d'hospitalisation à temps plein (psychiatrie générale) et en matière d'hospitalisation incomplète, est historiquement inférieure de l'ordre de 30 % à celle relevée au niveau national. Considérant le ratio cible généralement admis de 0,7 lit d'hospitalisation à temps plein pour 1 000 habitants, le directeur estime que la capacité de l'établissement qui correspond à un ratio de 0,46 lits/1 000 habitants, serait devenue insuffisante pour répondre aux nouveaux besoins liés à l'évolution démographique.

Comme l'ensemble des CHS, celui de Montbert a procédé à une mutation profonde de son offre de soins, désormais orientée prioritairement vers l'ambulatoire, privilégiant les alternatives à l'hospitalisation (+ 6,88 % de 2005 à 2009). L'activité d'hospitalisation complète (psychiatrie générale) et partielle sont relativement stables de 2007 (changement de comptabilisation) à 2009, voire en faible diminution. Certaines variations s'expliquent par des mouvements de personnels médicaux et soignants (constituant le seul plateau technique du service) non remplacés pendant des périodes plus ou moins importantes. Les derniers indicateurs transmis par l'établissement laissent toutefois apparaître une progression de l'activité en 2010 (source EPRD 2011) :

-l'activité d'hospitalisation augmente de 2,35 % en nombre de journées réalisées mais au prix, s'agissant de l'hospitalisation, à temps complet d'un allongement de la durée moyenne de séjour, le nombre d'entrées ayant diminué de 2,5 % ;

-l'activité ambulatoire mesurée en nombre d'actes réalisés poursuit son développement : + 3,44 % ;

-au total, la file active de l'établissement qui correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année quels que soit le nombre et la durée des prises en charge a progressé de près de 15 % depuis 2007 pour s'établir à 6 820 patients en 2010.

S'agissant de la gouvernance de l'hôpital, le principe du découpage de l'établissement en pôles a été arrêté par le conseil d'administration lors de sa séance du 21 décembre 2006, qui a opté pour la possibilité, ouverte en psychiatrie, d'ériger un secteur en un pôle d'activité. Cinq pôles ont donc été créés qui incluent outre le pôle intersectoriel (fédération de santé publique, CAPSI, médecine générale et la pharmacie) chacun des trois secteurs de psychiatrie générale et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'établissement n'a pas décidé le regroupement des services techniques, logistiques et administratifs au sein d'un pôle. Compte tenu de la taille de l'établissement, du caractère récent de la mise en œuvre des contrats de pôles (septembre 2009), cette nouvelle organisation ne s'est toutefois pas encore accompagnée d'outils de gestion opérationnels mis à la disposition des responsables de pôle.

En matière de qualité des soins, l'établissement a fait l'objet en décembre 2003 puis en novembre 2007 respectivement d'une visite initiale d'accréditation (V1) puis d'une visite de certification (V2), de la Haute Autorité de la Santé (HAS). Lors de la seconde visite (V2) trois recommandations avaient été formulées concernant la prise en charge de la douleur sur la concertation entre les professionnels, l'implication des patients et la formation des professionnels. Suite au rapport de suivi (juillet 2009), l'établissement a obtenu le maintien de la certification assorti du suivi sur le point concernant l'organisation d'une concertation entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique. Afin de tenir compte du déménagement de l'hôpital sur le prochain site à Bouguenais, l'établissement a obtenu un report d'une année pour la procédure de certification V 2010 ; une troisième visite est donc prévue en novembre 2012. Depuis lors, l'établissement a remédié à l'observation principale de la HAS concernant l'absence de Comité local de prise en charge de la douleur (CLUD). Ce CLUD a été créé au sein du service au mois d'avril dernier. Par ailleurs, l'établissement a également décidé de réaliser une auto évaluation sur la base des modalités de cotation définies par la HAS et visant à être intégrée dans le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQS).

2 La situation financière

Préalablement à l'analyse de la situation financière, la chambre a procédé à l'examen de la fiabilité des comptes produits. Elle a examiné à ce titre le respect du principe d'indépendance des exercices budgétaires et comptables, des règles concernant les dépenses à classer ou à régulariser, des produits constatés d'avance, des charges à répartir sur plusieurs exercices, des ICNE et des comptes d'attente, qui n'appellent pas d'observation.

En plus de l'analyse rétrospective, ont été examinés les risques de déséquilibre budgétaire et financier liés à la réalisation de la construction du nouvel hôpital sur le site de Bouguenais dont les travaux ont débuté en mai 2009 et qui devraient s'achever en fin de l'année 2011.

