



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE DE JURY-LES-METZ (Département de la Moselle)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 19 mars 2021

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
RAPPELS DU DROIT	5
RECOMMANDATIONS.....	6
1. LA PROCEDURE.....	7
2. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
3. LE PILOTAGE STRATEGIQUE	7
3.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.....	7
3.1.1 Le cadre réglementaire	7
3.1.2 Les CPOM	8
3.2 Le projet d'établissement	9
3.3 Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).....	10
3.4 Les coopérations	10
3.4.1 Le groupement hospitalier de territoire	10
3.4.2 Les partenariats	11
4. LA GOUVERNANCE.....	13
4.1 La direction commune avec le CHS de Lorquin	13
4.2 Le conseil de surveillance.....	16
4.3 Le directoire.....	16
4.4 Les pôles	17
4.4.1 Les contrats de pôles	17
4.4.2 Les projets de pôles	17
4.4.3 Les chefs de pôles	18
5. L'ACTIVITE ET SA VALORISATION.....	18
5.1 Les comptes de résultats d'exploitation analytique (CREA)	18
5.2 L'activité.....	19
6. LA FIABILITE DES COMPTES	21
6.1 Le suivi des immobilisations.....	21
6.2 Les provisions.....	22
6.2.1 Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations – compte 142	22
6.2.2 Les provisions pour risques et charges	24
6.3 Les flux financiers entre les différents budgets.....	27
6.3.1 Les relations inter-budgets	27
6.3.2 Les charges de la direction commune.....	29
6.4 Le respect des principes d'annualité et d'indépendance des exercices.....	30
6.4.1 Le rattachement des charges	30
6.4.2 Les reports de charges.....	31
6.4.3 Les reports de produits.....	33
6.5 Les régies.....	33
6.5.1 La régie de recettes de la cafétéria	33
6.5.2 Les régies d'avance et de recettes des opérations diverses.....	34
6.5.3 Les régies patients	34
6.6 La taxe sur la valeur ajoutée (TVA).....	34
6.6.1 La réglementation	35
6.6.2 Le chiffre d'affaires pour le CHS de Jury	35
6.6.3 Les tarifs pratiqués.....	36
6.6.4 L'application de la TVA.....	36

7.	L'ANALYSE FINANCIERE	37
7.1	Les résultats	37
7.2	L'évolution des recettes et des dépenses d'exploitation du budget principal	38
7.2.1	Les recettes.....	38
7.2.2	Les dépenses.....	40
7.3	Les soldes intermédiaires de gestion	43
7.3.1	La valeur ajoutée et l'excédent brut d'exploitation du budget principal	43
7.3.2	La marge brute et la capacité d'autofinancement consolidées.....	43
7.4	La dette consolidée.....	45
7.5	Les investissements.....	45
7.5.1	Le financement des investissements.....	45
7.5.2	Les projets d'investissements.....	46
7.6	L'analyse bilancielle	48
8.	LES RESSOURCES HUMAINES.....	49
8.1	La direction des ressources humaines.....	49
8.2	Les effectifs et la masse salariale	50
8.3	Le personnel médical.....	51
8.3.1	Les difficultés de recrutement.....	51
8.3.2	La permanence des soins	52
8.3.3	La permanence sur place.....	54
8.3.4	L'organisation de la présence médicale.....	55
8.3.5	L'activité libérale.....	56
8.4	Le personnel non médical.....	57
8.4.1	L'organisation et le temps de travail	58
8.4.2	L'absentéisme	61
8.4.3	L'évaluation des personnels	62
8.4.4	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)	63
8.4.5	Les mises à disposition	63
8.4.6	Les primes et indemnités.....	64
8.4.7	Les frais de déplacement	64
8.5	La médecine du travail.....	66
8.5.1	Le recrutement du médecin du travail	66
8.5.2	La convention de prestations de médecine professionnelle et préventive.....	67
9.	LA MISE EN OEUVRE DU REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES	68
	ANNEXE 1 : Compte épargne temps (CET).....	70
	ANNEXE 2 : Évolution des capacités en lits et projets immobiliers	71
	ANNEXE 3 : Évolution des effectifs du personnel médical de 2014 à 2019.....	74
	ANNEXE 4 : Présence des praticiens le samedi matin.....	75

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Jury est un établissement public de santé mentale (EPSM) ouvert depuis 1972. Il dessert principalement l'ouest mosellan avec une population totale de près de 800 000 habitants. Ce sont près de 13 000 personnes qui sont reçues chaque année pour consultation ou hospitalisation. Son activité est principalement la psychiatrie avec 295 lits mais également l'addictologie avec 10 lits et le secteur médico-social avec une maison d'accueil spécialisé (MAS) de 36 lits.

Il est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Lorraine-Nord » depuis le 24 juin 2016.

Son budget d'exploitation principal est de 52,2 M€ en 2018. Les charges de personnel en représentent 74,4 %. En 2018, l'effectif s'établit à 693,48 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) pour le personnel non médical et à 41,85 ETPR pour le personnel médical.

L'hôpital souffre d'une insuffisance de stratégie. Aucune évaluation du précédent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec l'autorité de tutelle n'a été réalisée sur la période en méconnaissance des dispositions réglementaires. La contractualisation pluriannuelle semble avoir été faite par obligation, en l'absence d'une réelle réflexion stratégique et sans indicateur de performance. A titre d'exemple le CPOM ne comporte aucun élément sur la permanence des soins. En outre, l'hôpital ne dispose plus de projet d'établissement, contrairement aux obligations légales. Le projet régional de santé ayant été révisé le 18 décembre 2019, les orientations stratégiques de l'établissement devraient pouvoir être définies, dès la sortie de crise sanitaire.

Il est en direction commune depuis 2015, avec l'hôpital spécialisé de Lorquin, suite à un projet de fusion abandonné en raison de rivalités entre les deux sites hospitaliers. Les conditions de mise en place de cette direction commune sont difficiles et préjudiciables à l'hôpital de Jury en termes de gouvernance. Le conseil de surveillance se réunit insuffisamment. Le poste de directeur financier est vacant depuis 2018 après avoir connu un important turn-over (trois directeurs financiers en quatre ans) et depuis la création d'un poste de directeur des ressources humaines pour l'établissement de Jury fin 2018, cette fonction était assurée par le directeur des soins. En outre, les clés de répartition des charges de fonctionnement de la direction commune n'ont pas été arrêtées et celles-ci pèsent plus lourdement sur l'hôpital de Jury.

Aucun projet commun ne fédère les deux établissements.

Conséquence d'une absence de vision à long terme et sous prétexte d'un projet global de reconstruction vieux d'une vingtaine d'années, le site principal de Jury n'a fait l'objet que d'un entretien courant sans modernisation notable. Construit à la fin des années 1960, il est aujourd'hui vétuste. L'insalubrité et le manque d'hygiène nuisent aux conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

Pourtant, l'hôpital dispose d'une situation financière très confortable. Son niveau de marge brute dépasse 8 % des produits d'exploitation et sa capacité d'autofinancement nette des remboursements d'emprunt est de plus de 3 M€ fin 2018. Sa trésorerie disponible est de 29 M€ au 31 décembre 2018, ce qui représente plus de sept mois de fonctionnement courant.

Le CHS de Jury a constitué irrégulièrement des provisions pour des projets immobiliers en l'absence de notification de l'agence régionale de santé. Celles-ci représentent un montant de 8,8 M€ et doivent être reprises intégralement, étant injustifiées.

L'absence de tenue d'une comptabilité analytique, qui est pourtant une obligation réglementaire, ne permet pas de connaître les coûts de l'activité tant médicale que de gestion. Ainsi l'hôpital ne

peut avoir une connaissance des résultats de ses pôles d'activité. En outre, les flux comptables inter budgets et les tarifs de certains services comme la fabrication des repas par la cuisine centrale sont fixés sans pouvoir être précisément justifiés.

Divers services procèdent à des opérations budgétaires sans contrôle interne, comme par exemple pour les remboursements relatifs à des conventions. L'absence de dispositif de suivi et d'évaluation explique que certaines d'entre elles, devenues obsolètes depuis près de dix années, continuent de produire des flux financiers de façon automatique, sans aucun contrôle. Il doit être procédé sans délai à leur mise à jour, tout particulièrement en ce qui concerne celles conclues avec le CHR de Metz-Thionville.

La gestion des personnels médicaux et non médicaux n'est pas conforme en de nombreux points aux exigences légales et réglementaires et souffre de plusieurs insuffisances.

Concernant plus spécifiquement le personnel médical, la permanence des soins ne respecte pas le cadre légal et l'organisation du temps de travail médical doit être revue. Des incohérences entre les différents plannings font s'interroger sur la fiabilité des tableaux de service et l'effectivité d'un contrôle du temps de travail médical. L'hôpital doit également mettre en conformité l'exercice de l'activité libérale de ses praticiens hospitaliers.

Quant au personnel non médical, la chambre constate globalement un manque de rigueur dans la tenue des dossiers des agents et une absence de fiabilité des données rendant impossible toute analyse pertinente à des fins de pilotage pour l'avenir. Les obligations légales et réglementaires ne sont pas respectées pour le temps de travail, les mises à disposition de personnel, les remboursements de frais de déplacement et le contrat du médecin du travail.

La chambre formule en conséquence treize rappels du droit et sept recommandations portant sur l'ensemble de la gestion de l'établissement.

RAPPELS DU DROIT

N° 1 : Elaborer un projet d'établissement conformément aux dispositions du code de la santé publique (CSP) en son article L. 6143-2.....	10
N° 2 : Réunir le conseil de surveillance conformément à l'article R. 6143-11 du CSP.....	16
N° 3 : Etablir des contrats et des projets de pôles conformément à l'article 13 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et aux dispositions de l'article R. 6146-9 du CSP.....	18
N° 4 : Tenir une comptabilité analytique conformément aux dispositions du code de la santé publique en ses articles L. 6113-7, L. 6113-8 et R. 6145-7.....	18
N° 5 : Tenir un inventaire physique conformément aux dispositions de l'instruction comptable M 21.....	22
N° 6 : Reprendre le montant des provisions injustifiées et constituer des dotations aux provisions réglementées conformément aux dispositions de l'instruction comptable M 21.....	23
N° 7 : Reprendre le montant des provisions injustifiées et doter le compte 158 sur la base d'une évaluation des risques, conformément aux dispositions de l'instruction comptable M 21.....	26
N° 8 : Respecter le nombre de réunions annuelles de la commission de l'organisation de la permanence des soins, adopter un règlement intérieur et établir un bilan annuel conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.....	52
N° 9 : Etablir des registres de temps travaillé et des contrats de temps de travail additionnel (TTA) pour chaque médecin conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.....	54
N° 10 : Réunir la commission d'activité libérale, contrôler les sommes déclarées au titre de cette activité, et veiller au versement trimestriel de la redevance correspondante, conformément à l'article R. 6154-11 du code de la santé publique et à l'article 3 du contrat d'activité libérale.....	57
N° 11 : Etablir des conventions, prendre des décisions de mise à disposition de personnel et présenter au comité technique d'établissement un rapport annuel conformément aux dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition.....	64
N° 12 : Effectuer les remboursements de frais de déplacement conformément aux dispositions du décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière et aux notes de service internes à l'établissement, et cesser tout remboursement forfaitaire.....	66
N° 13 : Mettre en adéquation le contrat avec le temps de travail effectif du médecin du travail dans le respect des règles de cumul, conformément aux dispositions du décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique.....	67

RECOMMANDATIONS

N° 1 : Mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation des différentes conventions et procéder à leur mise à jour avec le CHR de Metz-Thionville et l'ensemble des partenaires.	13
N° 2 : Evaluer et comptabiliser la provision pour dépréciation des créances à partir d'une analyse conjointe des taux de non recouvrement avec le comptable public.	27
N° 3 : Revoir l'organisation du temps médical pour inclure dans les obligations de temps de travail normal la présence jusqu'à 18 heures 30.	54
N° 4 : Mettre en place un dispositif de contrôle du temps de travail du personnel médical.	56
N° 5 : Fiabiliser et reconstituer un historique de la gestion des ressources humaines afin de pouvoir en tirer des analyses permettant un pilotage pour l'avenir.	58
N° 6 : Analyser les causes d'absentéisme en portant une attention particulière sur les accidents du travail et mettre en œuvre les mesures appropriées.	62
N° 7 : Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences afin d'accompagner les projets d'évolution de l'établissement.	63

1. LA PROCEDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement de santé mentale de (EPSM) de Jury, inscrit au programme de la chambre régionale des comptes Grand Est, a porté sur les exercices 2014 et suivants.

La lettre portant engagement de la procédure a été notifiée le 8 août 2019 au directeur, ordonnateur en fonction, ainsi qu'au précédent ordonnateur.

Le 3 décembre 2020, le rapport d'observations provisoires de la chambre a été communiqué à l'ordonnateur et à son prédécesseur. En outre, des extraits ont été transmis à plusieurs personnes mises en cause.

Après examen des réponses reçues, la chambre a adopté dans sa séance du 19 mars 2021, le présent rapport d'observations définitives.

2. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Jury est un établissement public de santé mentale (EPSM) ouvert depuis 1972.

Il dessert principalement l'ouest mosellan avec une population totale de près de 800 000 habitants. Près de 13 000 personnes y sont reçues chaque année en consultation et hospitalisation.

Dans le cadre de la restructuration de la psychiatrie en Moselle Nord, une clinique privée de psychiatrie a été ouverte à Thionville au cours du dernier trimestre 2020.

L'EPSM de Jury est en direction commune avec le CHS de Lorquin depuis le 1^{er} janvier 2015. Depuis le 24 juin 2016, le CHS de Jury est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Lorraine-Nord » avec le centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville et les CH de Lorquin (CHS), Boulay, Briey, l'établissement public départemental de santé (EPDS) de Gorze et l'hôpital d'instruction des armées Legouest (membre associé).

Il regroupe deux pôles de psychiatrie pour adultes, un pôle de psychiatrie infanto-juvénile et trois pôles d'activités spécifiques de prise en charge : addictologie, troubles dépressifs, psychogériatrie, urgences psychiatriques, autisme ou pathologies apparentées et résidents en situation de handicap.

En 2018, son effectif est de 693,48 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) pour le personnel non médical (titulaires, non titulaires) et de 41,85 ETPR pour le personnel médical (titulaires, non titulaires). Son activité de médecine soumise à la tarification à l'activité (T2A) concerne l'addictologie avec 10 lits.

3. LE PILOTAGE STRATEGIQUE

3.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

3.1.1 Le cadre réglementaire

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)¹ doit être conclu entre l'agence régionale de santé (ARS) et chaque établissement hospitalier. D'une durée maximale de cinq ans,

¹ article L. 6114-1 du code de la santé publique

il peut faire l'objet d'une révision par avenant, d'un renouvellement ou d'une résiliation par l'autorité de tutelle en cas de manquement grave de l'établissement à ses engagements.

Il définit les orientations stratégiques de l'établissement², sur la base du projet régional de santé (PRS)³. Il doit en décliner les priorités et reprendre les orientations retenues dans les projets médicaux partagés du GHT.

Les objectifs sont assortis d'indicateurs de performance. L'établissement doit publier chaque année ses résultats par rapport aux indicateurs fixés. Lorsque ceux-ci ne sont pas publiés ou ne sont pas atteints, l'ARS peut décider de pénalités financières. Inversement, lorsque les engagements sont respectés, voire dépassés, une contrepartie financière peut être versée à l'établissement⁴.

L'évaluation de la réalisation des objectifs est conduite par le directeur général de l'ARS conformément au calendrier prévu et au moins une fois par an. Les résultats sont présentés dans un rapport annuel d'étape, lequel fait l'objet d'une réunion d'échanges entre l'ARS et l'établissement, afin de mettre en place les actions correctrices et les projets d'amélioration. Les résultats de ces évaluations annuelles sont inclus dans un rapport final qui doit être joint à la demande de renouvellement du contrat adressée à l'ARS⁵.

Le CPOM est donc un outil particulièrement contraignant qui repose sur un dialogue de gestion au moins annuel, avec l'autorité de tutelle.

3.1.2 Les CPOM

Sur la période de contrôle, l'établissement a contractualisé deux CPOM.

3.1.2.1 Le CPOM du 1^{er} juillet 2012 pour la période 2012-2017

Trois orientations stratégiques avaient été retenues :

- inscription dans une offre de soins structurée et graduée ;
- amélioration du parcours de santé des patients ;
- approche médico-économique et efficacité des organisations.

Des annexes fixent les modalités de réalisation de ces objectifs et des indicateurs d'évaluation.

Sur la période, sept avenants sont venus modifier le contrat soit pour réviser le contenu des objectifs, soit pour intégrer un accompagnement financier.

La chambre relève qu'aucune évaluation n'a été réalisée sur la période en méconnaissance des dispositions réglementaires rappelées à l'article 5 (suivi du contrat) du CPOM.

3.1.2.2 Le CPOM du 18 décembre 2018 pour la période 2018-2023

Un nouveau CPOM a été signé le 18 décembre 2018 couvrant la période 2018-2023. Il a fait l'objet d'un premier avenant en date du 4 juin 2019, pour le recrutement de cliniciens hospitaliers (deux psychiatres, temps plein) par voie de contrat. Un clinicien devait être recruté en février ou mars 2020.

² article L. 6114-2 du code de la santé publique

³ défini à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique

⁴ article L. 6114-3 du code de la santé publique

⁵ article D. 6114-8 du code de la santé publique

La chambre relève que le CHS de Jury a élaboré ce nouveau contrat sans avoir réalisé d'évaluation du précédent et donc sans disposer d'une analyse précise permettant d'élaborer des orientations stratégiques pour une nouvelle période de cinq années.

La contractualisation pluriannuelle semble avoir été faite par obligation et en l'absence de toute réflexion à long terme et sans indicateur de performance. A titre d'exemple il n'y a aucun élément sur la permanence des soins ni d'objectif fixé en terme de marge brute. Le socle de ce contrat est donc minimaliste.

Il prévoit en son article 3, qu'après la révision du projet régional de santé (PRS), des négociations relatives aux orientations stratégiques pour l'établissement seraient menées. Le PRS adopté en juin 2018 pour la période 2018-2028 a été révisé le 18 décembre 2019. Pour autant, le CPOM n'a fait l'objet d'aucune révision.

Selon l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est, les orientations stratégiques n'ont pu être négociées avec l'établissement du fait de la crise sanitaire dont la gestion a mobilisé l'agence et les établissements de santé à compter de février 2020. Les négociations devraient être conduites dès la sortie de crise et n'intégrer des indicateurs de performance qu'en fonction des orientations nationales issues notamment du Ségur de la santé.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) qui est l'un des volets du PRS, doit être élaboré après diagnostics. Ceux de la Moselle ont démarré au cours du 1^{er} trimestre 2019.

L'ordonnateur a précisé que compte tenu de la crise sanitaire, la finalisation du PTSM devrait intervenir au cours de l'année 2021.

3.2 Le projet d'établissement

L'élaboration d'un projet d'établissement est une obligation légale pour tous les établissements publics de santé. L'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP) dispose :

« le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. [...] Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. [...] Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. [...] Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ».

Au centre hospitalier de Jury, un projet d'établissement avait été élaboré pour la période 2014-2018. Le conseil de surveillance avait délibéré sur celui-ci, conformément aux dispositions de l'article L. 6143-1 1° du code de la santé publique. Cependant sa délibération n° 2014/01 du 14 février 2014 comporte dans son dispositif une erreur puisqu'il y est indiqué « *Décide, d'adopter le projet d'établissement 2008-2014...* ».

Ce document n'est en outre ni daté, ni signé.

Le CHS de Jury n'a procédé à aucune révision alors même que le 21 mars 2016 le conseil de surveillance a validé une note d'orientation sur l'évolution stratégique du CHS de Jury. L'ARS Grand Est a également défini un projet de recomposition de l'offre en santé mentale en décembre 2016. Aucune évaluation n'a été réalisée durant toute la période.

Enfin, le centre hospitalier n'a plus de projet d'établissement depuis 2019, celui de 2014 ayant expiré en 2018.

Cette absence de projet d'établissement est non seulement contraire aux textes en vigueur, mais conduit en outre à un manque de visibilité sur ses orientations stratégiques.

La chambre prend note de l'engagement du directeur de formaliser un nouveau projet d'établissement en 2021.

Rappel du droit n° 1 : Elaborer un projet d'établissement conformément aux dispositions du code de la santé publique (CSP) en son article L. 6143-2.

3.3 Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)

Créé par l'article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES⁶) s'inscrit dans le cadre d'une démarche contractualisée de recherche d'efficience et de régulation de l'offre de soins entre l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement.

Il a pour objet de formaliser les engagements en matière d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins. Il comporte également un volet en matière de maîtrise des dépenses.

Le CAQES dispose également d'un volet additionnel relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports. Il doit faire l'objet d'une évaluation annuelle par les parties tel que prévu à l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale.

Le CHS de Jury a signé un CAQES le 19 janvier 2018 avec l'ARS Grand Est et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Moselle pour une durée indéterminée. Son entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2019, conformément aux dispositions de l'article 2 du CAQES.

L'établissement a réalisé une première évaluation le 6 juin 2019 pour l'année 2018. Cette dernière a été validée par le directeur mais présente des incohérences notamment avec les éléments transmis par le département d'information médicale (DIM).

Pour le nombre de lits, l'évaluation indique un nombre total de 285, le DIM 295 lits. Pour l'utilisation du logiciel d'aide à la prescription (LAP), l'évaluation précise que seule l'activité de psychiatrie est concernée pour ses 249 lits.

L'évaluation réalisée pour 2018 est incomplète, n'ayant pris en compte que la psychiatrie.

3.4 Les coopérations

3.4.1 Le groupement hospitalier de territoire

Le « groupement hospitalier de territoire » (GHT) est un mode de coopération entre établissements publics de santé institué par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Il répond à une volonté du législateur de renforcer la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé de prise en charge des patients sur un même territoire. L'approche est orientée patient et filière de soins et non plus structure. L'objectif est de garantir un meilleur accès aux soins grâce à une coordination et une complémentarité des établissements. Les hôpitaux sont incités à mutualiser leurs équipes et à répartir leurs activités de façon à ce que chacun d'eux trouve son positionnement sur le territoire.

Un groupement hospitalier de territoire dénommé GHT « Lorraine-Nord » a été constitué le 26 juin 2016, conformément aux dispositions des articles L. 6132-2 et L. 6132-3 du code de la santé publique (CSP). Il doit répondre aux besoins d'une population de 779 360 habitants.

Ses membres sont les centres hospitaliers de Boulay et de Briey, l'établissement public départemental de santé (EPDS) de Gorze, les CHS de Jury et de Lorquin et le CHR de Metz-Thionville

⁶ Articles L. 162-30-2 et suivants du code de la sécurité sociale. Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017, paru au JO du 22 avril 2017, fixant les modalités d'application du CAQES. Arrêté du 27 avril 2017 publié au JO du 30 avril 2017 arrêtant le Contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES). Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale. Instruction interministérielle N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.

qui en est l'établissement support. L'hôpital d'instruction des armées (HIA) Legouest en est membre associé.

La convention prévoit l'élaboration d'un projet médical et d'un projet de soins partagés. L'objectif poursuivi est de garantir à tous les patients, quel que soit leur âge, leur condition physique ou mentale, ou leur situation sociale, le plus haut niveau d'excellence en matière de soins avec la mise en place de filières de prise en charge adaptées et des parcours en santé simples et lisibles au sein des grands secteurs d'activités.

La convention constitutive et la désignation de l'établissement support ont été adoptées par le conseil de surveillance par délibérations n° 2016-04 et 2016-05. Un premier avenant a été approuvé par délibération n° 2017-01.

3.4.1.1 Le règlement intérieur

L'article R. 6132-2 du CSP dispose : « *le règlement intérieur est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement.* »

Le GHT ne dispose pas de règlement intérieur.

3.4.1.2 Le projet médical partagé

Le projet médical partagé a été élaboré en 2017 et adopté par délibération n° 2017-04 du conseil de surveillance. Il vise à organiser l'ensemble des spécialités afin de répondre au mieux aux besoins de la population.

Il se structure autour des quatre grands secteurs de prise en charge partagés par les établissements membres et associés au GHT :

- les activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO) afin de garantir un accès sécurisé et gradué aux spécialités médicales aux patients du territoire, en s'appuyant sur les activités de recours et les spécialités du CHR et les offres de soins de proximité sur le périmètre du GHT ;
- les activités relatives à la santé mentale en mettant en œuvre la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale attendue, en englobant l'ensemble des structures du GHT impliquées dans ce type de prise en charge ;
- la prise en charge des personnes âgées qu'il s'agisse de médecine, de soins de suite et de réadaptation, d'unités de soins de longue durée ou d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec pour objectif de conforter la filière gériatrie sur l'ensemble des établissements membres du GHT ;
- la prise en charge des patients en situation de handicap ;
- la mise en commun des activités d'imagerie et de biologie dans un souci de mutualisation des ressources et des compétences.

Une actualisation du projet médical partagé a été réalisée en 2019.

3.4.2 Les partenariats

Fin 2019, plus de 100 conventions étaient en cours. La chambre relève que globalement, les conventions ne font pas l'objet de suivi ni d'évaluation en lien avec l'évolution des besoins de l'établissement, des patients et des équipes pour la prise en charge des malades. Certaines sont anciennes et ne sont plus appliquées car devenues obsolètes (comme la convention du 20 juillet 2001 conclue entre le CHS de Jury et la maison de retraite et l'unité de soins de longue

durée de Gorze, ou la convention du 1^{er} juillet 2003 conclue entre le CHS de Jury et l'hôpital Belle-Isle de Metz).

L'établissement a engagé une réflexion pour la mise à jour et la rationalisation de ses partenariats avec le CMSEA (comité mosellan de sauvegarde des enfants et des adolescents) par une convention cadre globale en lieu et place de plusieurs conventions anciennes. Cette démarche devrait être poursuivie pour l'ensemble des partenariats de l'établissement.

3.4.2.1 Les partenariats avec le CHR de Metz-Thionville

Plusieurs conventions lient le CHS de Jury et le CHR de Metz-Thionville dans le cadre de la mise en œuvre de divers dispositifs. La chambre relevait dans son rapport d'observations définitives de 2013 relatif au CHR de Metz-Thionville⁷ que plusieurs conventions devaient être revues afin de clarifier les relations financières entre les deux établissements⁸.

La chambre constate que son observation formulée en 2013 est restée sans réponse. Il n'y a eu ni évaluation ni révision des conventions conclues entre 2000 et 2005.

Une tentative de révision de la convention relative à l'addictologie a été engagée en 2018 mais cette démarche n'a jamais abouti.

3.4.2.1.1 La convention « réseau alcoologie »

La convention « réseau alcoologie » (unité alcoologie/réseau ville-hôpital) signée le 21 janvier 2000 prévoit des modalités de remboursement par le CHR de cinq demi-journées par semaine pour un poste de praticien et un poste de psychologue à hauteur de 60 % d'un temps plein.

La chambre relève que ces dispositions ne sont pas respectées. Le CHS de Jury facture 50 % du coût employeur (soit trois demi-journées) au CHR pour le praticien et le poste de psychologue n'est plus pourvu depuis plusieurs années.

3.4.2.1.2 La convention urgences psychiatriques

Une convention relative aux urgences psychiatriques avait été signée le 21 mars 2001⁹. Elle prévoit un reversement par le CHR au CHS de Jury, au titre des charges de structure correspondant à l'occupation de locaux situés rue Verlaine à Metz, à proximité de l'hôpital Bonsecours, pour le plateau technique.

Depuis le déménagement du CHR sur le site de Mercy en septembre 2012, le plateau technique a également été transféré et ces locaux ne sont plus loués par le CHS de Jury.

La chambre relève que le CHS de Jury continue de percevoir un reversement¹⁰ à ce titre, alors que cette convention est devenue caduque sur ce point.

D'autres dispositions auraient dû être actualisées faisant référence à une astreinte à domicile du psychiatre de garde du CHS de Jury, alors qu'une permanence sur place a été mise en œuvre depuis le 1^{er} juin 2018 à proximité du CHR de Metz-Thionville à Mercy.

3.4.2.1.3 La convention CAC-SPUL

Le centre d'accueil de crise et le service de psychiatrie d'urgences et de liaison (CAC-SPUL) étaient installés à l'origine dans les locaux du CHR sur le site de Bonsecours. Ils ont déménagé sur le site de Mercy en septembre 2012. Le rapport d'observations définitives de 2013

⁷ Cf. pages 57 et suivantes.

⁸ Remarque qui figurait également au précédent rapport d'observations définitives de 2011 du CHS de Jury (pages 21 et suivantes).

⁹ Un seul avenant a été conclu le 15 février 2005 : il ne concerne que la revalorisation financière des montants figurant sur la convention initiale de 2001.

¹⁰ Montant annuel de 38 785 €.

relatif au CHR soulignait que le CHS de Jury n'avait pas signé d'avenant pour prendre en compte le déménagement.

Une nouvelle convention n'a été conclue pour l'occupation des locaux CAC-SPUL sur le site de Mercy que le 27 mars 2018 en raison d'un désaccord entre les deux établissements. Les points de divergence concernaient les modalités financières et la superficie des locaux.

Elle prévoit le versement d'une redevance d'occupation des locaux avec effet depuis le 26 septembre 2012, date d'entrée du CAC-SPUL dans les nouveaux locaux.

De 2012 à 2018, le CHS de Jury a payé trimestriellement une redevance au CHR pour l'occupation de locaux par le CAC-SPUL en l'absence de convention.

L'établissement a mandaté fin 2018 la somme de 161 871 € au bénéfice du CHR au titre de la régularisation¹¹ du montant de la redevance trimestrielle pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 27 mars 2018.

Le suivi des conventions est dispersé entre différents services. Pour la direction des ressources humaines (DRH), les agents sont trop récents dans l'établissement pour connaître l'ensemble des dispositifs, les modalités de leur fonctionnement et leur historique. Le service des finances quant à lui ne dispose pas de toutes les informations nécessaires pour assurer un véritable contrôle interne sur l'application des conventions.

Recommandation n° 1 : Mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation des différentes conventions et procéder à leur mise à jour avec le CHR de Metz-Thionville et l'ensemble des partenaires.

3.4.2.2 Les autres coopérations

Le CHS de Jury est membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) de Blanchisserie Lorraine Nord (BLN) et du groupement d'intérêt public (GIP) Synergie et Mutualisation des Actions de Recherche en Informatique de Santé (Symaris). Ces coopérations n'appellent pas d'observation particulière.

Ainsi, l'établissement ne s'est pas doté d'outils de pilotage et d'analyses rétrospectives efficaces. L'absence d'évaluation du CPOM et de projet d'établissement le prive de visibilité sur ses orientations stratégiques. Enfin, le défaut de mise à jour des conventions traduit un manque de rigueur dans la gestion de ses nombreux partenariats.

4. LA GOUVERNANCE

4.1 La direction commune avec le CHS de Lorquin

Par décision du 18 février 2014, le directeur général de l'ARS a désigné le directeur du CHS de Lorquin pour assurer l'intérim de direction du CHS de Jury à compter du 22 février 2014, dans l'attente d'une nomination à l'issue de la procédure de sélection faisant suite à la publication du poste au journal officiel (JO) du 26 janvier 2014.

Celui-ci n'a pas été pourvu. Dans le même temps, en 2014, une réflexion avait été engagée sur l'organisation de la psychiatrie sur le territoire mosellan et sur l'opportunité de rapprocher et d'harmoniser les modalités de gouvernance et de gestion des établissements de Jury et de Lorquin au moyen d'une fusion. Dans ce contexte, le directeur du CHS de Lorquin a été nommé directeur des CHS de Lorquin et de Jury à compter du 1^{er} janvier 2015, mais dans le cadre d'une direction commune, dont l'intégration est moins aboutie que pour une fusion.

¹¹ Suite à la conclusion de la convention le 27 mars 2018 et à une évolution des surfaces facturées prises en compte (passage de 220 m² correspondant au CAC à 401 m² correspondant au CAC et au SPUL).

L'article 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, précise la procédure¹² de mise en place d'une direction commune.

Celle-ci consiste en la mutualisation des équipes de direction (en totalité ou pour partie) de deux ou plusieurs établissements publics de santé (ou établissements sociaux et médico-sociaux) qui restent des entités distinctes disposant de leurs propres autonomie juridique, instances, budgets et comptes financiers. Elle repose sur une convention liant les différents établissements partenaires. L'équipe de direction est répartie entre les différents établissements. Le directeur-ordonnateur est commun aux différents établissements et est affecté principalement à l'un d'eux. Il peut être représenté sur les différents sites par un directeur-adjoint délégué.

Une convention de direction commune des CHS de Lorquin et de Jury a été conclue le 24 octobre 2014 pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2015. Elle prévoyait :

- la définition d'un organigramme d'objectif de la direction commune devant être mis en place progressivement ;
- le versement progressif des postes de direction à la direction commune ;
- la détermination de clés de répartition des charges de fonctionnement de la direction commune arrêtées par le directeur.

L'organigramme d'objectif de la direction commune est défini à l'article 3 de la convention conclue en octobre 2014. Les postes devant être mis en commun devaient être ceux de la direction d'établissement, direction des soins, direction des ressources humaines, direction des affaires générales, usagers, qualité, systèmes d'information, direction des finances et direction des services économiques, logistiques et travaux.

Les postes de direction ont bien été versés à la direction commune dès le 1^{er} janvier 2015, ou ultérieurement à l'occasion des mouvements de personnels de direction¹³.

Cependant, l'organigramme cible prévu par la convention n'a pas été mis en place.

La qualité-gestion des risques demeure suivie dans chaque établissement par un directeur différent. Le directeur adjoint en charge de la gestion du secteur médico-social ou des affaires générales et instances à Lorquin n'a pas élargi sa mission au traitement de ces dossiers au niveau du CHS de Jury. En novembre 2017, les services logistiques et techniques ont été séparés des services économiques et des travaux et deux directions séparées ont été créées alors que l'organigramme cible prévoyait une direction unique.

En janvier 2020, la direction des affaires financières (DAF) compte, sur le site de Jury, 3,5 ETP.

Trois directeurs s'y succèdent entre 2014 et 2018. Depuis février 2019 le poste du CHS de Jury est vacant et devait faire l'objet d'une nouvelle publication en 2020. Cette fonction est assurée par le directeur d'établissement. La chambre relève que cette direction stratégique transversale n'apparaît pas comme une priorité dans le recrutement au sein de l'équipe de direction.

La chambre constate aussi une absence de positionnement de la DAF comme direction transversale. Il y a un émiettement des informations à caractère financier et comptable au sein de divers services sans que cette direction n'ait de vision globale. Divers services procèdent à des opérations budgétaires sans contrôle interne comme par exemple pour les remboursements relatifs à diverses conventions.

¹² « sur délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance de plusieurs des établissements [...], ceux-ci peuvent être gérés, dans le cadre d'une convention établie à cet effet, par une direction commune. Il peut, en outre, être créé dans les mêmes conditions une équipe de direction, pour partie ou dans son intégralité, commune aux établissements concernés. La convention de direction commune peut être dénoncée par délibération du conseil d'administration ou de surveillance de l'un des établissements composant cette direction commune ».

¹³ Directeur-adjoint en charge des structures médico-sociales à compter du 2 mai 2016 ; directeur-adjoint en charge des affaires financières à compter du 1^{er} mars 2018.

Contrairement à l'article 4 de la convention, les clés de répartition des charges de fonctionnement de la direction commune n'ont pas été arrêtées par le directeur. En conséquence, il n'y a pas de remboursement entre les deux établissements des frais relatifs aux postes de directeur et directeurs-adjoints, excepté pour deux directeurs-adjoints contractuels (cf. 6.3.2. les charges de direction commune).

L'ordonnateur justifie le non-respect des termes de la convention par le fait que l'objectif était une fusion des deux établissements et qu'il avait considéré laisser les prises en charges financières des équipes de directions en l'état.

De plus, du 1^{er} mai 2016 au 31 décembre 2018, le CHS de Jury a pris en charge l'intégralité de la dépense correspondant à la rémunération d'un directeur-adjoint, qui occupait un logement de fonction au CHS de Lorquin et dont les missions concernaient exclusivement cet établissement : gestion des structures médico-sociales et de la qualité-gestion des risques puis à compter de novembre 2017 la gestion des instances, règlement intérieur, rapport d'activité, projet médical et contrats de pôle.

L'ordonnateur a confirmé que cette charge aurait dû être imputée au CHS de Lorquin.

Les difficultés de mise en œuvre d'une direction commune sont aussi particulièrement prégnantes en ce qui concerne les ressources humaines. L'organigramme cible prévoyait qu'un directeur-adjoint unique en soit chargé.

Suite au départ du directeur-adjoint en charge des ressources humaines du CHS de Jury au 1^{er} février 2015, la directrice-adjointe en charge des ressources humaines du CHS de Lorquin s'est vu confier cette direction sur les deux établissements à partir du 14 avril 2015.

Dans un premier temps tous les dossiers d'agents ont été déménagés au CHS de Lorquin.

Toutefois, tant la DRH que les personnels de cet établissement n'ont montré de volonté affirmée de venir à Jury, invoquant, notamment, l'éloignement géographique.

Ce contexte a contribué à une déstabilisation de la gestion des ressources humaines sur le CHS de Jury et à la dégradation du climat social. Ce constat a conduit le directeur à faire relocaliser la fonction RH au CHS de Jury et à transférer les dossiers agents du site de Lorquin vers celui de Jury.

En conséquence, deux postes de directeur-adjoint en charge des ressources humaines distincts, un sur chacun des deux établissements, ont été inscrits à l'organigramme par une note interne en date du 12 octobre 2018.

Dans l'attente du recrutement d'un DRH pour le CHS de Jury, le directeur des soins a assuré, à compter du 12 octobre 2018, la fonction de directeur délégué des ressources humaines à Jury. Un poste de directeur-adjoint en charge des ressources humaines pour le CHS de Jury a été publié au journal officiel (JO) en avril puis en octobre 2019, et devait être pourvu au 1^{er} mars 2020.

La chambre relève que pour la direction commune et plus particulièrement pour le domaine RH, aucune recherche d'économie et de mutualisation n'a été possible.

Cette situation n'a fait qu'accroître les coûts de fonctionnement des établissements, à titre d'illustration :

- la procédure de recrutement par le biais de l'organisation des concours est propre à chaque établissement. Une organisation commune de ces procédures aurait pu être très facilement mutualisée ;
- l'expérimentation d'un logiciel de gestion du temps de travail commun à Jury et Lorquin a été un échec.

La convention de direction commune conclue en 2014 avait été signée en préfiguration de la fusion des deux établissements mais cette dernière n'a pas abouti. A ce projet de fusion s'ajoutait un projet de construction d'un nouveau CHS à Jury qui date des années 2000 et n'a toujours pas été arrêté.

En outre, l'absence de stratégie clairement affichée et de formalisation d'un projet d'établissement ainsi que la distance de 100 kilomètres entre les deux structures concourent aux difficultés relevées.

Enfin, la direction commune a été renouvelée pour cinq années à compter du 1^{er} janvier 2020 mais sans évaluation de la précédente période.

La chambre s'interroge sur la pertinence de cette direction commune qui n'a été mise en place que partiellement et au détriment du CHS de Jury.

La direction générale de l'ARS a indiqué s'engager à procéder à une évaluation de la situation à la sortie de la crise sanitaire.

4.2 Le conseil de surveillance

Aux termes de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique (CSP), le conseil de surveillance « *se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement* ».

Il doit ainsi délibérer sur le projet d'établissement, le compte financier, l'affectation des résultats et le rapport annuel d'activité et doit avoir communication des résultats de la comptabilité analytique. Il donne son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques.

L'article R. 6143-11 du CSP précise que le conseil de surveillance doit se réunir au moins quatre fois par an.

La composition du conseil de surveillance est conforme aux dispositions de l'article R. 6143-4 du CSP et n'appelle pas d'observation.

En revanche, cette instance n'a jamais respecté la fréquence minimum des réunions sur toute la période : deux en 2015, trois en 2016, deux en 2017 et trois en 2018.

Ce non-respect de l'obligation réglementaire du nombre minimal de réunions ne favorise pas la transparence et la bonne information des membres du conseil de surveillance

Rappel du droit n° 2 : Réunir le conseil de surveillance conformément à l'article R. 6143-11 du CSP.