2.1 L'analyse financière rétrospective

2.1.1 L'équilibre budgétaire

L'exécution du budget, qui comporte un seul budget retraçant l'unique activité de psychiatrie pour adulte et infanto-juvénile, est équilibrée durant la période 2005 à 2009. Le résultat à affecter en n+1 passe de 119 k€ en 2005 à 342 k€ en 2009 et les résultats faiblement négatifs constatés en 2007 (- 34 k€) et en 2008 (- 100 k€) sont dus, notamment, de la constitution de provisions (titre 4) relativement importantes dans le cadre des dispositions de la circulaire DHOS/F4/DGCP/6B n° 2003-533 du 19 novembre 2003 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable, dont l'annexe 1 autorise le mécanisme de « *préfinancement* » des surcoûts d'une opération d'investissement aidée au titre du plan « Hôpital 2007 ». Au 31 décembre 2009, ces provisions s'établissent à 4,4 M€.

2.1.2 L'évolution des charges et produits de fonctionnement

En 2006, dans la perspective de la construction du nouvel hôpital sur le site de Bouguenais et compte tenu que l'établissement connaissait des tensions financières depuis déjà quelques années (résultat d'exploitation négatif de - 107 k€ en 2005), l'établissement a bénéficié de crédits « *d'ajustement de fin de campagne* » qui ont permis l'accroissement de 6,47 % (soit 1,449 M€) des produits de l'activité hospitalière et le retour à l'équilibre de la structure d'exploitation. Lorsque l'on exclut de la période examinée l'exercice 2005, exercice de transition, on constate que les produits de l'assurance maladie (titre1-DAF) qui représentent en 2009 92,73 % des produits de fonctionnement, ont connu une croissance sensiblement moindre que celle des charges de personnel (titre 1) qui représentent 83,50 % des charges de fonctionnement, soit en moyenne annuelle respectivement 1,25 % et 2,22 %.

Dans le contexte actuel de modeste croissance du produit de l'assurance maladie (DAF) constaté depuis 2006 et de l'opération structurante de la construction du nouvel hôpital sur le territoire de la commune de Bouguenais, la maîtrise des charges de personnel constitue un enjeu déterminant pour l'équilibre budgétaire et financier de l'établissement.

2.1.3 Le financement des investissements

La plupart des indicateurs budgétaires et financiers sont favorables à l'établissement. Compte tenu d'un fort niveau de dotations aux amortissements et aux provisions, le taux de CAF¹ a évolué sur la période examinée de 4,6 % en 2005 à 7 % en 2009. Pour comparaison la médiane du Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (TBFEPS) se situait à 4,83 % en 2007 et 5,5 % en 2008. L'importance de la CAF a par ailleurs permis de rembourser intégralement en 2008 le capital restant dû au titre de l'emprunt contracté en 2005, soit 1,342 M€. La quasi-absence de dette financière à partir de 2009 permet de disposer de l'intégralité de la CAF.

Les investissements qui totalisent une valeur de 8,9 M€, dont 1,4 M€ de remboursement d'emprunt, ont été autofinancés à 94 %, et 13 % des financements ont servi à abonder le fonds de roulement. Le fonds de roulement, qui diminue depuis 2007, exercice de reprise du cycle d'investissements, représente au 31 décembre 2009 29,12 jours de charges courantes.

La trésorerie, malgré le remboursement intégral en 2008 de l'emprunt contracté en 2005 (1,342 M€), reste confortable puisqu'elle représentait au 31 décembre 2008, 37 jours de charges d'exploitation à comparer à 28 jours pour la médiane du TBFEPS. Au 31 décembre 2009, malgré l'augmentation de 126,6 % des dépenses d'équipement, sans recours à l'emprunt, elle représentait encore 23 jours de charges courantes, soit une valeur proche de la médiane du TBFEPS 2008.

2.2 **Le programme d'investissement**

La plus importante des opérations d'investissement, déterminante pour l'avenir de l'établissement, concerne la construction, sur le site de Bouguenais, de 10 000 m² sur deux niveaux, destinés à remplacer début 2012 le site de Montbert, et devant accueillir trois des quatre secteurs psychiatriques gérés par le CHS.

¹ Capacité d'autofinancement.

2.2.1 Le coût du nouvel hôpital

Cette opération a connu entre juin 2007 et juin 2008 une forte augmentation des coûts estimés, ceux-ci étant passés de 18,37 M€ à 24,9 M€. Cette augmentation tient, d'une part, à des choix du maître de l'ouvrage tels que l'accroissement de surfaces à aménager ou le recours à une entreprise générale plutôt qu'à une dévolution par marchés à lots séparés, et, d'autre part, à l'actualisation de l'avant-projet détaillé de l'architecte maître d'œuvre de l'opération (avril 2008).