4.3 Le directoire

Conformément à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), le directoire prépare le projet d'établissement, approuve le projet médical préparé par le président de la commission médicale et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement¹⁴.

Le CHS de Jury respecte les dispositions légales et ce point n'appelle pas d'observation.

¹⁴ Le directoire est présidé par le directeur d'établissement. Le président de la commission médicale d'établissement (CME) en est le vice-président. Il se compose au total de sept membres nommés pour quatre ans. Il doit être réuni au moins huit fois par an (article D. 6143-35-5 du code de la santé publique).

4.4 Les pôles

Le CHS de Jury n'a créé que des pôles d'activité clinique. Ceux-ci étaient au nombre de cinq en 2014.

Depuis 2018 (décision du 30 novembre 2018), le centre hospitalier est organisé en six pôles :

- 1 : unité de soins pour adultes (US3A), maison d'accueil spécialisée (MAS) ;
- 2 : service de psychiatrie d'urgence et de liaison et centre d'accueil et de crise (SPUL-CAC), clinique Tivoli ;
- 3 : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA), centres psychothérapeutiques (Paul Langevin et Winnicott), maison des adolescents de Moselle (MDA), centre d'accueil pour la santé des adolescents (CASA), hôpital de jour, centre médico-psychologique (CMP) ;
- 4 : pour le secteur géographique de Hayange, Fameck et Clouange : hospitalisations en soins libres, à la demande d'un tiers ou sous contraintes, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), réseau alternatif, CMP ;
- 5 : pour le secteur géographique de Metz : unités d'admission ouvertes, unités d'admission fermées, unité de soins de réhabilitation (USRP), CATTP, CMP, centre de réhabilitation de jour pour adultes (CRJA), équipe réseau des alternatives à l'hospitalisation (ERAH), structure intermédiaire d'accompagnement soignant (SIAS) ;
- 6 : addictologie (clinique des addictions (CDA), centre médical des addictions (CMA) et centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)) et centre de psychogériatrie.

4.4.1 Les contrats de pôles

Instaurés par l'article 13 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les contrats de pôle sont des outils de pilotage interne. L'article R. 6146-8 du code de la santé publique indique que « *le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle, ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs* ».

Les contrats de pôles doivent être signés par le directeur de l'établissement et les chefs de pôles et contresignés par le président de la CME (article L. 6146-1 du CSP). Leur durée est de quatre ans.

Le contrat de pôle doit être signé avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre.

Au CHS de Jury il n'y a jamais eu de contrat de pôle.

4.4.2 Les projets de pôles

Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique d'élaborer un projet de pôle. Lorsqu'il est nommé, le chef de pôle dispose d'un délai de trois mois pour élaborer le projet du pôle dont il a la responsabilité (article R. 6146-9 du CSP).

Celui-ci doit être en cohérence non seulement avec les projets des autres pôles, mais aussi avec le contrat de pôle, le projet médical et le projet d'établissement.

Le CHS de Jury n'ayant formalisé aucun contrat de pôle et ne disposant plus de projet d'établissement, n'a élaboré aucun projet de pôle.

Ces constats démontrent une insuffisance de stratégie à ce jour, préjudiciable à la gouvernance de l'établissement.

La chambre prend note de l'engagement du directeur de formaliser des contrats de pôles dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement en 2021.

Rappel du droit n° 3 : Etablir des contrats et des projets de pôles conformément à l'article 13 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et aux dispositions de l'article R. 6146-9 du CSP.

4.4.3 Les chefs de pôles

Les chefs de pôles sont nommés par le directeur, sur proposition du président de la CME.

Cette procédure est respectée au CHS de Jury et n'appelle pas d'observation.

La mise en œuvre de la direction commune depuis le 1^{er} janvier 2015 rencontre des difficultés liées au management mais également dans un contexte de fusion annoncée puis abandonnée. Elle se révèle être un échec quant à la lisibilité de l'avenir de l'établissement ainsi qu'au niveau de la gouvernance. La gestion des ressources humaines est défaillante et le poste de direction financière est vacant après quatre années au cours desquelles trois directeurs se sont succédé.

Le contexte actuel nécessiterait qu'une décision de fin de la direction commune soit envisagée et que la question de la place du CHS de Jury soit reposée.

L'absence du nombre de réunions minimale du conseil de surveillance est de nature à nuire à la transparence et à la bonne information de ses membres. Le CHS de Jury ne dispose pas de contrats de pôles et aucun projet de pôles n'a été élaboré par les chefs de pôles.

5. L'ACTIVITE ET SA VALORISATION

5.1 Les comptes de résultats d'exploitation analytique (CREA)¹⁵

La tenue d'une comptabilité analytique est une obligation réglementaire¹⁶. Elle permet de déterminer le coût des activités et ainsi d'évaluer la performance de la gestion. Elle constitue donc un outil indispensable au pilotage des hôpitaux. Au regard des règles de gouvernance, elle leur permet aussi de calculer des comptes de résultat par pôles (CRPP) et donc d'en mesurer la performance économique ainsi que la contribution à l'équilibre global de l'hôpital.

Le CHS de Jury ne tient pas de comptabilité analytique et ne respecte donc pas les dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique.

Rappel du droit n° 4 : Tenir une comptabilité analytique conformément aux dispositions du code de la santé publique en ses articles L. 6113-7, L. 6113-8 et R. 6145-7.

¹⁵ Compte de résultat analytique : il permet de mesurer la contribution de chaque pôle au résultat global de l'établissement.

¹⁶ Article R. 6145-7 du code de la santé publique. Le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Le directeur communique au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique. Le directeur élabore également, pour l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement prévue par les dispositions des articles L. 6113-7 et L. 6113-8, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médicotechniques et logistiques de l'établissement. Il transmet ce document au directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard le 31 mai de l'année suivant l'exercice clos. Le modèle de ce document et les modalités de calcul des éléments qui y figurent sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

5.2 L'activité

Tableau 1 : Evolution de l'activité de 2014 à 2018

ACTIVITE au 31/12	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
PSYCHIATRIE						
File active ¹⁷	10 902	11 389	12 439	12 509	12 656	16,1 %
Nombre de lits au 31/12	349	349	339	270	249	28,7 %
Nombre de journées	108 740	111 641	109 870	100 552	85 377	- 21,5 %
Nombre de séjours	6 906	5 800	5 490	5 169	5 262	- 23,8 %
TOM	85,4 %	87,6 %	88,6 %	85 %	94,6 %	
DMH	49,3	52	54,1	50,4	41,7	- 15,2 %
DMS	15,8	19,2	20	19,5	16,2	2,5 %
Nombre de places HJ et HN au 31/12	34	34	34	39	39	14,7 %
Nombre de venues	4 849	4 504	4 339	4 525	4 624	- 4,6 %
Nombre de consultations	22 026	21 932	24 928	25 264	25 718	16,8 %
Nombre d'actes ambulatoires	89 361	91 696	96 069	98 642	112 053	25,4 %
MEDECINE (Addictologie en «MCO»)						
File active			227	216	207	- 8,8 %
Nombre de lits au 31/12			10	10	10	
Nombre de journées			3 020	2 812	2 688	- 11 %
Nombre de séjours			292	265	281	- 3,8 %
TOM			82,5 %	77 %	81,3 %	
DMH			13,3	13,0	13,0	- 2,3 %
DMS			10,3	10,6	9,6	- 6,8 %
MEDICO-SOCIAL CSAPA¹⁸ Metz et Thionville en 2014 et 2015 CSAPA Thionville à compter de 2016 Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) à compter d'octobre 2017						
	2014	2015	2016	10/2017¹⁹	2018	2018/2017
File active	1 351	1 368	556	626	693	10,7 %
Nombre de lits au 31/12				36	36	286,6 %
Nombre de journées				3 279	12 743	35 %
Nombre de séjours				40	54	
TOM				99 %	98,1 %	
DMH				91,1	296,4	
DMS				82	236	187,8 %
Nombre de consultations	2 234	1 680	572	593	682	15 %
Nombre d'actes ambulatoires	8 982	7 914	3 365	5 164	5 680	10 %
Nombre total de lits (Toutes activités confondues)	349	349	349	316	295	- 15,5 %
TOM : taux d'occupation moyen : (journées réalisées X 100) / (nombre de jours de l'année X nombre de lits) = "Taux d'occupation pour un lit" DMH : durée moyenne d'hospitalisation par patient DMS : durée moyenne d'hospitalisation par séjour Consultations : entretiens médicaux Actes ambulatoires : activité RIMP - entretiens médicaux et actes paramédicaux						

Source : DIM²⁰ du CHS de Jury

Les 10 lits d'addictologie ne sont identifiés en lits de médecine MCO qu'à compter de 2016 en raison de leur financement en tarification à l'activité (T2A). Auparavant, ils sont englobés au sein de l'activité de psychiatrie car financés par la dotation globale de financement de la psychiatrie. L'établissement compte, pour l'ensemble de ses activités, 295 lits en 2018 (249 en psychiatrie, 10 en addictologie et 36 en médico-social), contre 349 en 2014 (339 en psychiatrie et 10 en addictologie), soit une diminution de 54 lits (- 15,5 %). Deux transferts ont été effectués : l'un

¹⁷ Total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile (un patient vu plusieurs fois dans l'année est comptabilisé pour 1).

¹⁸ CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

¹⁹ La MAS a été individualisée à compter d'octobre 2017.

²⁰ DIM : département de l'information médicale.

de la psychiatrie vers la MAS de 36 lits en 2017 et un autre de psychiatrie vers l'addictologie de 10 lits en 2016.

La file active de la spécialité psychiatrie est en constante augmentation (+ 16,1 %).

Les durées moyennes de séjours pour la psychiatrie se situent dans la moyenne nationale qui est entre 15 et 20 jours.

La suppression de 54 lits entre 2014 et 2018 s'inscrit dans le cadre d'une politique de santé mentale visant à éviter l'hospitalisation et à développer la prise en charge des patients en ambulatoire. L'objectif est de développer des soins de proximité adaptés aux besoins et un accompagnement social et médico-social des patients. Pour cela, les patients sont logés en milieu ordinaire et bénéficient d'une prise en charge globale et graduée, proche de leur domicile.

Les fermetures doivent également permettre d'anticiper et d'accompagner le projet de reconstruction du site de Jury dont la capacité serait de 168 lits sur le site de Jury et 81 lits et cinq chambres d'isolement sur le site de Mercy selon la délibération du conseil de surveillance du 16 décembre 2019 qui n'en définit cependant aucune échéance.

Tableau 2 : Evolution de l'hospitalisation à temps plein en journées réalisées

Toutes Spécialités	2014	2015	2016	2017	2018	évolution
POLE 1	17 207	17 024	22 727	19 848	10 222	- 40,6 %
POLE 2	4 361	4 743	2 033	1 986	2 274	- 47,9 %
POLE 3	2 114	1 927	2 317	2 028	2 275	7,6 %
POLE 4	16 843	17 958	17 003	13 946	13 991	- 16,9 %
POLE 5	68 215	69 989	65 790	62 744	56 615	- 17,0 %
TOTAL PSYCHIATRIE	108 740	111 641	109 870	100 552	85 377	- 21,5 %
CLINIQUE DES ADDICTIONS			3 020	2 812	2 688	
MAS				3 279	12 743	
TOTAL GENERAL	108 740	111 641	112 890	106 643	100 808	- 7,3 %

Source : rapports d'activité DIM

Sur la période le nombre de journées réalisées en hospitalisation à temps plein a diminué globalement de 7,3 %. Des baisses importantes sont constatées sur les pôles 1 et 2, dues à des transferts d'activité portant respectivement sur le médico-social (MAS) et sur l'activité MCO (clinique des addictions).

Tableau 3 : Evolution de l'activité ambulatoire par pôle en nombre d'actes toutes spécialités

PSYCHIATRIE	2014	2015	2016	2017	2018	évolution
POLE 1	207	107	473	384	335	61,8 %
POLE 2	18 196	19 263	24 544	22 453	22 531	23,8 %
dont psychogériatrie	6 075	8 323	7 357	6 793	6 959	14,6 %
dont SPUL	12 121	10 940	11 254	10 796	10 897	- 10,1 %
POLE 3	21 533	22 726	22 550	23 242	21 934	1,9 %
POLE 4	20 296	18 799	19 460	19 184	26 054	28,4 %
POLE 5	51 155	52 733	53 970	58 643	66 917	30,8 %
TOTAL	111 387	113 628	120 997	123 906	137 771	23,7 %
MEDICO-SOCIAL						
TOTAL	11 216	9 594	3 937	5 757	6 362	
Total général	122 603	123 222	124 934	129 663	144 133	17,6 %

Source : rapports d'activité DIM

L'activité ambulatoire est en augmentation de 17,6 % sur la période 2014 à 2018.

Le CHS de Jury connaît une forte augmentation des demandes de soins en ambulatoire, donnant lieu à la constitution d'une liste d'attente. Certains patients souhaitent bénéficier de cette prise en charge sur des créneaux horaires après leur journée de travail ou pendant la pause déjeuner.

Le médecin DIM et le directeur des soins ont fait part de leur souhait de pouvoir donner à la prise en charge ambulatoire un rôle pivot. L'hospitalisation n'interviendrait que dans un second temps.

L'établissement prend en charge des patients en hospitalisation libre et en hospitalisation « sans consentement ». Les soins sans consentement (ou soins sous contrainte) peuvent être demandés par un tiers en urgence ou non, en cas de péril imminent ou être décidés par le représentant de l'Etat dans le département.

Le nombre de patients concernés progresse de 9,1 % sur la période. En 2018, les hospitalisations sans consentement représentent 25 079 journées d'hospitalisation complète, soit 29 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation complète (85 377 journées) contre 24 % en 2014.

Tableau 4 : Evolution des modes de placements en nombre de patients

	2014	2015	2016	2017	2018	évolution
Soins libres	1 920	1 868	1 733	1 722	1 714	- 10,7 %
Soins sous contrainte	692	699	751	762	755	9,1 %
dont à la demande d'un tiers	578	586	646	646	644	11,4 %
dont à la demande du représentant de l'Etat	112	111	101	111	107	- 4,5 %
dont ordonnance provisoire de placement	2	2	4	5	4	

Source : rapports d'activité DIM

Les patients faisant l'objet de soins psychiatriques peuvent être isolés. L'isolement est une mesure prise dans le cadre d'une démarche thérapeutique.

Le CHS dispose, en 2018, de huit chambres d'isolement. Le nombre de journées d'isolement diminue de 43,8 % sur la période.

Tableau 5 : Evolution du nombre de journées thérapeutiques en isolement

	2014	2015	2016	2017	2018	évolution
Nombre de chambres	15	13	13	8	8	- 46,7 %
Nombre de patients	279	306	259	168	173	- 38 %
Nombre de journées	3 699	4 682	4 394	3 005	2 079	- 43,8 %
Moye. jours par patient	13,3	15,3	17	17,9	12	

Source : rapports d'activité DIM

6. LA FIABILITE DES COMPTES

6.1 Le suivi des immobilisations

Les obligations de l'ordonnateur en matière de tenue de l'inventaire sont précisées dans les tomes 2 (§ 2.2.1 du chapitre 2 du titre 2) et 3 (§ 5 du chapitre 2) de l'instruction comptable M 21 applicable aux établissements publics de santé.

L'établissement tient un inventaire des biens meubles et immeubles (immobilisations corporelles-compte 21). Ce document établi annuellement rassemble toutes les informations actualisées issues de la gestion des fiches d'immobilisations.

Il est ouvert une fiche par immobilisation ou lot d'immobilisations identiques figurant au compte 21 : terrains, agencements et aménagements des terrains, constructions sur sol propre, installations techniques, matériel et outillage industriel, collections et œuvres d'art, animaux de rapport et de reproduction ainsi que toutes les autres immobilisations corporelles (matériel informatique, mobilier, etc.).

Cependant, il n'y a pas d'inventaire physique. Ce dernier doit correspondre à un comptage manuel de chaque type de bien présent à une date donnée. Il doit permettre de contrôler que les biens enregistrés correspondent bien aux données figurant sur les fiches d'immobilisation.

L'inventaire comptable tenu par l'ordonnateur doit être rapproché régulièrement de la comptabilité générale et de l'état de l'actif tenus par le comptable. Cependant, l'état de l'actif n'est pas détaillé et ne répertorie pas l'ensemble des biens du CHS puisqu'il reprend pour chaque compte une ligne générique regroupant l'intégralité des biens existants.

Peu de sorties de biens de l'inventaire ont été réalisées au cours des exercices 2014 à 2018 excepté pour les biens concernant l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) qui a été transféré au CHR de Metz-Thionville.

Pour le CHS de Jury le seuil d'inscription d'une immobilisation est de 500 € HT mais cette règle est non écrite. Certains biens d'une valeur inférieure à 500 € HT figurent à l'inventaire. Cela concerne du petit mobilier ou outillage sur les imputations suivantes : article 21841 « mobilier » et article 21541 « installations techniques, matériel et outillage : électro-ménager ».

Une mise à jour de l'inventaire a été entreprise en 2019. Des sorties d'inventaire sont réalisées concernant les équipements électroménagers acquis avant 2000 et dont la valeur nette comptable est nulle.

Les durées d'amortissements sont en concordance avec l'instruction comptable M 21 et sont respectées. La méthode d'amortissement appliquée est la même sur toute la période : amortissement linéaire et en année pleine à compter du 1^{er} janvier suivant l'exercice d'acquisition du bien.

Le passage à la méthode d'amortissement *pro rata temporis* a été décalé à plusieurs reprises (cf. comptes financiers état PF1 depuis 2014) en fonction de l'examen des acquisitions réalisées. L'amortissement au *pro rata temporis* est appliqué depuis 2018.

Rappel du droit n° 5 : Tenir un inventaire physique conformément aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

6.2 Les provisions

6.2.1 Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations – compte 142

L'instruction M 21 indique que : « cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Au sens du présent référentiel comptable et budgétaire, les surcoûts correspondent aux coûts nouveaux liés au projet d'investissement en termes de charges financières et d'amortissement ».

L'établissement doit reprendre ces provisions dès que les biens financés ont été mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement et/ou financières débute. La reprise de la provision au compte de résultat a ainsi pour effet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et/ou des charges financières liées aux biens financés au niveau des résultats de l'exercice. La reprise s'opère au compte 78742.

L'instruction comptable M 21 précise en outre que : « la constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements. [...] La constitution d'une provision réglementée pour renouvellement des immobilisations au moyen des ressources propres de l'établissement est exclue ».

Le solde du compte 142 enregistre une forte croissance : il est de 4,9 M€ au 1^{er} janvier 2014 ; il atteint 20,2 M€ au 31 décembre 2017. Il n'y a pas de reprise sur cette provision durant la même période.

L'établissement justifie la réalisation de ces provisions par l'état de son patrimoine et les projets de restructuration et de reconstruction auxquels il sera appelé à faire face dans les années à venir.

Tableau 6 : Evolution du solde des provisions réglementées (compte 142) de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	Total des provisions injustifiées, dotées de 2014 à 2018
solde au 01/01	4 900 000	8 715 000	11 500 000	18 750 000	20 215 000	
dotation	3 815 000	2 785 000	7 250 000	1 465 000	0	
dont dotation de l'ARS	1 500 000	0	5 000 000	0	0	
dont dotation compte tenu des disponibilités (provisions injustifiées dotées)	2 315 000	2 785 000	2 250 000	1 465 000	0	8 815 000
reprise	0	0	0	0	0	
solde au 31/12	8 715 000	11 500 000	18 750 000	20 215 000	20 215 000	

Source : comptes financiers

L'hôpital comptabilise seulement deux dotations conformes à l'objet de ce compte de provisions à la suite de notifications de crédits de l'ARS Grand Est pour un total de 6,5 M€ :

- dotation de 1,5 M€ (notification du 31 décembre 2014 de l'ARS) au titre de crédits non reconductibles : aide à l'investissement à provisionner ;
- dotation de 5 M€ au compte 142 (notification du 15 décembre 2016 de l'ARS) pour un montant de 7 M€ au titre de crédits non reconductibles pour la réalisation des trois projets immobiliers : restructuration du site principal de Jury, construction/extension de bâtiment de psychiatrie sur le site de Mercy, centre de consultations et de soins de Metz-Queuleu en construction, dont 2 M€ inscrits en subvention d'investissement au compte 13183 – fonds d'intervention régional (FIR).

Les autres inscriptions à ce compte de provisions ne correspondent pas à des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement. Elles résultent de l'exécution budgétaire de la section d'exploitation du budget principal ou du budget annexe P (CSAPA²¹) : les certificats administratifs qui justifient ces opérations font mention d'une mise en provision « compte tenu des disponibilités au niveau du résultat de l'exercice ». Le montant relatif au budget annexe P s'élève à 215 000 € (50 000 € en 2016 et 165 000 € en 2017).

A compter de l'exercice 2018, les provisions réalisées au titre des projets immobiliers à venir ne sont plus imputées au compte 142, mais au compte 158 (cf. 6.2.2.3 les autres provisions pour charges), ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

La chambre relève que le CHS de Jury a constitué à tort des provisions au compte 142 pour des projets immobiliers en l'absence de notification par l'ARS Grand Est. Ces provisions injustifiées représentent un montant total de 8,8 M€. La chambre demande au CHS de Jury de les reprendre intégralement.

Rappel du droit n° 6 : Reprendre le montant des provisions injustifiées et constituer des dotations aux provisions réglementées conformément aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

²¹ CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

6.2.2 Les provisions pour risques et charges

Les provisions pour risques et charges sont des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise. L'instruction comptable M 21 précise qu'une provision doit être constatée s'il existe à la clôture de l'exercice une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement, s'il est probable ou certain à la date d'établissement des comptes qu'elle provoquera une sortie de ressources au bénéfice de tiers sans contrepartie équivalente de celui-ci et si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable.

L'établissement a procédé en 2018 à un toilettage en reprenant l'intégralité des provisions anciennes qui n'étaient plus justifiées et en soldant les comptes 1448, 1518 et 1572. Ces reprises représentent un montant total de 680 242 €.

La chambre relève que certaines de ces provisions n'ont jamais été corrigées malgré les erreurs d'imputations constatées avant 2018 (compte 1448 : provisions réglementées pour propre assureur alors que l'établissement ne dispose pas de la dérogation requise²² et compte 1572 : absence de plan d'entretien requis par la M 21).

6.2.2.1 Les provisions pour litiges – compte 1511

L'instruction comptable M 21 prévoit : « lorsque la charge est probable, une provision doit être constituée dès la naissance d'un risque avant tout jugement et être maintenue (en l'ajustant si nécessaire) tant que le jugement n'est pas définitif ».

De 2014 à 2018, l'établissement a fait face à plusieurs procédures contentieuses, mais aucune provision pour litiges n'a été constituée.

En mai 2018, le tribunal administratif de Strasbourg a annulé la décision du directeur de l'établissement du 11 avril 2017 portant exclusion pour une période de deux ans d'un agent suite à une procédure disciplinaire. L'établissement a réintégré l'intéressé par décision du 29 juin 2018 et procédé à la reconstitution de sa carrière pour la période concernée. Le bulletin de salaire de l'agent au titre de juillet 2018 fait état d'un coût employeur de 83 120 € (dont 44 962 € de rémunération brute au titre de la reconstitution de carrière d'avril 2017 à mai 2018). L'établissement a fait appel de cette décision mais n'a pas effectué de provision au titre de ce litige.

Le suivi des litiges et contentieux est réalisé au niveau de chaque service (RH, affaires économiques, admissions-facturations). Comme suite à la demande de la chambre, un tableau de suivi des affaires en cours a été réalisé mais celui-ci n'est pas exhaustif.

Il n'y a pas de vision transversale ni de coordination du suivi des dossiers contentieux en lien avec le service des finances, qui permettraient de provisionner correctement le risque contentieux.

6.2.2.2 Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) – compte 153

Des incohérences sont relevées concernant la période de 2015 à 2017, au vu des données des comptes financiers et des bilans sociaux (cf. annexe n° 1) :

- pour le personnel médical, une reprise de provisions est réalisée fin 2017 correspondant à - 946,36 jours alors que les états récapitulatifs indiquent 1 798,36 jours fin 2016 et

²² Provision constituée par l'établissement pour le cas de paiement d'allocations chômage et de capital décès, alors que l'instruction comptable M 21 indique que le versement d'un capital décès ne doit pas être provisionné (tome 1, chapitre 2 § 1.6. page 22) et que les provisions pour allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) sont imputées au compte 158 (tome 1, chapitre 2 § 1.6. page 30) au cas où l'établissement est en auto-assurance du risque chômage de ses agents.

1 627 jours fin 2017. Comme le reconnaît l'ordonnateur, le certificat administratif présente une anomalie consécutive à une erreur de saisie ;

- pour le personnel non médical, l'enchaînement et la reprise des données entre deux exercices concernant le nombre de jours épargnés pour les agents de catégorie A ne sont pas respectés (au 31 décembre 2016 : 9 170,08 jours figurent au certificat administratif et au 1^{er} janvier 2017 ce sont 7 509,08 jours qui sont repris).

En 2018, le montant de la provision est en cohérence avec les données transmises par l'établissement²³.

Celui-ci doit poursuivre le travail de fiabilisation des données relatives au solde des CET des personnels médicaux et non médicaux engagé en 2018. Il doit à veiller à une meilleure cohérence des informations qui figurent sur les différents documents récapitulatifs produits (bilans sociaux, comptes financiers) en s'appuyant sur une vérification périodique des données permise par le système d'informations RH.

La cohérence des informations et leur fiabilisation sont nécessaires pour la constitution de provisions à un niveau conforme aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

6.2.2.3 Les autres provisions pour charges – compte 158

Le solde de ce compte s'établit à 4 113 730 € au 31 décembre 2018 ; il était de 363 525 € au 1^{er} janvier 2014.

Tableau 7 : Evolution du solde des autres provisions pour risques et charges (compte 158) de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	Total des provisions injustifiées ,dotées de 2014 à 2018
solde au 01/01	363 525	413 525	762 625	962 625	1 839 825	
dotation (<i>provisions injustifiées</i>)	50 000	349 100	200 000	877 200	3 116 105	3 750 205
reprise	0	0	0	0	842 200	
solde au 31/12	413 525	762 625	962 625	1 839 825	4 113 730	

Source : *comptes financiers*

Aucune reprise n'a été effectuée sur ce compte sauf en 2018 pour l'intégralité de la somme (842 200 €) provisionnée fin 2017 au titre du solde de la prime de service 2017 et de la mise à disposition du directeur-adjoint chargé des finances par le CHS de Lorquin à raison de 50 % (cf. 6.4.1 le rattachement des charges).

Ce compte retrace des provisions constituées par le budget principal ou les budgets annexes en vue d'opérations qui sont peu détaillées. Elles n'ont fait l'objet d'aucune reprise au 31 décembre 2018 :

- 50 000 € au budget principal en 2014 au titre des dépenses relatives à la mise en place de la contractualisation : intéressement aux pôles d'activité ; à ce jour, l'établissement ne dispose pas de contrat de pôle ni de projet de pôle (cf. 4.4 les pôles) ;
- 349 100 € au budget principal en 2015 au titre de différentes dépenses liées à un surcoût de charges d'exploitation du titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) ;
- 200 000 € au budget annexe P – CSAPA en 2016 au titre de charges de personnel médical et non médical suite aux recrutements effectués fin 2016 lors du déménagement du CSAPA pour compenser la rémunération des agents concernés en année pleine ;

²³ total de 2 912 338 € pour l'ensemble des budgets, soit au 31 décembre 2018, 2 803 808 € pour le budget H, 93 443 € pour le budget MAS, 10 068 € pour le budget CSAPA et 5 019 € pour le budget UDE autisme.

- 677 278 € au budget annexe S – MAS en 2018 au titre de travaux en prévision du transfert de l'activité, le déploiement capacitaire total de la MAS et l'évolution de l'effectif correspondant.

L'exécution des budgets annexes en 2018 aboutit à un résultat nul car le montant des provisions constituées est égal au solde d'exécution.

L'ordonnateur a indiqué que les provisions avaient été réalisées en 2018 au niveau des budgets annexes pour ramener leur solde à l'équilibre. L'affichage d'un résultat nul vise à éviter une diminution des financements de l'ARS Grand Est pour les budgets annexes (par une reprise du résultat excédentaire) pour l'exercice suivant étant donné que les disponibilités résultent principalement de postes vacants qui sont susceptibles d'être pourvus à l'avenir.

Concernant l'exercice 2018, la forte hausse des dotations provient du passage du compte 142 au compte 158 des provisions réalisées pour renouvellement des immobilisations (cf. 6.2.1 les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations). Ces provisions résultent du niveau des disponibilités du résultat de l'exercice. Ce changement d'imputation a été réalisé à la demande du comptable.

Les dotations effectuées à ce titre en 2018 s'élèvent à 2,2 M€ pour le budget principal. Elles concernent les projets liés aux opérations de restructuration des sites dont Jury, Mercy et Metz-Queuleu. Or ces dotations au compte 158 ne correspondent pas aux dispositions de l'instruction comptable M 21 (tome 1, chapitre 2, § 1.5) qui indique que les provisions pour risques et charges ne peuvent pas servir à la constitution de réserves budgétaires²⁴ ni être constituées pour couvrir des charges futures d'amortissement ou de renouvellement de biens. L'accord de l'ARS Grand Est relatif à ces opérations dans le cadre du programme pluriannuel d'investissement et du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2019-2024 n'a pas été transmis par l'établissement.

La chambre relève que le CHS de Jury constitue des provisions au compte 158 non conformes aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

Les provisions injustifiées au compte 158 représentent un montant de 3,75 M€ fin 2018 (cf. tableau n° 7). La chambre demande au CHS de Jury de les reprendre intégralement.

Rappel du droit n° 7 : Reprendre le montant des provisions injustifiées et doter le compte 158 sur la base d'une évaluation des risques, conformément aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

6.2.2.4 Les provisions pour créances douteuses – compte 491

Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une provision.

Une comparaison a été effectuée à la fin de chaque exercice entre les soldes du compte 491 (provisions pour créances douteuses) et du compte 416 où sont enregistrées les créances dont le recouvrement est compromis (passage à la phase contentieuse). Le montant des pertes sur créances irrécouvrables (comptes 6541 créances admises en non-valeur et 6542 créances éteintes) est également mis en parallèle du solde de ces deux comptes.

²⁴ Instruction comptable M 21, tome 1, chapitre 2, § 1.5 : Mise en « réserves budgétaires » : Les établissements qui reçoivent en une fois des financements d'exploitation, sous formes de dotations, destinés à des projets s'étalant sur plusieurs exercices, n'ont pas à constituer de provisions pour charges (compte 158). Cette utilisation ne serait en effet pas conforme à l'objet d'une provision de droit commun, qui est de couvrir une charge probable ou certaine et non de servir à la constitution de réserves budgétaires (voir commentaire du compte 487). De même les provisions en vue de couvrir des charges futures d'amortissement ou de renouvellement de biens ne correspondent pas à l'objet d'une provision de droit commun.

Tableau 8 : Evolution des provisions pour créances douteuses de 2014 à 2018

en euros au 31 décembre	2014	2015	2016	2017	2018
solde compte 416 : créances contentieuses ou douteuses	206 192	264 485	298 672	226 879	179 406
solde compte 491 : provisions pour créances douteuses	157 212	159 431	159 488	150 000	200 000
pertes sur créances irrécouvrables – comptes 6541 et 6542	21 984	67 781	49 942	259 613	168 292

Source : comptes financiers

Le montant des provisions pour créances douteuses a été insuffisant en comparaison du solde des créances contentieuses de 2014 à 2017. En 2018, le montant des provisions est supérieur au solde des créances contentieuses.

Le montant des pertes sur créances irrécouvrables a considérablement augmenté en 2017 en comparaison des années précédentes. En 2017 et 2018, la reprise de la totalité du montant de la provision constituée au 31 décembre de l'année précédente est insuffisante pour financer le montant des pertes sur créances irrécouvrables.

Au vu des certificats administratifs produits pour justifier du montant de ces provisions, il n'existe pas de méthodologie mise en œuvre par le CHS de Jury en coordination avec le comptable, fondée sur l'ancienneté des créances ou sur une méthode statistique, pour déterminer le montant des dotations à ces provisions.

La chambre relève l'absence de formalisation des relations avec les services du comptable dans le cadre d'une convention de service²⁵ actualisée, celle de 2006 étant obsolète.

Recommandation n° 2 : Evaluer et comptabiliser la provision pour dépréciation des créances à partir d'une analyse conjointe des taux de non recouvrement avec le comptable public.

6.3 Les flux financiers entre les différents budgets

6.3.1 Les relations inter-budgets

Le montant des remboursements des budgets annexes vers le budget principal s'accroît sur la période du fait de l'ouverture d'un budget annexe pour la MAS en 2017 et de l'évolution des modalités de calcul des remboursements de charges communes par référence au coût moyen d'un ETPR de catégorie B à compter de 2018.

²⁵ Une convention de partenariat hospitalier entre le CHS de Jury et la trésorerie hospitalière en date du 4 décembre 2006 a été transmise par les services de l'ordonnateur, mais elle n'a pas été actualisée depuis sa conclusion.

Tableau 9 : Remboursements des budgets annexes au budget principal de 2014 à 2018

en euros au 31 décembre	2014	2015	2016	2017	2018
rembrst budget C IFSI*	85 216	89 794	90 218	0	0
rembrst budget P CSAPA	29 029	28 670	51 183	42 465	90 620
rembrst budget Z UDE autisme	29 403	30 133	58 369	21 447	83 097
rembrst budget S MAS				2 511 188	581 924
budget H – compte 7087 rembrst frais CRPA	143 650	148 597	199 772	2 575 101	755 642

Source : comptes financiers

* fermeture du budget annexe C « école paramédicale IFSI » au 31 décembre 2016²⁶

L'autorisation de l'ARS Grand Est pour la création de la MAS est effective à compter du 1^{er} janvier 2017. Le montant du remboursement du budget correspondant au budget principal pour 2017 est exceptionnel et représente plus de 86 % des charges annuelles de ce budget annexe.

Sur 2017, c'est le budget principal (H) qui supporte les charges :

- pour la période de janvier à novembre, des dépenses de personnel, notamment en raison d'un retard dans la configuration du logiciel de paie ;
- pour la période de janvier à décembre des charges diverses de gestion courante pour 1,2 M€.

Pour 2018, la contribution de la MAS au budget principal s'élève à 581 924 € et comprend principalement des achats stockés et des frais d'exploitation courante (alimentation, blanchissage, autres charges diverses de gestion).

En l'absence de comptabilité analytique et de comptages différenciés sur les différents bâtiments permettant d'isoler les charges correspondantes, les modalités de détermination du remboursement du budget annexe MAS se fondent principalement sur la part des surfaces occupées par la MAS sur l'ensemble des surfaces du site de Jury pour les charges générales (eau, chauffage, électricité, téléphone, affranchissement...).

Concernant les autres budgets annexes : P « CSAPA » et Z « UDE autisme », les modalités de remboursement ont évolué afin de tenir compte de manière plus exhaustive de l'ensemble des frais supportés par le budget principal pour les budgets annexes.

Cependant le remboursement effectué par le budget Z « UDE autisme » n'a pris en compte les dépenses au titre des personnels médicaux que pour l'année 2016 (pour 26 459 €), alors que certains des praticiens concernés (pôle 3) sont encore présents dans l'établissement en 2017 et 2018.

Comme déjà expliqué au paragraphe 5.1 – les comptes de résultats d'exploitation analytique (rappel du droit n° 4), la chambre demande à l'ordonnateur de mettre en place une comptabilité analytique afin de fiabiliser les montants des flux financiers des budgets annexes vers le budget principal.

Il ne peut y avoir de subventions d'équilibres entre budgets principal et annexes. Les seuls flux financiers doivent être des remboursements de frais, ce qui nécessite une traçabilité des opérations croisées afin de garantir la fiabilité des flux financiers et donc des charges imputées et des résultats de chaque budget.

²⁶ Le budget annexe C « écoles paramédicale IFSI » est encore présent au compte financier 2017 pour l'enregistrement d'opérations de clôture du budget annexe.

6.3.2 Les charges de la direction commune

La convention de direction commune conclue le 24 octobre 2014 (pour la période 2015 à 2019) entre les CHS de Lorquin et de Jury prévoit en son article 4 que des clés de répartition des dépenses devaient être arrêtées par le directeur.

Il n'existe pas de flux financier entre les deux établissements pour la mise en œuvre de la convention de direction commune sauf en ce qui concerne la situation des directeurs-adjoints non titulaires. Pour ces derniers, des conventions de mise à disposition ont été conclues²⁷.

Des clés de répartition ont été arrêtées en décembre 2019 à la suite d'une demande de la chambre qui avait constaté leur absence dans la convention initiale.

Tableau 10 : Remboursement des charges de direction commune entre les CHS de Lorquin et de Jury depuis le 1^{er} janvier 2015

Direction	Etablissement qui supporte la charge	Fonction	Statut	Mise à disposition	Remboursement	Période
Directeur	Lorquin	Directeur	titulaire		Non	depuis le 01/01/2015
DRH	Lorquin	Directeur adjoint RH	titulaire		Non	depuis le 01/01/2015
Affaires générales	Jury	Directeur adjoint affaires générales	titulaire		Non	depuis le 01/01/2015
Services économiques	Jury	Directeur adjoint services économiques	titulaire		Non	depuis le 01/02/2015
Logistique	Lorquin	Directeur adjoint services logistiques et techniques	contractuel	du CHS de Lorquin vers CHS de Jury pour 50 %	Oui	depuis le 01/11/2017
Secteur médico-social puis instances	Jury	Directeur adjoint structures médico-sociales puis instances	titulaire		Non	du 01/05/2016 au 31/12/2018
Finances	Lorquin	Directeur adjoint Finances	contractuel	du CHS de Lorquin vers CHS de Jury pour 40 %	Oui	du 01/01/2015 au 12/04/2018
Finances	Lorquin	Directeur adjoint Finances	titulaire		Non	du 01/03/2018 au 28/02/2019
Direction des soins	Jury	Directeur des soins - coordinateur général des soins	titulaire		Non	du 01/01/2015 au 31/05/2015
Direction des soins	Jury	Directeur des soins - coordinateur général des soins et délégué RH depuis octobre 2018	titulaire		Non	depuis le 01/06/2015

Source : organigrammes et actes administratifs

Pour l'ensemble des postes de la direction commune, le CHS de Jury supporte sur toute la période plus de postes que le CHS de Lorquin. Un poste de directeur-adjoint chargé du secteur médico-social est même intégralement supporté par le CHS de Jury alors que l'intéressé intervient exclusivement sur le CHS de Lorquin (cf. 4.1. la direction commune avec le CHS de Lorquin).

Pour ce qui concerne les directeurs titulaires (directeur et directeurs-adjoints), cette situation révèle un manque de fiabilité dans l'imputation des dépenses puisqu'il n'existe pas de remboursement correspondant à la réalité du temps de travail effectué par chaque directeur. La charge des postes de direction commune est déséquilibrée au détriment du CHS de Jury.

²⁷ Directeur-adjoint en charge des finances pour la période du 1^{er} septembre 2014 au 12 avril 2018 ; directeur-adjoint en charge des services techniques et logistiques depuis le 1^{er} novembre 2017.

L'ordonnateur a expliqué que la clé de répartition historique avait été conservée soit cinq postes de direction financés par le CH de Jury et quatre par celui de Lorquin. Or les chiffres indiqués par l'ordonnateur correspondent aux postes initiaux de chacun des établissements avant la mise en place de la direction commune en octobre 2014. Ils ne peuvent donc correspondre à la clé de répartition qui n'a été fixée qu'en décembre 2019.

6.4 Le respect des principes d'annualité et d'indépendance des exercices

L'instruction comptable M 21 rappelle le principe d'indépendance des exercices. La comptabilité doit être une image fidèle de l'activité de l'organisme au titre de l'année civile et elle vise à faire apparaître dans le résultat de l'exercice l'ensemble des charges et produits qui s'y rapportent. Elle comprend toutes les opérations relatives à l'exercice concerné dans le respect du principe d'annualité en s'appuyant sur les procédures de rattachements des charges et des produits à l'exercice.

6.4.1 Le rattachement des charges

Le montant global des charges rattachées à l'exercice diminue légèrement sur la période. S'agissant des charges de personnel, le montant le plus important concerne le solde de la prime de service. Cette prime, liée à la manière de servir et au présentisme des agents titulaires et stagiaires de l'établissement, est versée en deux fois par un acompte en novembre N et un solde en février N+1. Ce dernier est bien comptabilisé au compte 4281 et fait donc l'objet d'un rattachement à l'exercice considéré, sauf en 2017.