En avril 2010, cependant, le coût de construction du nouvel hôpital a été ramené à 22,7 M€.

Compte tenu de ces évolutions, l'estimation de la totalité du programme d'investissements 2008-2017 est passée de 26 M€ en 2007 à 31,1 M€ en 2010, soit une augmentation de 5,1 M€, ou 19,7 %.

En contrepartie, le plan de financement initial, qui reposait notamment sur une cession du site de Montbert estimée entre 2,7 et 3,4 M€ par le service des domaines et sur une reprise échelonnée de provisions constituées par l'établissement à hauteur de 4,4 M€, n'a pas été modifié à la mesure de l'augmentation des coûts.

En effet, les dotations complémentaires représentent 530 k€, pour une augmentation des coûts de 5,12 M€.

C'est donc par un recours accru à l'emprunt que le CHS doit faire face aux besoins nouveaux de financement de cette opération de construction désormais évaluée à 22,3 M€.

2.2.2 Les produits estimés de la vente du site actuel

Le plan de financement est également fragilisé par le caractère peu fiable du produit estimé de la vente du site actuel. Dans ses études mesurant les incidences financières du programme d'investissement, la MEEF² avait retenu, sur la base de l'estimation établie par le service des domaines en 2004, une valeur de 3 M€-représentant 11,54 % de l'estimation initiale des coûts du programme.

Compte tenu des difficultés rencontrées par la direction de l'établissement dans les négociations engagées en vue de la cession du site, la plus récente étude de la MEEF datée du mois de juin 2010, a fortement révisé à la baisse le produit de cette cession en fixant une hypothèse basse à la valeur de 1,5 M€ et une hypothèse haute de 3 M€, soit 5 % ou 10 % des coûts actualisés du programme.

Les incertitudes sur le produit de la cession du site de Montbert qui ont prévalu jusqu'à fin 2010 sont en voie d'être levées. Plusieurs cessions sont en cours aux termes desquelles l'objectif d'un prix de vente de 1,5 M€ devrait selon le directeur pouvoir être atteint. Par souci de prudence, ce produit n'a cependant pas été inscrit ni à l'EPRD 2011 ni au PGFP bien qu'il soit mentionné dans le rapport de présentation qui en est faite.

² Mission d'étude économique et financière de la direction régionale des finances publiques.

2.2.3 L'équilibre financier

Pour faire face à l'évolution du coût de la construction de ce nouvel hôpital, le CHS a actualisé en 2011 son programme global de financement pluriannuel (PGFP) de la période 2010 à 2016, en reportant notamment d'un an la réalisation de trois autres opérations. Au total, le PGFP est fondé sur un volume d'investissements de 27,7 M€ dont 9,7 M€ réalisés en 2010, un autofinancement de 7,3 M€ dont 4 M€ de reprises sur provisions, et un recours à l'emprunt de 18,64 M€ dont 6 M€ mobilisés en 2010.

En l'état de ces prévisions, la capacité d'autofinancement nette du remboursement de la dette resterait positive sur toute la période. En revanche, à compter de 2012, le fonds de roulement net global et la trésorerie deviendraient durablement négatifs.

Ce déséquilibre pourrait toutefois être compensé jusqu'en 2015 par deux autres ressources potentielles : la cession du site actuel pour un 1,5 M€ et une économie de 1,4 M€ sur les dépenses.

3 La protection des biens des hospitalisés

3.1 Les fonctions confiées au MJPM

La gérance de tutelle de l'établissement exerce désormais son activité dans le cadre des dispositions de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007. La réforme, applicable à partir du 1^{er} janvier 2009, substitue la notion de « majeur protégé » à celle « d'incapable majeur » et rassemble sous une nouvelle terminologie unique de « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » (MJPM) les activités de gérant de tutelle et délégués à la tutelle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Jusqu'au 1^{er} juin 2006, compte tenu de leur caractère modeste, les fonctions de gérant des tutelles, puis MJPM, étaient mutualisées avec trois autres établissements dans le cadre d'un syndicat inter-hospitalier de gérance de tutelle (Clisson, Le Loroux Bottereau et Corcoué).

La tenue des comptes se faisait directement auprès des trésoreries de chacun des établissements respectifs.

A la suite du départ à la retraite du gérant de tutelle le 31 mai 2006, le syndicat a été dissous et à partir du 1^{er} juin 2006, chaque établissement a repris les dossiers qui le concernait en nommant un gérant de tutelle.