Tableau 11 : Evolution des rattachements de charges à l'exercice, budget consolidé, de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
c. 408 - fournisseurs factures non parvenues	152 158	139 480	160 222	271 186	188 341
comptes de charges d'exploitation (c. 60-61-62)	8 308 600	8 037 017	8 266 261	10 609 913	8 457 660
taux de rattachement des charges d'exploitation	1,8 %	1,7 %	1,9 %	2,6 %	2,2 %
c. 4281 - prime de service à répartir	728 660	738 300	796 093	13 925	639 805
c. 4286 - personnel autres charges à payer	55 000	5 300	8 404	0	0
c. 4386 - organismes sociaux autres charges à payer	187 714	55 348	52 991	52 756	42 264
c. 4482 - charges fiscales sur congés à payer				108 874	0
c. 4486 - Etat autres charges à payer	69 760	209 800	131 355	196 893	152 530
comptes de rémunération du personnel et de charges consolidés	40 122 477	39 953 084	41 405 102	40 696 743	40 137 075
taux de rattachement sur charges de personnel	2,6 %	2,5 %	2,4 %	0,6 %	2,1 %
c. 4686 - divers charges à payer	112 018	139 792	74 029	28 120	130 990
total des charges rattachées	1 305 310	1 288 020	1 223 095	671 754	1 153 930

Source : comptes financiers

Le solde de la prime de service n'est pas rattaché à l'exercice 2017 pour le budget principal du fait de l'insuffisance des crédits disponibles au chapitre limitatif 6411. Cela provient de la prise en charge par le budget principal de la rémunération des personnels de la MAS jusqu'en novembre 2017 compris. Les crédits des chapitres de dépenses salariales sont limitatifs et n'ont pu être ajustés en conséquence.

L'établissement étant dans l'impossibilité de rattacher la charge du solde de la prime de service à 2017, il a constitué une provision pour charges à hauteur de 842 200 €. Cette provision n'est pas conforme à l'instruction comptable M 21.

Après prise en compte du solde 2017 versé en février 2018 et imputée à l'article 67218, le montant global de la prime de service 2017 du budget principal est sensiblement le même qu'en 2016. Par ailleurs, après exclusion des charges de personnel relatives à la MAS et imputées en 2017 au chapitre 6411 du budget principal, le montant des crédits disponibles est dans tous les cas insuffisant pour permettre le rattachement de l'intégralité du solde de la prime de service à l'exercice 2017.

Tableau 12 : Evolution de la prime de service du budget principal de 2016 à 2018

en euros au 31 décembre	2016			2017			2018		
	prévisions totales	total des réalisations	taux de réalisa- tion	prévisions totales	total des réalisations	taux de réalisa- tion	prévisions totales	total des réalisations	taux de réalisa- tion
Chapitre 6411 - personnel titulaire et stagiaire	21 318 371	20 678 046	97,0 %	20 200 813	19 900 864	98,5 %	20 096 465	19 987 429	99,5 %
dont ch. 6411 charges relatives à la MAS budget S					411 778				
dont c. 64113 - prime de service		1 168 688			404 034			1 138 052	
c. 67218 - solde prime de service versé en 2018					759 015				
prime de service 2017					1 163 048				
reconstitution charges 2017 du ch. 6411					20 248 101				

Source : comptes financiers

La chambre relève un manque d'anticipation dans l'ajustement des autorisations de crédits limitatifs. La provision constituée fin 2017 n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

6.4.2 Les reports de charges

L'instruction comptable M 21 indique que le compte 672 (dans ses subdivisions « autres ») enregistre les charges sur exercices antérieurs qui n'auraient pas fait l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent. L'utilisation de ce compte de report de charges doit rester limitée²⁸.

²⁸ L'indicateur R45 du tableau de bord financier des établissements publics de santé mesure les « charges reportées », au sens comptable, d'un exercice sur l'autre sans crédits budgétaires correspondants. Cet indicateur doit de façon communément admise se situer en-deçà de 0,2 %. Ce taux est considéré comme traduisant des difficultés s'il est supérieur à 0,2 % et qualifié de « technique » en dessous, conformément au guide de présentation des indicateurs financiers des établissements publics de santé (EPS) établi par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS) et la direction générale des finances publiques (DGFIP) : cf. page 25.

Tableau 13 : Evolution des charges reportées de 2014 à 2018 (budget consolidé)

en euros au 31 décembre	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
c. 67218 - charges de personnel	6 223	11 207	1 152	88 283	853 156	13 610,8 %
c. 67228 - charges à caractère médical	6 574	11 544	915	22 111	2 503	- 61,9 %
c. 67238 - charges à caractère hôtelier	64 521	21 691	81 265	62 683	267 901	315,2 %
c. 6728 – autres charges	39 972	81 131	991 226	44 498	13 350	- 66,6 %
c. 672 - total général	117 289	125 572	1 074 558	217 575	1 136 910	869,3 %
charges courantes générales	48 997 296	48 594 617	51 207 134	52 193 606	50 548 828	3,2 %
proportion des charges courantes générales	0,2 %	0,3 %	2,1 %	0,4 %	2,3 %	

Source : *comptes financiers*

Les mouvements sur ce compte sont particulièrement importants au titre des exercices 2016 et 2018. Ils concernent principalement trois opérations, URSSAF en 2016, versement du solde de la prime de service en 2018, redevance de loyer pour les locaux du CAC-SPUL en 2018 :

- en 2016, le compte 6728 du budget principal enregistre cinq mandats au bénéfice de l'URSSAF²⁹ de la Moselle pour un montant total de 943 808 € en règlement de la cotisation transport de 2011 à 2015 et les majorations correspondantes. Parallèlement, l'établissement a procédé à la reprise du solde de la provision constituée concernant le contentieux avec l'URSSAF, soit 555 398 €. Aussi, le solde de la provision est insuffisant et l'établissement supporte un reste à charge net de 388 410 € en 2016 ;
- en 2018, le compte 67218 du budget principal enregistre notamment le versement du solde de la prime de service 2017 pour un montant de 759 014 €, ainsi que le versement au CHS de Lorquin relatif à la mise à disposition du directeur-adjoint chargé des finances à raison de 40 % pour l'ensemble de l'année 2017 ;
- en 2018, le compte 67238 du budget principal comprend notamment 161 871 € mandatés au bénéfice du CHR de Metz-Thionville au titre de la régularisation de la redevance/loyer pour les locaux du CAC-SPUL sur le site de Mercy pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2017. Ce mandat fait suite à la conclusion de la convention d'occupation du domaine public du 27 mars 2018 qui fixe un montant de redevance trimestrielle de 22 413 € à compter du déménagement du CAC-SPUL dans les nouveaux locaux du CHR à Mercy le 26 septembre 2012, montant supérieur au montant mandaté par le CHS de Jury depuis la date du déménagement (cf. 3.4.2.1.3. la convention CAC-SPUL).

Diverses autres charges sont également reportées en 2018. Elles correspondent à la participation trimestrielle au budget du GIP Symaris (4^{ème} trimestre 2017 pour 12 555 €), à la contribution 2017 au GHT (7 237 €), à des factures mensuelles de l'Union des groupements d'achats publics (UGAP) pour la location de véhicules (août, septembre, octobre, décembre 2017) et à des interventions réalisées par des fournisseurs fin 2017 dont la facture est reçue par l'établissement début 2018 (pour des montants de 6 816 €, 7 356 € et 3 537 €).

En outre, le compte 672 enregistre des opérations qui sont mal imputées car concernant 2018, soit l'exercice en cours. Il s'agit des frais de locations de véhicules auprès de l'UGAP (mars, mai, août, septembre 2018), prestations réalisées en janvier 2018 (6 000 €).

L'étude des reports de charges montre que le suivi des engagements n'est pas réalisé de manière exhaustive en vue de la détermination des rattachements des charges à l'exercice.

La formalisation d'une procédure interne relative aux rattachements de charges devrait permettre une identification plus complète des charges concernées et limiter l'utilisation injustifiée

²⁹ URSSAF : union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

des reports. Le rôle de la direction des finances en matière de contrôle interne au niveau de l'ensemble des services de l'établissement doit également être développé.

6.4.3 Les reports de produits

L'instruction comptable M 21 précise que le compte 772 regroupe les produits sur exercices antérieurs qui n'ont pas pu être rattachés à ces exercices et les réémissions de titres sur exercices clos, par exemple pour changement de débiteur.

Tableau 14 : Evolution des produits reportés de 2014 à 2018 (budget consolidé)

en euros au 31 décembre	2014	2015	2016	2017	2018
c. 7721 - réémission de titres sur exercices clos	109 530	78 838	181 041	84 146	51 407
c. 7728 - produits sur exercices antérieurs	182 648	119 807	286 125	516 529	453 263
c. 772 - total général	292 178	198 645	467 165	600 674	504 670
produits courants	53 903 462	53 029 915	60 078 697	55 335 535	54 071 835
proportion des produits courants	0,5 %	0,4 %	0,8 %	1,1 %	0,9 %

Source : comptes financiers

Les reports de produits ont chaque année les mêmes objets : le reversement par le CHRU³⁰ des crédits missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) (122 765 € en 2018 au titre de 2017), le remboursement effectué par le fonds pour l'emploi hospitalier au titre du dernier trimestre de l'exercice (43 114 € au titre du dernier trimestre 2017), le solde de la convention conclue avec le conseil départemental pour l'accompagnement des publics fragilisés dans le domaine de la santé mentale (27 160 € au titre de la convention 2017-263), la redevance due par un médecin au titre de l'activité libérale (4 955 € au titre de 2017), des dossiers ANFH (association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier) au titre de la formation professionnelle (98 170 € en 2018 au titre du dernier trimestre 2017).

L'étude des sommes imputées à l'article 7728 montre que l'établissement ne procède pas à l'évaluation ni au rattachement des produits autres que ceux de la tarification à l'activité (clinique des addictions).

La chambre invite l'établissement à améliorer le suivi des produits afin de limiter leur comptabilisation tardive en produits sur exercices antérieurs.

6.5 Les régies

Six régies ont été instituées au sein de l'établissement : trois d'avances et trois de recettes. Elles concernent la cafétéria, les dépôts des patients et les opérations diverses (dont la restauration des personnels).

Le fonctionnement de l'ensemble des régies a été vérifié par le comptable au cours des dernières années³¹. En revanche, il n'y a eu aucun contrôle par l'ordonnateur, excepté sur les pièces produites pour justifier les opérations budgétaires en dépenses et en recettes.

6.5.1 La régie de recettes de la cafétéria

Elle est la plus importante en chiffre d'affaires (plus de 80 000 € de recettes annuelles). Chaque patient doit disposer d'une carte rechargeable pour payer les boissons ou friandises.

³⁰ CHRU : centre hospitalier régional universitaire.

³¹ Au titre de 2018, vérification de la régie d'avance cafétéria, de la régie de recettes cafétéria, de la régie d'avance patients et de la régie de recettes patients.

Sur la période sous contrôle, il n'existe pas de décision fixant les tarifs des fournitures vendues à la cafétéria ni de décision relative à la fourniture à titre gracieux de prestations au profit des personnels qui la gèrent (cafés gratuits).

L'ordonnateur a précisé que les prix de vente étaient actualisés annuellement en fonction du coût d'achat des produits auprès des fournisseurs et a fourni un fichier de recensement des prix de vente pour chaque année de 2014 à 2020. Cependant, en l'absence de décision fixant les tarifs, il ne peut y avoir de vérification des prix appliqués, notamment par rapport au coût d'achat des biens. La perception des recettes dans le cadre de la cafétéria ne repose sur aucun acte tarifaire pris par l'ordonnateur.

Suite aux demandes de la chambre, le CHS de Jury a procédé à une régularisation en prenant une décision tarifaire à compter de l'année 2020.

6.5.2 Les régies d'avance et de recettes des opérations diverses

Les actes d'institution de la régie de recettes diverses et de la régie d'avance pour les dépenses diverses datent de 1972 et 1973. Ils ont été modifiés à de nombreuses reprises.

La régie de recettes diverses enregistre principalement l'encaissement des sommes créditées par les personnels de l'établissement et autres personnes extérieures pour accéder au restaurant administratif de l'hôpital.

La régie d'avance pour les dépenses diverses prend en charge un peu plus de 2 000 € par mois³². Il s'agit principalement de dépenses d'affranchissement pour les structures extrahospitalières, de remboursements des frais de stationnement et de péage pour les agents hospitaliers, ainsi que des dépenses lors des sorties et déplacements organisés avec les patients. Le volume d'opérations traitées est limité par rapport au nombre de structures extrahospitalières dépendant du CHS de Jury car des cartes d'achat sont mises à disposition de certains agents (cadres de santé ou personnels administratifs).

6.5.3 Les régies patients

Ces régies ont été créées en 1997. Elles permettent :

- la prise en compte des ressources dont disposent les patients placés sous la responsabilité de mandataires judiciaires à la protection des majeurs lors de leur entrée dans l'établissement ;
- le remboursement aux patients de leurs dépôts lors de leur sortie ;
- le retrait pour le compte des malades par procuration ou par le gérant de tutelle pour ses protégés.

Les contrôles effectués ont relevé qu'un cautionnement distinct pour chacune des régies devait être mis en place. La démarche a été engagée auprès de l'association française de cautionnement mutuel (AFCM) mais elle n'a pas abouti à ce jour.

6.6 La taxe sur la valeur ajoutée (TVA)

Les établissements publics de santé (EPS) sont placés hors du champ d'application de la TVA au titre de leurs activités liées à l'hospitalisation et aux soins médicaux ainsi que pour les opérations qui leur sont étroitement liées.

³² Soit 26 612 € en 2018.

6.6.1 La réglementation

La circulaire DH/AF3/2000 n° 280 du 25 mai 2000 relative à l'assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée de certaines prestations offertes par les établissements de santé, précise que les redevances versées par les médecins intervenant dans les établissements de santé publics sont soumises à la TVA (suite à l'instruction fiscale n° 48 du 5 mars 1999).

La circulaire DHOS/F 4 n° 2001-180 du 5 avril 2001 relative à l'assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée des recettes provenant de la fourniture des repas dans les cantines des établissements de santé fait suite à la publication du décret n° 2001-237 du 20 mars 2001 relatif aux conditions d'application du taux réduit de la taxe sur la valeur ajoutée aux recettes provenant de la fourniture des repas dans les cantines d'entreprises (article 279, a bis du code général des impôts). Elle rappelle l'obligation de tenir une comptabilité distincte permettant de faire apparaître clairement l'ensemble des charges et des produits. La tenue d'une comptabilité analytique est préconisée.

Certaines activités, en raison de leur nature concurrentielle, entrent donc dans le champ d'application de la TVA comme :

- la fourniture de médicaments par les officines des hôpitaux ;
- les services que l'EPS offre contre rémunération à ses patients ou à des tiers : ligne téléphonique, téléviseurs, blanchisserie, etc. ;
- la vente de biens ne participant aux traitements des patients : librairie, papeterie, etc. ;
- les repas servis au personnel salarié ou à d'autres personnes, à l'exception des accompagnants à but thérapeutique de malades ;
- les sommes versées par les praticiens et auxiliaires qui exercent leur activité au sein de l'EPS à titre libéral (loyers, redevances, etc.).

L'établissement peut bénéficier de la franchise en base de TVA prévue à l'article 293 B du code général des impôts (CGI), si les recettes générées par l'activité ne dépassent pas un certain plafond. Les conditions cumulatives relatives à ce plafond sont fixées depuis le décret n° 2017-698 du 2 mai 2017 portant incorporation au CGI de divers textes modifiant et complétant certaines dispositions de ce code :

- concernant le chiffre d'affaires : a) 82 800 € l'année civile précédente ; b) ou 91 000 € l'année civile précédente, lorsque le chiffre d'affaires de la pénultième année n'a pas excédé le montant mentionné au a ;
- concernant le chiffre d'affaires afférent à des prestations de service, hors ventes à consommer sur place et prestations d'hébergement : a) 33 200 € l'année civile précédente ; b) ou 35 200 € l'année civile précédente, lorsque la pénultième année il n'a pas excédé le montant mentionné au a.

L'article 293 B du CGI précise que la franchise cesse de s'appliquer aux assujettis dont le chiffre d'affaires de l'année en cours dépasse le montant mentionné de 91 000 € ou à ceux dont le chiffre d'affaires de l'année en cours afférent à des prestations de services, hors vente à consommer sur place et prestations d'hébergement, dépasse le montant mentionné de 35 200 €.

6.6.2 Le chiffre d'affaires pour le CHS de Jury

Le chiffre d'affaires réalisé par le CHS de Jury au titre des prestations concernées dépasse le plafond fixé par l'article 293 B du CGI. L'établissement ne peut donc pas prétendre au bénéfice de la franchise de TVA au vu du dépassement des plafonds fixés par le CGI.

Tableau 15 : Evolution du chiffre d'affaires des prestations de services (activités subsidiaires, hors redevance de l'activité libérale) de 2014 à 2018

en euros au 31 décembre	2014	2015	2016	2017	2018
c. 70812 - repas	64 727	64 100	39 280	37 300	36 443
c. 70823 - téléphone	3 252	508	392	380	420
c. 70828 - autres produits (cafétéria)		69 052	77 066	93 891	81 983
c. 70888 - autres produits d'activité	81 947	11 434	1 356	635	634
Total	149 927	145 095	118 095	132 207	119 481

Source : comptes financiers

Pour 2014, il n'y a pas de recette au compte 70828 car le produit des recettes de la cafeteria est imputé au compte 70888.

La baisse des recettes constatée au compte 70812 à partir de 2016 est due au transfert de l'IFSI au CHR de Metz-Thionville.

6.6.3 Les tarifs pratiqués

Les tarifs du restaurant du personnel sont arrêtés chaque année :

- des tarifs individualisés par prestation sont établis pour le personnel de l'établissement, la somme des tarifs des composantes d'un plateau repas de référence correspondant à un montant de 4,40 € pour 2019 ;
- des tarifs forfaitaires de 4,40 € et 7,50 € sont fixés pour 2019 : le tarif de 4,40 € « forfait entreprise » est réservé aux entreprises qui travaillent régulièrement sur le site du CHS de Jury alors que le tarif de 7,50 € correspond au tarif pour les extérieurs (visiteur, formation continue, entreprises). La détermination des usagers qui peuvent prétendre au tarif de 4,40 € « forfait entreprise » n'est pas définie précisément.

Lors du contrôle de la chambre, les services de l'ordonnateur n'ont pas été en mesure de justifier l'application d'un tarif identique pour ses personnels et pour les entreprises extérieures. Aucune convention ne prévoit l'accès au restaurant administratif pour les personnels d'entreprises.

L'ordonnateur a expliqué cette situation en précisant que peu d'entreprises en bénéficiaient. Mais la chambre s'interroge sur l'application du tarif pour ses personnels, censé inclure un coût social, au bénéfice d'extérieurs. Faisant suite à la demande de la chambre, le CHS de Jury a supprimé le tarif « forfait entreprise » à compter de 2020.

Les tarifs arrêtés ne mentionnent pas la subvention versée par l'établissement au profit de ses agents pour chaque repas consommé au restaurant administratif qui devrait correspondre à la différence entre le tarif payé par l'agent et le coût de confection d'un repas.

La chambre relève que l'ordonnateur ne connaît pas le coût de revient de la fabrication d'un repas par la cuisine centrale du CHS et s'interroge sur la fixation des différents tarifs en l'absence de comptabilité analytique.

6.6.4 L'application de la TVA

Il n'y a pas d'application de la TVA au CHS de Jury :

- sur les tarifs de restauration des personnels et des extérieurs ;
- sur les ventes réalisées dans le cadre de la cafétéria alors que ces prestations fournies aux patients ne peuvent pas être considérées comme étroitement liées à l'hospitalisation et aux soins. Elles n'entrent pas dans le champ de l'exonération de l'application à la TVA ;
- sur la redevance au titre de l'activité libérale reversée par le praticien concerné (cf. 8.3.5. l'activité libérale).

L'hôpital ne peut bénéficier d'aucune franchise du fait du dépassement du plafond du chiffre d'affaires compte tenu du cumul des opérations relatives aux prestations subsidiaires (cafétéria, repas et redevance pour l'activité libérale notamment) qui ne permet pas au CHS de Jury de bénéficier d'une quelconque exonération d'application de la TVA.

A la faveur du contrôle de la chambre, le directeur de l'EPSM de Jury a engagé auprès des services des impôts, une procédure de régularisation de la TVA.

7. L'ANALYSE FINANCIERE

Le budget du CHS de Jury se compose du budget principal et jusqu'en 2016 de trois budgets annexes : l'école de formation paramédicale, le centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) Baudelaire et l'autisme.

En 2017, un budget annexe a été créé pour la maison d'accueil spécialisé (MAS) et celui du CSST est devenu le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Baudelaire-Thionville.

Le budget annexe des écoles a été supprimé en 2018, le CHS n'ayant plus d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Tableau 16 : Part des différents budgets

Libellé budgets	Total Produits 2018 (en euros)	Part du total
Budget principal (H)	52 217 592	92 %
Budget annexe CSAPA Baudelaire-Thionville (P0)	891 376	1,6 %
Budget annexe Autisme (P1)	192 463	0,4 %
Budget annexe MAS (P3)	3 140 639	6 %
Total consolidé	56 442 070	100 %

Source : comptes financiers

Le budget principal et tous les budgets annexes sont régis par l'instruction comptable M 21 qui définit les règles de comptabilité générale applicables aux établissements publics de santé.

L'analyse financière est réalisée à partir des données des comptes financiers, sous réserve des retraitements comptables qui devraient être effectués compte tenu des irrégularités constatées en fiabilité des comptes³³.

7.1 Les résultats

Tableau 17 : Evolution des résultats de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
résultat budget principal	69 509	59 140	68 602	45 140	7 899
résultat budget CSAPA Baudelaire-Thionville	- 11 551	23 027	17 317	1 457	0
résultat budget Autisme	- 18 473	- 8 150	0	1 628	0
résultat budget Ecole de formation	- 14 103	- 146 380	271 503	0	0
résultat budget MAS				0	0
résultat général	25 382	- 72 363	357 422	48 225	7 899

Source : comptes financiers

Le CHS de Jury disposait jusqu'au 31 août 2016 d'une autorisation d'activité pour son institut de formation de soins infirmiers (IFSI). En septembre 2016, ce dernier a été transféré vers une nouvelle structure regroupant les IFSI du CHR de Metz-Thionville et du CHS de Jury.

³³ Notamment en matière de provisions (cf. 6.2.1. les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations et 6.2.2. les provisions pour risques et charges).

En 2018, tous les budgets annexes ont un résultat nul. Cette situation comptable est le fruit d'une politique délibérée de l'hôpital de ne pas afficher d'excédent sur ces budgets. Pour équilibrer les dépenses et les recettes, des dotations aux provisions non justifiées sont constituées (cf. 6.2.1. les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations et 6.2.2.3. les autres provisions pour charges) et des transferts de charges non justifiées par une comptabilité analytique.

7.2 L'évolution des recettes et des dépenses d'exploitation du budget principal

7.2.1 Les recettes

Tableau 18 : Evolution des recettes de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	46 833 642	45 794 676	52 636 058	44 615 145	44 601 414	- 4,8 %
titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	3 038 529	3 707 839	3 810 201	3 180 408	3 045 950	0,2 %
titre 3 : autres produits	3 223 490	2 813 458	2 750 038	5 171 566	4 570 228	41,8 %
total des produits	53 095 661	52 315 973	59 196 297	52 967 119	52 217 592	- 1,7 %

Source : comptes financiers

Le total des produits diminue de 1,7 % sur la période.

En 2016, l'augmentation de 6,8 M€ par rapport à 2015 est due au versement d'une aide à l'investissement de 7 M€. L'établissement bénéficiait déjà d'une telle aide en 2014 à hauteur de 1,5 M€.

Ces aides correspondent à des crédits non reconductibles accordés à l'établissement dans le cadre du projet de réorganisation des soins psychiatriques dans le département de la Moselle. Ce projet prévoit la restructuration du site de Jury ainsi que la construction de bâtiments sur celui de Mercy et d'un centre de consultations et de soins à Metz-Queuleu (cf. 7.5.2.2. le plan de santé mentale en Moselle et les projets immobiliers).

7.2.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

Le titre 1 est constitué des produits versés par l'assurance maladie. En 2018 ils représentent 85 % du montant des recettes totales. La dotation annuelle de financement (DAF) est la principale ressource de l'établissement (97 % du titre 1).

Tableau 19 : Produits versés par l'assurance maladie (titre 1) de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
tarification des groupes homogènes de séjours (GHS) ³⁴			982 528	870 837	869 486	
dotation annuelle de financement (DAF)	46 833 642	45 657 476	51 602 011	43 315 558	43 441 498	- 7,2 %
<i>dont crédits non reconductibles</i>	<i>1 500 000</i>		<i>5 000 000</i>			
missions d'intérêt général et aides à la contractualisation			25 269		25 009	
prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique						
fonds d'intervention régional (FIR)		137 200	26 250	428 750	265 421	
produits sur exercices antérieurs						
total titre 1	46 833 642	45 794 676	52 636 058	44 615 145	44 601 414	- 4,8 %

Source : comptes financiers

Sur la période en examen le total des recettes du titre 1 baisse de 4,8 %. La DAF diminue de 7,2 % sur le budget principal mais depuis 2017, des crédits DAF sont transférés vers le budget annexe MAS (2,8 M€). Des lits de psychiatrie générale sont redéployés vers une structure médico-sociale (MAS)³⁵.

³⁴ Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le groupe homogène de séjours (GHS) correspond au tarif du groupe homogène de malades (GHM).

³⁵ Les modalités de l'opération sont prévues par la circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C n° 2012-85 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs sanitaires et médico-sociaux.

En 2015, les recettes correspondant au fonds d'intervention régional (FIR) viennent abonder les produits du titre 1. Elles étaient précédemment comptabilisées en autres produits (titre 3).

A partir de 2016, les recettes de la tarification des GHS (T2A), liées à l'ouverture de la clinique des addictions avec dix lits d'hospitalisation, viennent compléter les recettes du titre 1.

En 2017, des crédits du FIR sont perçus pour financer notamment le fonctionnement de la maison des adolescents (250 750 €), une équipe mobile de pédopsychiatrie et une maison éducative thérapeutique (108 000 €). De même en 2018, l'établissement s'est vu attribuer 211 000 € pour la prise en charge des adolescents.

7.2.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

Les produits du titre 2 correspondent aux tarifs des prestations hospitalières non prises en charge par l'assurance maladie, facturées aux patients ou aux organismes complémentaires, aux patients étrangers et au produit des prestations servies au titre de l'aide médicale d'Etat (AME).

Le directeur de l'établissement propose les tarifs journaliers de prestations calculés selon les modalités précisées par l'article R. 6145-22 du code de la santé publique.

Tableau 20 : Evolution des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
soins de suite et de réadaptation	134 463	133 767				
médecine et spécialités médicales			236 965	391 224	341 460	
lutte contre les maladies mentales	1 161 582	1 486 628	650 778	588 003	627 190	- 46 %
hospitalisation de jour	172 940	134 920	3 880	5 640	8 280	- 95,2 %
hospitalisation de nuit	2 400	6 000	2 880	2 160	4 920	105 %
forfait journalier MCO			57 582	54 234	57 720	
forfaits journaliers psychiatrie	1 556 766	1 546 668	1 506 546	1 405 849	1 326 510	- 14,8 %
produits prest conventions internationales	10 378	252 799	862 479	477 947	467 075	
produits prestations AME		147 057	489 091	255 351	212 795	
total titre 2	3 038 529	3 707 839	3 810 201	3 180 408	3 045 950	0,2 %

Source : comptes financiers

Les produits du titre 2 augmentent de 25 % de 2014 à 2016. Cette hausse est principalement due à une forte progression des remboursements des patients étrangers et des patients bénéficiant de l'aide médicale d'Etat (AME).

En 2014 et 2015, l'établissement enregistre des produits en soins de suite et de réadaptation (SSR), or le CHS de Jury n'a pas de SSR. Il s'agit d'erreurs d'imputation. A partir de 2017, les recettes de titre 2 diminuent avec le transfert des prestations sur le budget annexe de la MAS et la fermeture de lits en hospitalisation complète.

7.2.1.3 Les autres produits (titre 3)

Tableau 21 : Evolution des autres produits (titre 3) de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
remboursement de charges de personnel	930 327	1 494 242	768 021	610 943	369 754	- 60,3 %
variation des stocks	203 411	243 136	227 103	207 334	182 138	- 10,5 %
ventes de produits fabriqués	159 168	163 716	180 679	255 820	428 601	169,3 %
remboursement frais des budgets annexes	143 650	148 598	199 772	2 575 101	755 643	426 %
subventions exploitations	219 885	134 293	145 691	134 402	156 150	- 29 %
autres produits de gestion courantes	387 135	83 572	69 464	113 178	428 164	10,6 %
produits exceptionnels	437 620	324 707	553 967	687 944	627 335	43,4 %
reprise sur amortissement et provisions	742 294	221 194	605 341	586 844	1 622 443	118,6 %
total titre 3	3 223 490	2 813 458	2 750 038	5 171 566	4 570 228	41,8 %

Source : comptes financiers

La diminution des subventions d'exploitations à partir de 2015 s'explique par la comptabilisation au titre 1 du fonds d'intervention régional (FIR ; voir supra).

Sur la période, le titre 3 progresse de 41,8 %. Cette augmentation est due en 2017 et dans une moindre mesure en 2018, à une hausse importante des remboursements des budgets annexes et principalement du budget annexe MAS.

En 2018, le montant élevé des reprises de provisions effectuées à titre de régularisation (provisions n'ayant plus lieu d'être maintenues et provision irrégulièrement constituée pour payer le solde de la prime de service 2017 pour 842 200 €) contribue également à l'augmentation des produits du titre 3 (cf. 6.4.1. le rattachement des charges).

7.2.2 Les dépenses

Sur la période en examen, la baisse des dépenses d'exploitation est de 1,5 % alors que dans le même temps, celle des recettes est de 1,7 %.

Tableau 22 : Evolution des dépenses par titre de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
titre 1 : charges de personnel	39 209 412	39 395 574	40 766 678	40 484 221	38 835 559	- 1,0 %
titre 2 : charges à caractère médical	901 584	946 294	1 000 491	1 013 662	877 278	- 2,70 %
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6 967 004	6 850 903	7 198 272	7 430 882	7 027 540	0,9 %
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	5 948 152	5 064 062	10 162 254	3 993 214	5 469 316	- 8,1 %
Total des charges	53 026 152	52 256 833	59 127 695	52 921 979	52 209 693	- 1,5 %

Source : comptes financiers

La configuration du site éclaté sur une grande superficie et la vétusté des bâtiments et installations entraînent d'importantes charges d'exploitation rigides.

7.2.2.1 Les charges de personnel (titre 1)

Les charges de personnel représentent 74,4 % du total des charges d'exploitation du budget principal.

Sur la période, elles restent quasiment stables alors qu'il est constaté une baisse du nombre de lits d'hospitalisation.

L'évolution est différenciée selon la catégorie de personnel concernée (médical ou non médical).

Tableau 23 : Evolution des charges de personnel (budget H) de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	évolution
charges de personnel	39 209 412	39 395 574	40 766 678	40 484 221	38 835 559	- 1 %
dont rémunération du personnel médical c. 642	2 960 825	3 222 206	3 604 838	3 744 490	3 724 102	25,8 %
dont rémunération du personnel non médical c. 641	21 291 932	20 912 709	22 042 504	21 380 268	20 923 321	- 1,7 %
dont personnel extérieur à l'établissement y compris les mises à disposition	413 365	296 979	235 342	227 453	407 900	- 1,3 %

Source : comptes financiers

La rémunération du personnel médical (hors charges sociales) progresse de 763 277 €, soit + 25,8 %. Les effectifs passent de 34,74 ETPR au 31 décembre 2014 à 41,85 ETPR au 31 décembre 2018, soit + 20,5 %.

La rémunération du personnel non médical (hors charges sociales) baisse de 368 611 €, soit - 1,7 %. Les effectifs du personnel non médical s'établissent à 693,48 ETP au 31 décembre 2018, contre 719,99 ETPR en 2014 soit - 3,7%.

Les dépenses de personnels extérieurs baissent à partir de 2015 et augmentent en 2018 pour retrouver un niveau presque équivalent à celui de 2014. L'établissement avait fait le choix, en 2015, de ne plus faire appel à des intérimaires pour remplacer les absences et avait mis en place un service infirmier de compensation et de suppléance (SICS) avec 10 ETP. Ce service ainsi que celui de compensation des absences inopinées et de renfort exceptionnel (SCAIRE), formé de 6,5 ETP, a fermé en 2018. L'ordonnateur a indiqué faire de nouveau appel à l'intérim depuis 2020.

Outre la fermeture de ces services de remplacement en 2018, l'augmentation des dépenses de personnels extérieurs résulte de la progression du remboursement des dépenses de mises à disposition de personnels du CHS de Lorquin vers Jury.

Tableau 24 : Evolution des montants des remboursements des mises à disposition de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
c. 6215 – mises à disposition	63 211	120 944	235 151	227 453	407 900

Source : comptes financiers

7.2.2.2 Les charges à caractère médical et pharmaceutiques (titre 2)

Ces charges diminuent de 2,7 %.

Tableau 25 : Evolution des charges à caractère médical et pharmaceutiques de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
produits pharmaceutiques et produits à usage médical	461 341	485 647	446 366	429 192	389 423	- 15,6 %
fournitures, produits finis et petit matériel médical	64 092	63 258	66 906	68 161	68 399	6,7 %
variations des stocks à caractère médical	103 229	77 099	107 095	113 748	87 088	- 15,6 %
fournitures médicales	9 849	16 353	21 252	25 497	12 359	25,5 %
sous-traitance générale	259 902	282 821	314 214	330 160	303 871	16,9 %
locations à caractère médical	1 309	3 991	436	843	374	- 71,4 %
entretiens et réparations de biens à caractère médical	1 862	17 125	44 222	46 061	15 764	746,6 %
total titre 2	901 584	946 294	1 000 491	1 013 662	877 278	- 2,7 %

Source : comptes financiers

En 2018, la baisse des charges à caractère médical (- 136 384 € par rapport à 2017) est due principalement à la diminution des achats de produits pharmaceutiques et à la diminution de la sous-traitance (actes de laboratoires, de radiologie et consultations spécialisées).

Dans le cadre du CAQES, l'établissement s'est engagé à mettre en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires à la promotion de la prescription des produits génériques³⁶.

7.2.2.3 Les charges à caractère hôtelier (titre 3)

Tableau 26 : Evolution des charges du titre 3 de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
achats stockés autres approvisionnement	1 004 013	957 062	1 102 591	993 046	1 000 445	- 0,4 %
variations des stocks	99 084	126 312	136 041	113 356	120 247	21,4 %
achats non stockés matière et fournitures	1 697 075	1 608 002	1 305 202	1 409 806	1 261 588	- 25,7 %
services extérieurs	1 441 321	1 436 738	1 819 255	1 849 257	1 707 146	18,4 %
autres services extérieurs	2 468 011	2 431 717	2 543 604	2 592 592	2 500 548	1,3 %
impôts et taxes	11 780	5 889	10 841	12 167	10 983	- 6,8 %
autres charges	245 720	285 183	280 738	460 658	426 583	73,6 %
total titre 3	6 967 004	6 850 903	7 198 272	7 430 882	7 027 540	0,9 %

Source : comptes financiers

Sur la période, le titre 3 augmente de 0,9 %. L'augmentation correspond principalement à des travaux de rénovation et maintenance de toitures, réseaux chauffage...

La cuisine centrale du CHS de Jury réalise les repas des patients. Pour les prestations de blanchisserie c'est le GCS « BLN » qui assure la prestation. L'entretien des locaux est assuré par un prestataire extérieur.

Toutefois en 2018, les charges du titre 3 diminuent de 403 342 €, notamment en raison des charges imputées sur le budget MAS.

7.2.2.4 Les charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4)

Tableau 27 : Evolution des charges du titre 4 de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
charges financières	111 263	101 137	90 527	128 769	122 750	10,3 %
charges exceptionnelles	261 912	312 790	1 303 484	342 204	1 169 218	346,4 %
dotations aux amortissements, aux provisions	5 574 977	4 650 135	8 768 242	3 522 241	4 177 348	- 25,1 %
dotations aux amortissements	1 558 060	1 423 083	1 333 032	1 230 041	1 418 444	- 9 %
dotations aux provisions	4 016 917	3 227 052	7 435 210	2 292 200	2 758 904	- 31,3 %
total titre 4	5 948 152	5 064 062	10 162 253	3 993 214	5 469 316	- 8,1 %

Source : comptes financiers

En 2016, ces charges sont multipliées par deux, principalement en raison de la progression des dotations aux provisions. L'établissement reçoit une aide à l'investissement de 5 M€ qu'il provisionne.

Les charges exceptionnelles sont élevées en 2016 et 2018. Cela correspond, pour l'exercice 2016, à une régularisation de charges sur exercices antérieurs (943 000 € avec URSSAF : cotisation transport 2011-2015) et en 2018, au reliquat de la prime de service 2017 mandaté en 2018 et comptabilisé sur l'exercice 2018 (avec reprise de la provision correspondante constituée fin 2017) et à la régularisation de la redevance au CHR pour les locaux du CAC-SPUL (161 871 € au titre de la période 2014 à 2018) (cf. 6.4.2. les reports de charges).

Les dotations aux amortissements et provisions représentent 76,4 % du total des charges du titre 4.

³⁶ Il s'agit de la promotion des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires, qui sont des médicaments similaires aux médicaments chimiques et aux médicaments biologiques de référence en termes d'efficacité, de sécurité et de tolérance, qui sont soumis à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché et dont le brevet est tombé dans le domaine public.

7.3 Les soldes intermédiaires de gestion

Les soldes intermédiaires de gestion permettent de mesurer la performance annuelle. Depuis 2014, excepté en 2016, ils se dégradent tous.

7.3.1 La valeur ajoutée et l'excédent brut d'exploitation du budget principal

Tableau 28 : Evolution des soldes intermédiaires de gestion du budget principal de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
valeur ajoutée	42 693 432	42 397 353	48 936 016	40 274 821	40 779 868	- 4,5 %
excédent brut d'exploitation	4 696 332	4 778 912	9 282 822	3 111 046	3 225 856	- 31,3 %

Source : comptes financiers

La valeur ajoutée est la différence entre les produits bruts d'exploitation et les consommations intermédiaires.

Sur toute la période, elle diminue de 4,5 %, alors que les charges de personnel nettes ne baissent que de 0,5 %. A ce rythme, la valeur ajoutée de l'établissement pourrait ne plus couvrir les charges de personnel, ce qui serait préoccupant.

L'excédent brut d'exploitation correspond à la valeur ajoutée diminuée des charges de personnel et augmentée des subventions d'exploitation. Sur la période, il baisse de 1,4 M€ soit - 31,3 %.

7.3.2 La marge brute et la capacité d'autofinancement consolidées

L'analyse de ces deux indicateurs est plus significative si elle est réalisée sur l'ensemble des budgets. Ils mesurent la capacité à financer les investissements et à couvrir le remboursement de la dette.

La marge brute est égale aux produits courants de fonctionnement moins les charges courantes de fonctionnement. Elle doit permettre à l'établissement de couvrir par ses recettes d'activité, les investissements courants et la charge de sa dette.

La marge brute doit être retraitée des aides financières reçues, lorsque celles-ci, bien qu'étant de nature exceptionnelle, ont été comptabilisées en produits d'activité (DAC, DAF ou FIR)³⁷. On parle alors de marge brute non aidée (MBNA).

L'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé positionne « la marge brute d'exploitation tous budgets confondus » comme l'indicateur central de la performance économique des établissements³⁸. Ainsi pour que l'investissement soit soutenable et ne soit pas tributaire des aides financières, il est nécessaire de disposer d'une « marge brute non aidée de l'ordre de 8 %³⁹ ».

Ce taux cible a été calculé au niveau national en intégrant des situations d'hôpitaux très endettés et pour lesquels une marge brute en dessous de 8 % ne permet plus à terme de réaliser des investissements et de supporter la charge de la dette.

³⁷ L'instruction interministérielle du 4 mars 2016 recommande de retraiter la marge brute des aides financières reçues, dont elle donne le détail.