Par décision en date du 30 mai 2006, le directeur de l'établissement a nommé un gérant des tutelles auprès des majeurs protégés. Conformément à la décision du directeur du 22 octobre 2001, au moment de sa nomination en tant que gérante des tutelles, cet agent assumait la fonction de régisseur suppléant dans la régie de recettes du service des admissions. Cette régie est chargée de l'encaissement des tickets restaurant des personnes hospitalisées et des visiteurs ainsi que l'encaissement des consultations externes et des frais de téléphone. Le principe de séparation entre les fonctions d'ordonnateur et de comptable interdit au gérant de tutelles de manier des fonds des personnes bénéficiant de mesures de protection judiciaire dont il a la charge. Il y a donc incompatibilité entre les fonctions de gérant des tutelles (MJPM) est celle d'agent de toute régie recevant des fonds des patients bénéficiant de mesures de protection judiciaire.

La chambre prend acte qu'il a été mis fin aux fonctions de régisseur de recettes incompatibles avec celles de gérant de tutelles à compter du 14 décembre 2010.

3.2 Le fonctionnement de la banque des hospitalisés

La règle générale étant celle de dépôt des fonds appartenant aux hospitalisés dans la caisse du comptable public, la banque des malades nécessite donc la création d'une régie d'avances, afin de permettre le maniement de fonds appartenant aux hospitalisés par une autre personne que le comptable public de l'établissement hospitalier.

La régie d'avances du CHS de Montbert dénommée Banque des malades a été créée par décision initiale du directeur le 22 mai 1985. Le montant maximum pouvant ainsi être versé aux patients, fixé initialement à un maximum de 1 000 F par mois, a été porté par décision du directeur du 4 novembre 2002 à 460 €, montant inchangé depuis lors. La même décision fixe le montant maximum de caisse du régisseur à 5 335 €.

Au CHS de Montbert, le fonctionnement de la remise des fonds aux malades par la régie d'avances de la banque des hospitalisés s'effectue en l'absence de toute organisation formalisée. Ce fonctionnement ne paraît pas à même de sécuriser la remise de leurs fonds à des patients hospitalisés ne pouvant se déplacer alors même que l'utilisation de ces fonds constitue pourtant, pour une part au moins, un élément du plan de soin des patients établi par l'équipe soignante.

Les principales anomalies dans le fonctionnement de la Banque des malades explicité par le CHS et ressortant des chèques de la régie d'avances produits au soutien du compte 2008 du comptable, sont les suivantes :

- aucune procuration n'est établie au sein de l'établissement, ni pour conférer la qualité d'ordonnateur des chèques au sein des services, ni pour attribuer celle de représentant du créancier (que celui-ci soit ou non incapable) ne pouvant ou ne voulant se déplacer à la banque des malades pour retirer ses fonds. Par ailleurs, le titre (chèque de la banque) ne porte ni le cachet ni la mention de l'unité de soins dont dépend le patient bénéficiaire du retrait des fonds : toute personne (cadre infirmier, infirmier ou aide soignant) dans l'ensemble de l'établissement semble donc pouvoir se voir conférer la qualité d'ordonnateur, et/ou de surcroît celle de représentant du patient (le créancier) ;
- dans le cas du créancier ne pouvant ou ne voulant se déplacer, la procédure appliquée ne respecte pas les règles qui s'imposent aux régisseurs lorsqu'ils ouvrent leur caisse, à savoir soit la remise en main propre, soit la remise à un mandataire ;
- dans un grand nombre des cas, le régisseur ne signe pas le chèque de la banque des malades lorsqu'il délivre les fonds, alors que sa signature est requise conformément aux dispositions du *décret n° 78-862 du 10 août 1978 modifiant le décret n° 59-946 du 3 août 1959* » de l'instruction codificatrice n° 98-037-A-B-M du 20 février 1998, modifiée par l'instruction codificatrice n° 06-031-A-M-B du 21 avril 2006. Seul le cachet de la régie des avances de la banque des hospitalisés est généralement apposé ; parfois certains chèques ne sont revêtus ni du cachet de la régie d'avances de la banque des malades ni de la signature du régisseur de la régie d'avances (total de 4 037,20 € sur la valeur de 19 349,78 € de chèques ne comportant pas l'acquit libératoire en 2008) ;

- parfois le chèque ne comporte aucune signature en sa partie « signature pour l'acquit ». Les chèques concernés représentent 6 355,20 € sur les 19 349,78 € recensés en 2008 ;
- aucun outil de traçabilité de la remise effective des espèces au patient ne se déplaçant pas, n'existe au sein des unités de soins.

La réflexion engagée par les services de l'ordonnateur et le comptable et visant à déterminer une organisation respectueuse des intérêts des patients et conforme aux règles de la comptabilité publique, vient d'aboutir à la mise en place d'une nouvelle organisation à compter du 26 avril 2011.