³⁸ Instruction Direction du budget, Direction générale des finances publiques et Direction générale de l'offre de soins, pages 4 et 7.

³⁹ Le taux de 8 % s'applique également à l'activité de psychiatrie comme mentionné par le guide méthodologique des indicateurs d'août 2018 de l'ARS Nouvelle Aquitaine (cf. page 53).

Tableau 29 : Evolution de la marge brute budgets consolidés de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
Produits courants	53 611 285	52 831 270	59 611 532	54 819 006	53 588 999
Charges courantes	48 765 745	48 367 908	50 042 049	51 847 262	49 289 167
Marge brute (produits courants - charges courantes)	4 845 540	4 463 362	9 569 483	2 971 744	4 326 832
Taux de marge brute (marge brute/ produits courants)	9 %	8,5 %	16,1 %	5,4 %	8,1 %
Aides exceptionnelles	1 500 000		5 000 000		
Marge brute non aidée (MBNA)	3 345 540	4 463 362	4 569 483	2 971 744	4 326 832
Produits courants hors aides	52 111 285	52 831 270	54 611 532	54 819 006	53 588 999
Taux de marge brute non aidée (MBNA)	6,4 %	8,5 %	8,4 %	5,4 %	8,1 %

Source : comptes financiers

Excepté en 2014 et 2017, la marge brute dégagée par le CHS de Jury est supérieure à 8 %. L'hôpital étant peu endetté, son niveau permet de couvrir amplement les annuités de la dette.

Tableau 30 : Evolution de la marge brute et remboursement de la dette de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
Remboursement de la dette en capital	211 252	221 348	231 927	372 686	412 533
Frais financiers	111 263	101 137	90 527	128 769	122 750
Total service de la dette	322 515	322 485	322 454	501 455	535 283
Marge brute	4 845 540	4 463 362	9 569 483	2 971 744	4 326 832
Marge brute non aidée	3 345 540	4 463 362	4 569 483	2 971 744	4 326 832

Source : comptes financiers

La capacité d'autofinancement (CAF) résulte de la différence entre les produits de fonctionnement encaissables et les charges de fonctionnement décaissables. Elle intègre, contrairement à la marge brute, le résultat financier ainsi que les résultats exceptionnels.

Le code de la santé publique indique, en son article R. 6145-11 3°, que la capacité d'autofinancement mentionnée dans le tableau de financement prévisionnel lors de l'élaboration du budget⁴⁰, doit être suffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts à échoir au cours de l'exercice.

Tableau 31 : Evolution de la capacité d'autofinancement de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
CAF brute consolidée	4 837 912	4 300 793	8 692 096	3 104 284	3 574 949
<i>dont CAF du budget principal</i>	<i>4 849 187</i>	<i>4 421 900</i>	<i>8 170 386</i>	<i>2 895 695</i>	<i>2 509 389</i>
remboursement de la dette en capital	211 252	221 348	231 927	372 686	412 533
CAF nette	4 626 660	4 079 445	8 460 169	2 731 598	3 162 416

Source : comptes financiers

Au CHS de Jury, la CAF brute permet de rembourser le capital des emprunts. Toutefois la CAF brute consolidée baisse de 1,3 M€ sur la période.

⁴⁰ Article R. 6145-13 du code de la santé publique.

7.4 La dette consolidée

Tableau 32 : Evolution de la dette de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
capital restant dû	2 252 651	2 031 303	1 799 377	5 069 716	4 657 183
Indicateurs d'endettement :					
durée apparente de la dette ⁴¹	0,5	0,5	0,2	1,6	1,3
ratio d'indépendance financière ⁴²	7,3 %	6,2 %	4,2 %	10,8 %	9,9 %
encours/recettes totales toutes activités	4,1 %	3,8 %	3,0 %	9,0 %	8,3 %

Source : comptes financiers

La dette se compose de trois emprunts. Un nouveau prêt a été souscrit en janvier 2017 pour 3,6 M€ pour le financement de la construction du nouveau centre de Metz-Queuleu qui regroupe des structures extrahospitalières adultes et enfants.

7.5 Les investissements

7.5.1 Le financement des investissements

L'analyse du financement des investissements est établie en prenant en compte l'ensemble des budgets.

Tableau 33 : Evolution du financement des investissements de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	cumul
titre 1 : remboursement des dettes financières	211 252	221 348	231 927	372 686	412 533	1 449 746
titre 2 : immobilisations	1 103 384	1 422 209	4 498 085	4 054 081	1 380 819	12 458 578
titre 3 : autres emplois		103	180		81	364
total des emplois	1 314 636	1 643 660	4 730 192	4 426 767	1 793 433	13 908 688
capacité d'autofinancement brute	4 837 912	4 300 793	8 692 096	3 104 284	3 574 949	24 510 034
titre 1 : emprunts				3 643 025		3 643 025
titre 2 : dotations et subventions	7 137	8 397	2 011 423	178 885		2 205 842
titre 3 : autres ressources	247	9 794	19 669		200	29 910
total des ressources	4 845 296	4 318 984	10 723 188	6 926 194	3 575 149	30 388 811
apport (+) ou prélèvement (-) au fonds de roulement	3 530 660	2 675 324	5 992 996	2 499 427	1 781 716	16 480 123

Source : comptes financiers

Sur la période 2014-2018, le CHS de Jury dispose de 24,5 M€ d'autofinancement et de 2,2 M€ de dotations et subventions dont une aide exceptionnelle de 2 M€ en 2016.

Pour couvrir ses investissements et les remboursements de sa dette, le CHS de Jury n'a pas besoin d'emprunter. Toutefois il a contracté, en 2017, un nouvel emprunt de 3,6 M€.

Cette opération était inutile et n'a eu pour effet que d'augmenter le fonds de roulement et générer des frais financiers supplémentaires (au titre de 2017, la charge des intérêts pour cet emprunt est de 47 798 €⁴³).

⁴¹ Ce critère permet de mesurer, au 31 décembre de l'année N, le nombre d'années d'autofinancement nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'intégralité de la CAF était consacrée à cet objectif.

⁴² Le ratio d'indépendance financière met en avant l'état de l'endettement financier de l'établissement par rapport à ses fonds propres.

⁴³ Conformément au plan de remboursement (page 8).

7.5.2 Les projets d'investissements

7.5.2.1 Le contexte

Le site de Jury est vétuste : il est composé de pavillons dispersés dans un parc de près de 60 hectares. Leur conception est de type années 1960 pour une ouverture de l'établissement en 1972.

La chambre relève que les conditions d'accueil (confort, hôtellerie, organisation des espaces pour la prise en charge médicale) ne correspondent pas aux standards actuels :

- bâtiments composés pour la plupart de deux pavillons sur des niveaux différents qui rendent difficile la mutualisation de certains espaces (logistique, services de soins, locaux d'activité communs...);
- chambres à deux voire trois lits, sans salle de douche individualisée. Les chambres n'ont pas de sanitaires mais disposent d'un simple lavabo, avec peu de place pour les affaires de toilette. Le nombre de toilettes et de douches communes varie selon les pavillons ;
- les salles de bains sont systématiquement situées dans des pièces borgnes, dans lesquelles il y a souvent la présence de moisissures et de traces persistantes d'humidité ;
- bâtiments peu évolutifs vu leur mode de conception et les matériaux utilisés qui ne permettent pas un ajustement des espaces notamment en termes d'adaptation selon les besoins en cas d'admissions ouvertes ou fermées.

Les pavillons correspondent à des bâtiments différenciés, dispersés et vieillissants : ils génèrent d'importantes dépenses énergétiques et de maintenance. Leur éloignement nécessite l'entretien d'un important réseau de canalisations enterrées qui est également vieillissant et requiert des interventions quasi-permanentes dont certains travaux contribuent à la dégradation des voiries intérieures.

Dans un rapport d'inspection de juillet 2019, l'ARS Grand Est décrit la vétusté des unités d'hospitalisation et pointe plusieurs lacunes graves :

- un problème récurrent de gestion du chauffage et de ventilation, en lien avec la vétusté et la complexité des installations ;
- un entretien de la VMC⁴⁴ et des bouches de ventilation semblant problématique ; constat de présence de moisissures et de traces persistantes d'humidité, probablement liées à un problème de ventilation [...], y compris à proximité de bouches de ventilation particulièrement sales (local affecté au ménage ainsi que dans le vestiaire des personnels) ;
- une gestion des flux entrant et sortant imposant un croisement des circuits propres et sales, des patients allongés (malades voire décédés) et de la livraison des repas au niveau d'un sas logistique de plain-pied pour une majorité des services de soins.

Le projet de reconstruction du site principal de Jury date de près de 20 ans.

Le projet médical de l'établissement en 2014⁴⁵ soulignait l'aspect incontournable de la reconstruction des services d'hospitalisation des patients du site de Jury : les conditions d'accueil ne correspondant plus aux attentes en termes de qualité de la prise en charge et de réponse adaptée aux besoins des patients.

⁴⁴ VMC : Ventilation Mécanique Contrôlée.

⁴⁵ Cf. page 19.

7.5.2.2 Le plan de santé mentale en Moselle et les projets immobiliers

La reconstruction du site de Jury s'intègre dans le projet de restructuration de la psychiatrie en Lorraine Nord et plus spécifiquement en Moselle. L'ARS Grand Est a nommé une mission d'expertise en 2015 sur ce sujet et arrêté en décembre 2016 les principaux projets d'évolution.

La feuille de route de l'ARS Grand Est définit les projets immobiliers qui découlent de la restructuration de l'offre de soins :

- site de Mercy :
 - o nouvelle unité d'accueil et d'orientation (UAO) de 20 lits à proximité du centre d'accueil et de crise (CAC) installé près des urgences de Mercy et qui doit être conforté ;
 - o construction d'un nouveau bâtiment en face du CHR à Mercy pour regrouper les unités d'hospitalisation pour adolescents, le plateau de consultations pour les patients relevant de la psychogériatrie, la prise en charge des addictions et la clinique Tivoli ;
- sites de Jury et de Lorquin : projet de fusion des deux établissements devant permettre un transfert d'activités et de lits entre les sites.

Un soutien financier de l'ARS doit accompagner les établissements dans la réalisation des opérations immobilières définies.

7.5.2.3 L'inaboutissement des projets immobiliers au CHS de Jury

L'établissement a engagé les phases préparatoires aux travaux pour plusieurs projets. A cet effet, des marchés ont été passés avec des entreprises (architecte, bureau d'études techniques, assistance à maîtrise d'ouvrage).

Fin 2019, les travaux n'avaient toujours pas commencé pour plusieurs raisons :

- le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018 du CHS de Jury n'a pas été approuvé par l'ARS ; l'autorité de tutelle a sursis à la demande de permis de construire pour la réhabilitation de bâtiments ;
- le PFGP 2019 validé par l'ARS le 21 mai 2019 ne comporte qu'une partie socle relative aux investissements courants ;
- la définition des besoins a été modifiée en 2018-2019 : abandon des projets de réhabilitation et d'extension des bâtiments et de la programmation de deux tranches de 90 lits chacune : un nouveau projet de bâtiment de 180 lits est prévu pour un coût d'objectif de 47 M€.

La note de l'ARS Grand Est du 6 juin 2019 relative à la recomposition de l'offre de psychiatrie en Moselle Nord détermine les différentes phases du projet et leur priorité : la phase 1 est à engager rapidement sur les deux opérations.

Fin 2019, l'engagement rapide de ces opérations n'a pas été réalisé, le nombre de lits à prendre en compte ayant évolué à la baisse de 180 à 168 (cf. annexe n° 2 relative à l'évolution des capacités en lits et aux projets immobiliers). La capacité constitue un paramètre déterminant avant d'engager toute démarche supplémentaire concernant les travaux.

Le passage à un seul bâtiment entraîne de nouvelles réflexions sur la localisation d'espaces communs. Un avant-projet sommaire est en cours d'élaboration pour la construction d'un nouveau bâtiment sur le site de Jury.

En conséquence, les marchés en cours relatifs aux procédures de réhabilitation, amélioration, extension de bâtiments doivent être modifiés ou résiliés.

A compter de mi-2019, la fusion du CHS de Jury avec celui de Lorquin n'est plus un préalable au commencement des travaux malgré la prolongation de la direction commune entre les deux établissements. Cependant ce projet a considérablement retardé la réalisation d'investissements futurs indispensables au bien être des patients et à l'amélioration des conditions de travail des personnels.

Le projet de reconstruction du site principal de Jury date de près de 20 ans et n'est toujours pas abouti.

Comme relevé par la mission d'inspection de l'ARS en 2019⁴⁶ : « l'attente de la mise en œuvre d'un nouveau projet architectural entraîne un immobilisme et une dégradation des locaux qui nuit aux conditions de prise en charge ».

Les projets de travaux ont été à plusieurs reprises décalés suite à des demandes de modifications/évolutions des capacités en lits notamment, par les services de l'autorité de tutelle, alors qu'était relevée une dégradation des conditions d'accueil des patients dans certains services.

La chambre souligne la vétusté, l'insalubrité et le manque d'hygiène qui constituent des manquements contraires aux droits et à la dignité des patients.

Ainsi, au prétexte d'un investissement sans cesse retardé, seuls des travaux permettant de maintenir en état le bâti, sans amélioration notable en matière d'accueil des patients et de confort de travail des personnels, ont été réalisés à hauteur d'environ 0,5 M€ par an.

La direction générale de l'ARS a indiqué que la conduite du projet de réorganisation de l'offre de psychiatrie avait été confiée à la direction générale du CHR de Metz-Thionville, établissement support du GHT.

Cinq axes de travail ont été fixés :

- constituer une équipe projet ;
- piloter les réflexions médico-soignantes pour définir le nouveau projet architectural du site principal de l'EPSM de Jury ;
- conduire la finalisation du projet architectural ;
- sécuriser le coût des travaux en optimisant la procédure d'appel d'offres ;
- consolider la trajectoire financière de l'EPSM de Jury afin de garantir la soutenabilité des différents projets de réorganisation de l'offre en soins psychiatriques.

Des groupes de travail devraient se réunir courant 2021, mais la conduite du projet ayant pris du retard du fait de la crise sanitaire, les travaux de reconstruction ne devraient débuter qu'en 2022.

7.6 L'analyse bilancielle

Le fonds de roulement net global (FRNG) correspond à la différence entre les ressources à long terme (fonds propres, amortissements et dépréciations, provisions, résultats cumulés et dettes à moyen et long terme) et les emplois durables (immobilisations...).

Le besoin en fonds de roulement (BFR) est égal aux dettes à court terme (dettes fournisseurs, fiscales et sociales, divers) moins les créances à court terme (restes à recouvrer sur les hospitalisés et consultants, la sécurité sociale, les départements, l'Etat, les collectivités locales et les mutuelles...).

La trésorerie résulte de la différence entre le FRNG et le BFR.

Le FRNG doit être positif et permettre de couvrir le besoin de financement structurel découlant du décalage entre les paiements et les encaissements.

⁴⁶ Cf. remarque 5 pages 13 et 14.

Tableau 34 : Evolution des valeurs bilancielle de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
FRNG	18 224 500	20 899 824	26 892 822	29 392 249	31 173 965
BFR	3 668 835	2 402 268	7 126 961	2 240 580	2 127 570
Trésorerie	14 555 665	18 497 556	19 765 861	27 151 669	29 046 395

Source : comptes financiers

Sur la période, le fonds de roulement augmente de 71 %. La forte hausse des ressources stables s'explique par les aides octroyées par l'ARS Grand Est (2 M€ en subventions d'investissement, 5 M€ en provisions règlementées), la souscription d'un emprunt de 3,6 M€, l'évolution des provisions et l'accumulation des résultats excédentaires.

Dans le même temps, le besoin en fonds de roulement connaît une baisse globale de 42 %. En 2016 ; son montant est exceptionnellement élevé en raison d'un retard de versement par la CPAM.

En conséquence, la trésorerie fait plus que doubler sur la période. Au 31 décembre 2018, elle s'élève à 29 M€ et représente 216 jours (soit plus de 7 mois) de charges courantes⁴⁷.

La chambre souligne une situation financière excessivement confortable fin 2019, au regard en particulier des besoins constatés précédemment.

8. LES RESSOURCES HUMAINES

8.1 La direction des ressources humaines

A compter de 2015, la direction des ressources humaines a été mutualisée avec celle du CHS de Lorquin et localisée sur le site de ce dernier. Les agents de la DRH du CHS de Jury ont été affectés à d'autres missions ou ont quitté l'établissement eu égard à l'éloignement de la localisation de la DRH mutualisée.

Dans le cadre de la direction commune et jusqu'en mars 2019, l'ensemble des dossiers des personnels avait été transféré à Lorquin.

En octobre 2018, compte tenu des dysfonctionnements dans la gestion des ressources humaines et de l'absence permanente de la DRH de Lorquin sur le site de Jury, une nouvelle direction a été créée et le directeur des soins a assuré les fonctions de DRH délégué sur Jury.

En mars 2019, il a été décidé de relocaliser la gestion des ressources humaines sur le site de Jury et d'y recruter des agents, l'ensemble du personnel de la DRH ayant quitté l'établissement.

A ce jour, la direction des ressources humaines (DRH) est composée de 8,5 ETP tous recrutés récemment.

Lors du contrôle de la chambre, l'obtention d'informations fiables a été difficile.

Les informations fournies par les services et les données officielles publiées notamment dans le bilan social n'étaient pas cohérentes. En outre, de nombreux dossiers d'agents étaient en souffrance dans un local d'archives de Jury. Pour certains d'entre eux, après diverses demandes et réponses contradictoires sur le lieu où ils se trouvaient (Jury ou Lorquin), les documents ont finalement été retrouvés.

Ces constats traduisent une désorganisation administrative qui s'ajoute à la contrainte de l'éloignement géographique, générant des problèmes de communication entre les services des deux sites.

⁴⁷ Instruments d'analyse des hôpitaux édités le 6 novembre 2019, voir page 10.

8.2 Les effectifs et la masse salariale

Faute de pouvoir obtenir des données fiables auprès du service des RH, la chambre a réalisé son analyse à partir des bilans sociaux et a pu constater d'importantes disparités avec les chiffres fournis par la DRH⁴⁸.

Cette situation s'explique par la réorganisation récente des services RH dont l'équipe nouvellement affectée n'a pas été à même de pouvoir compléter les différents tableaux transmis par la chambre et aux difficultés de communication entre les deux sites de Jury et Lorquin.

Tableau 35 : Evolution des effectifs de 2014 à 2018

ETPR ⁴⁹	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
Personnel médical	34,74	36,39	41,51	45,23	41,85	20,5 %
Personnel non médical	719,99	724,06	725,61	721,8	693,48	- 3,7 %
<i>dont titulaires/stagiaires/CDI</i>	<i>699,49</i>	<i>691,83</i>	<i>666,06</i>	<i>654,91</i>	<i>640,06</i>	<i>- 8,5 %</i>
<i>dont CDD/autres contrats</i>	<i>20,5</i>	<i>32,23</i>	<i>59,55</i>	<i>66,89</i>	<i>53,42</i>	<i>160,6 %</i>
TOTAL	754,73	760,45	767,12	767,03	735,33	- 2,6 %

Source : CHS Jury, bilans sociaux

L'effectif du personnel médical a progressé de 20,5 % de 2014 (avec 34,74 ETPR) à 2018 (avec 41,85 ETPR). Le directeur de l'établissement a expliqué le pic du recrutement médical de 2017, par un recrutement exceptionnel de trois internes.

Parallèlement le nombre de lits a diminué de 54 mais l'activité ambulatoire a progressé de 17,6% sur la même période.

Cette situation connaît cependant un déficit de recrutement sur toute la période. L'effectif théorique était de 46,6 ETP en 2014, il est de 48,6 en 2018. Cette tendance se confirme en 2019 avec une vacance de postes de 8,4 ETP⁵⁰ qui représente 17,3 % de l'effectif théorique (cf. annexe n° 3). Le personnel non médical est confronté à une baisse d'effectifs de 3,7 % de 2014 (avec 719,99 ETPR) à 2018 (avec 693,48 ETPR).

L'augmentation du nombre de contractuels à partir de 2015 est consécutive à de nombreux départs d'agents titulaires dont 41 à la retraite en 2017 devant être compensés⁵¹, comme l'illustre l'évolution du taux de turn-over.

Tableau 36 : Evolution du taux de turn-over⁵² de 2014 à 2018

TURN OVER	2014	2015	2016	2017	2018
Personnel non médical	4,5 %	9 %	15,7 %	18,4 %	14,7 %
Personnel médical	6,7 %	8,9 %	5,7 %	30 %	40 %

Source : bilans sociaux

En 2017, les catégories les plus concernées par le turn-over, sont les personnels de soins avec 12,5 % dont les aides-soignants (16,1 %) et les infirmiers (9,7 %). Par comparaison aux données de l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour l'année 2017, le CHS

⁴⁸ A titre d'illustration, concernant l'absentéisme, les données transmises par la DRH font état de 1 066 jours d'absence pour naissance adoption en 2018, alors que le bilan social 2018 indique 2 348 jours pour le même motif (cf. page 23). Concernant l'évolution des effectifs, l'établissement a transmis un tableau à partir des données des EPRD et des comptes financiers, qui diffèrent des données des bilans sociaux.

⁴⁹ ETP : équivalent temps plein ; ETPR : équivalent temps plein rémunéré, c'est-à-dire un agent à temps partiel à 8 demi-journées par semaine est comptabilisé comme 0,8 ETP et comme 0,857 ETPR puisque pour les services à 80 %, la rémunération est de 6/7^{ème}, soit 85,7 % conformément aux dispositions du décret n° 82-1003 du 23 novembre 1982 relatif aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel des agents titulaires des établissements d'hospitalisation publics et de certains établissements à caractère social.

⁵⁰ Au 30 novembre 2019, l'effectif théorique est de 48,6 ETP (avec 0,6 ETP comptabilisé pour chaque poste de PH temps partiel) et l'effectif réel est de 40,2 ETP (dont 0,5 ETP qui est mis à disposition de la CUMP – cellule d'urgence médico-psychologique - zonale).

⁵¹ Courriel de l'établissement du 24 janvier 2020.

⁵² ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) : Taux de turn-over = [(Nombre de départs au cours de l'année N + Nombre d'arrivées au cours de l'année N) / 2] / Effectif physique moyen de l'année N.

de Jury a un taux plus élevé que les établissements de la strate⁵³ qui est de 11,4 % pour le personnel non médical et 11,8 % pour les personnels de soins.

Pour le personnel médical, le taux de rotation est en forte augmentation mais il est difficile d'en tirer des conclusions du fait des imprécisions sur ses modalités de calcul.

Bien que les effectifs diminuent globalement de 2,6 % sur la période (évolution liée à la baisse du nombre de lits), les charges de personnel restent stables. Cela s'explique par une forte augmentation des effectifs de personnel médical (+ 20,5 %).

Tableau 37 : Evolution de la masse salariale chargée de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
Personnel non médical :						
titulaires/stagiaires/CDI	22 750 476	22 714 872	22 104 847	20 728 017	21 277 177	- 6,5 %
CDD et autres contrats	477 041	759 100	1 381 364	1 614 819	1 262 598	164,7 %
atténuations de charges	-704 380	-1 268 395	-535 961	-350 455	-341 485	- 51,5 %
<i>Sous-total rémunération du personnel non médical</i>	<i>22 523 137</i>	<i>22 205 577</i>	<i>22 950 250</i>	<i>21 992 381</i>	<i>22 198 290</i>	<i>- 1,4 %</i>
charges sociales nettes sur personnel non médical	9 133 907	9 179 188	9 284 856	9 223 613	8 716 369	- 4,6 %
sous total personnel non médical (a)	31 657 044	31 384 765	32 235 106	31 215 994	30 914 659	- 2,3 %
Personnel médical :						
rémunération	3 044 403	3 311 931	3 684 321	3 801 664	3 792 938	24,6 %
charges sociales nettes sur personnel médical	1 021 262	1 085 545	1 233 373	1 353 201	1 251 923	22,6 %
sous total personnel médical (b)	4 065 665	4 397 476	4 917 694	5 154 865	5 044 861	24,1 %
Autres charges de personnel (impôts et taxes, charges de personnel externe...) (c)	4 840 790	4 514 252	4 513 623	4 547 551	4 602 914	- 4,9 %
Charges de personnel totales consolidées (a+b+c)	40 563 499	40 296 493	41 666 423	40 918 410	40 562 434	

Source : comptes financiers consolidés

8.3 Le personnel médical

8.3.1 Les difficultés de recrutement

En novembre 2019 l'effectif réel est de 40,20 ETP.

L'établissement est confronté à des difficultés de recrutement de psychiatres. Pour y remédier, il recourt à différents dispositifs permettant de recruter des praticiens par contrats seniors et cumul d'emploi retraite.

Pour aider à pourvoir ces postes, l'ARS Grand Est a autorisé par avenants au CPOM le recrutement de cliniciens hospitaliers : deux psychiatres en décembre 2018 et deux psychiatres en juin 2019.

Ces recrutements doivent s'effectuer conformément aux dispositions des articles R. 6152-703 et suivants du code de la santé publique (CSP) : contrat administratif d'une durée de trois années renouvelable une seule fois pour la même durée.

La rémunération de ces praticiens comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs.

L'établissement a recruté un clinicien en mars 2019 qui assume la fonction de chef du pôle 2. Un deuxième recrutement est intervenu en novembre 2019 et un troisième en début 2020.

⁵³ Strate des établissements dont les produits sont compris entre 20 et 70 M€, cf. pages 74 et suivantes.

Cependant, pour deux praticiens, il s'agit d'un changement de statut, ceux-ci étant déjà en fonction au CHS de Jury. Ces recrutements sont donc sans incidence sur le nombre de vacances de postes.

La chambre relève que les contrats de clinicien ne fixent pas d'objectif quantifiable ou d'échéance pour la réalisation des objectifs ni d'indicateur de suivi de l'évolution des réalisations dans le cadre de la part variable de la rémunération des intéressés.

8.3.2 La permanence des soins

8.3.2.1 La commission de l'organisation de la permanence des soins

L'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, précise que l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique est préparée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS). Cette commission est mise en place par la commission médicale d'établissement (CME) et doit se réunir au moins deux fois par an.

La COPS, composée de personnels médicaux, est chargée :

- de définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins ;
- de proposer un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes ;
- de donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins ;
- de donner un avis sur les conventions de coopération ;
- d'établir un bilan annuel.

Elle doit établir un règlement intérieur définissant les modalités et le suivi de la permanence des soins.

Au CHS de Jury, aucun règlement intérieur n'a été adopté et la COPS ne s'est réunie qu'une fois en 2015, 2017 et 2018. Le directeur a été absent et excusé à deux reprises. Or, cette instance doit définir annuellement avec le directeur, le fonctionnement de la permanence des soins.

A la lecture des comptes rendus de la COPS, son rôle semble être très minime. Aucun bilan annuel n'a été réalisé.

Rappel du droit n° 8 : Respecter le nombre de réunions annuelles de la commission de l'organisation de la permanence des soins, adopter un règlement intérieur et établir un bilan annuel conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

8.3.2.2 L'organisation

La permanence des soins est organisée dans chacun des pôles par les chefs de pôle conformément à la note de service du 8 décembre 2014 (COPS du 3 décembre 2014) relative à l'organisation de l'activité médicale.

Pour les services d'hospitalisation (pôles 4 et 5) au moins un praticien doit être présent sur site dans chacun des pôles de 13 heures à 17 heures du lundi au vendredi.

A partir de 17 heures et jusqu'à 18 heures 30, la couverture médicale est assurée par la permanence de sécurité qui a été instituée depuis octobre 2003 (cf. CME du 9 octobre 2003).

Un référent médical est de permanence de sécurité pour l'ensemble des services d'hospitalisation (pôles 4 et 5) de 13 heures à 18 heures 30.

Il peut être fait appel à lui avant 17 heures en cas d'empêchement du praticien. A partir de 17 heures, il est le référent médical pour les admissions dans l'ensemble des services d'hospitalisation des différents pôles et est contacté par l'espace de coordination des parcours de soins (ECPS), ex bureau des soins infirmiers (BSI).

Le CHS de Jury a créé une catégorie *sui generis* de modalité de permanence : la permanence de sécurité (PS).

La chambre relève que sa mise en place génère des coûts supplémentaires, l'établissement ayant décidé de payer une demi-journée de temps de travail additionnel (TTA) au médecin qui effectue une permanence de sécurité⁵⁴.

Ce système est d'autant plus coûteux que certains praticiens sont rémunérés au-delà d'une demi période de TTA par semaine. En effet, un médecin doit effectuer dix demi-journées de travail par semaine (entre le lundi matin et le samedi midi), toute demi-journée supplémentaire donne lieu à indemnisation de TTA ou à récupération.

A titre d'exemple, lorsque deux permanences de sécurité ont lieu au cours de la même semaine, le praticien perçoit deux demi-périodes de TTA. Or, deux permanences de sécurité durant la même semaine ne peuvent pas donner lieu à la prise en compte de deux demi-périodes de TTA dans la mesure où le praticien a effectué neuf demi-journées hebdomadaires. Une demi-période de TTA lui est donc indemnisée à tort.

C'est le cas pour le premier quadrimestre 2018 : semaine du 15 au 19 janvier (Dr X : PS les 15 janvier et 18 janvier), semaine du 19 au 23 février (Dr Y : PS les 20 février et 23 février), semaine du 5 au 9 mars (Dr Y : PS les 5 mars et 9 mars), semaine du 26 au 30 mars (Dr X : PS les 27 mars et 29 mars).

Le docteur Z est indemnisé à hauteur de deux demi-périodes de TTA certaines semaines à l'occasion de ses déplacements à la maison des adolescents de Saint-Avoid en plus de la permanence de sécurité effectuée alors qu'un seul samedi matin est travaillé⁵⁵.

La chambre s'étonne de la mise en place de cette organisation de permanence de sécurité à partir de 17 heures pour pouvoir garantir une présence médicale jusqu'à 18 heures 30.

Elle relève également qu'au vu des tableaux de service, le nombre de praticiens présents le samedi matin pour les pôles 4 et 5 pour les services d'hospitalisation est supérieur aux modalités d'organisation retenues par la CME lors de l'adoption des tableaux annuels de temps médical. Par exemple pour le pôle 4 en 2018, le tableau annuel de temps médical prévoyait un temps médical le samedi matin, alors que les tableaux de services mentionnent une présence de deux à trois médecins certains samedis matins. Pour le pôle 5, le tableau annuel de temps médical pour 2018 prévoyait deux temps médicaux le samedi matin alors que les tableaux de services mentionnent une présence de six voire huit médecins certains samedis matins.

Cette situation est également constatée en 2019. A titre d'exemple pour le pôle 5, le tableau de service définitif d'octobre mentionne cinq praticiens présents le samedi matin (12, 19 et 26 octobre) alors que les plannings de présence médicale affichés dans les services ne font état que de trois praticiens présents (cf. annexe n° 4).

La chambre relève des incohérences entre les différents plannings et s'interroge sur la fiabilité des différents tableaux de service définitifs.

⁵⁴ Modalité de rémunération mise en place suite à la CME du 9 octobre 2003 (cf. également compte rendu de la CME du 18 décembre 2003 et de la COPS du 8 janvier 2004).

⁵⁵ Cf. tableaux récapitulatifs : décompte des demi-périodes de TTA et décompte des samedis matins travaillés en 2017, et justificatifs : états quadrimestriels 2017 et planning 2017.

Enfin, il conviendrait en outre que la permanence des soins soit contractualisée dans le cadre du CPOM.

Recommandation n° 3 : Revoir l'organisation du temps médical pour inclure dans les obligations de temps de travail normal la présence jusqu'à 18 heures 30.

8.3.2.3 La rémunération

Le temps de travail additionnel (TTA) des médecins est défini par l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 précité. Un contrat de temps de travail additionnel doit être conclu entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement. Le décompte du temps de travail additionnel n'intervient qu'à l'issue de chaque période de référence de quatre mois, après avoir constaté la réalisation de la totalité des obligations de service hebdomadaires effectuées, en moyenne, sur cette même période au vu du tableau de service.

Des registres de temps travaillé doivent être établis et comporter les informations suivantes :

- contrats de temps de travail additionnel signés ;
- spécialité concernée ;
- périodes et heures de temps de travail additionnel effectuées par chacun des praticiens concernés.

Ils doivent être mis à la disposition du directeur afin de lui permettre de contrôler le recours à la contractualisation pour tout dépassement de la durée maximale du travail de quarante-huit heures et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

Au CHS de Jury, un praticien qui réalise une permanence de sécurité en semaine, effectuée sa 10^{ème} demi-journée hebdomadaire correspondant à ses obligations de service le samedi matin de la même semaine. La permanence de sécurité est rémunérée sur la base d'une demi-période de TTA car, selon le compte rendu de la CME du 9 octobre 2003, cette demi-période est assurée en plus des dix demi-périodes réglementaires.

L'indemnisation de la permanence de sécurité représente une dépense annuelle brute de 45 000 € en 2018.

Des contrats de temps de travail additionnel n'ont pas été conclus avec tous les praticiens et il n'existe pas de registre de temps travaillé.

Rappel du droit n° 9 : Etablir des registres de temps travaillé et des contrats de temps de travail additionnel (TTA) pour chaque médecin conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

8.3.3 La permanence sur place

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

- chaque période d'astreinte opérationnelle est indemnisée à hauteur de 42,64 € pour une nuit, à laquelle peut s'ajouter en cas d'intervention une indemnité de 239,83 € ;
- chaque permanence sur place est rémunérée par une indemnité de sujétion fixée à 267,82 €.

Une garde sur place est réalisée par les internes sur le site de CHS de Jury : chaque nuit de 17 heures à 9 heures du lundi au vendredi, et de 24 heures (de 9 heures à 9 heures) du samedi au lundi et les jours fériés.

Pour ce qui concerne les praticiens psychiatres, une astreinte opérationnelle était organisée de 18 heures 30 à 8 heures 30 du lundi au vendredi, du samedi 13 heures 30 au dimanche 8 heures 30 et de 24 heures (de 8 heures 30 à 8 heures 30) le dimanche et les jours fériés.

A compter du 1^{er} juin 2018, l'astreinte opérationnelle des praticiens psychiatres a été remplacée par une permanence sur place (cf. note de service du 31 mai 2018). Selon l'ordonnateur, en l'absence de disponibilité de chambre de garde au CHR de Mercy, le CHS de Jury doit louer à l'année une chambre dans un hôtel proche du CHR pour l'hébergement du psychiatre de permanence. Ce dernier, localisé à Mercy, est chargé :

- sur le site du CHR à Mercy, d'assurer la prise en charge des urgences psychiatriques et la continuité médicale des patients hospitalisés au CAC ;
- pour le site de Jury, d'assurer la présence d'un médecin senior en support de l'interne présent sur place ; il peut être amené à se déplacer sur le site de Jury ;
- pour le site de Tivoli, de donner un avis via un dispositif de visio-conférence.

Pour le président de la CME, le passage de l'astreinte à la permanence médicale sur place répond à un souci de qualité de la prise en charge des patients. Elle permet de la sécuriser au CAC (dix lits) où l'accueil est permanent. Il est très rare qu'une garde ne donne pas lieu à des activités de soins jusqu'à 1 heure du matin : aussi le délai de réponse a été considérablement réduit et le personnel paramédical sollicite plus fréquemment le médecin de permanence sur place qui peut plus facilement hiérarchiser les prises en charge.

Aussi, le coût des deux dispositifs est proche puisqu'une période d'astreinte associée à la comptabilisation d'un déplacement est indemnisée pour un montant total de 282,47 €, légèrement supérieur au coût d'une période de permanence sur place (indemnité de sujétion de 267,82 €).

Pour le CHS de Jury, cette modification de 2018 n'a pas d'impact financier bien que dans le cadre de la permanence sur place depuis juin 2018, le coût mensuel pour l'établissement de la location de la chambre d'hôtel pour le praticien de permanence représente 1 450 €.

En revanche, le passage de l'astreinte opérationnelle à la permanence sur place a un impact sur la gestion du temps médical. Le médecin qui a effectué une permanence bénéficie d'un repos de sécurité consécutif dans l'organisation du temps de travail médical.

Pour une semaine (week-end compris), au niveau de l'ensemble de l'établissement, la permanence sur place entraîne 17 demi-journées de temps médical non travaillées du fait des récupérations, soit l'équivalent de 1,7 ETP de médecin.

8.3.4 L'organisation de la présence médicale

Au vu des tableaux de service, la présence d'une pharmacienne contractuelle ne correspond pas à la quotité de temps de travail (mi-temps) prévue au contrat conclu le 25 novembre 2016 pour six mois et renouvelé jusqu'au 31 août 2018.

Sur la période de janvier à août 2018, le nombre de demi-journées de présence de l'intéressée à la pharmacie ne correspond pas à un poste à mi-temps en comparaison du nombre de demi-journées de présence réalisées par les deux autres pharmaciens à temps plein au sein du même pôle.

Tableau 38 : Nombre de demi-journées travaillées – pharmacie - 2018

pharmacie mois	nombre de ½ journées travaillées		
	Titulaire	Titulaire	Contractuel
Quotité	100 %	100 %	50 %
janvier 2018	32	44	6
février 2018	40	33	12
mars 2018	32	38	14
avril 2018	34	34	2
mai 2018	34	30	6
juin 2018	42	38	14
juillet 2018	34	18	10
août 2018	16	28	0
total	264	263	64

Source : tableaux de service

La pharmacienne contractuelle n'a pas respecté la durée de travail prévue au contrat soit cinq demi-journées par semaine.

La chambre souligne l'absence de contrôle du temps de travail.

Recommandation n° 4 : Mettre en place un dispositif de contrôle du temps de travail du personnel médical.

8.3.5 L'activité libérale

L'activité libérale ne concerne qu'un seul praticien au sein de l'établissement. Celui-ci est affecté au pôle 2 : SPUL-CAC. Un contrat d'activité libérale a été conclu le 14 avril 2017 entre le médecin et le directeur, après avis favorable du président de la CME. Il a été approuvé le 9 mai 2017 par le délégué territorial de l'ARS Grand Est pour une durée de cinq ans. Il en précise les modalités d'organisation dont la durée ne peut pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire. Les deux demi-journées consacrées à l'activité libérale sont fixées par le contrat : il s'agit des lundis et jeudis après-midis. L'étude des tableaux de service montre que ces modalités d'organisation sont respectées.

Conformément à l'article R. 6154-11 du CSP, une commission de l'activité libérale (CAL) doit veiller au bon déroulement de cette activité (respect des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations des contrats des praticiens). La CME a procédé le 26 novembre 2015, à la suite de son renouvellement, à la désignation au sein de cette instance, de deux praticiens, dont l'un n'exerçant pas d'activité libérale. Cependant la CAL ne s'est jamais réunie pendant la période sous contrôle. De plus, l'établissement n'est pas destinataire des relevés SNIR (système national inter régimes) et ne les a pas demandés à la CPAM⁵⁶. De ce fait, aucun contrôle des sommes déclarées par le praticien n'est réalisé.

L'article 3 du contrat d'activité libérale conclu entre l'établissement et le médecin prévoit que ce dernier s'engage à verser trimestriellement le montant de la redevance dont il est redevable vis-à-vis de l'hôpital. Cette disposition n'est pas respectée puisqu'une seule déclaration est effectuée par an, en mai au titre des revenus perçus au titre de l'année achevée. Cette déclaration est très succincte et ne détaille pas les actes réalisés, les honoraires correspondants et les dépassements éventuels. Le taux de la redevance de 15 % pour les consultations pour les centres hospitaliers fixé par l'article D. 6154-10-3 du CSP est respecté.

Comme évoqué précédemment, aucune opération relative à la TVA n'est enregistrée en comptabilité alors que cela doit être le cas pour certains produits perçus relatifs à des activités assujetties, dont la redevance au titre de l'activité libérale.

⁵⁶ CPAM : caisse primaire d'assurance maladie.

Rappel du droit n° 10 : Réunir la commission d'activité libérale, contrôler les sommes déclarées au titre de cette activité, et veiller au versement trimestriel de la redevance correspondante, conformément à l'article R. 6154-11 du code de la santé publique et à l'article 3 du contrat d'activité libérale.

8.4 Le personnel non médical

Les effectifs diminuent de 3,7 % sur la période. Les baisses les plus importantes concernent les aides-soignants et les personnels techniques et ouvriers.

Tableau 39 : Evolution du personnel non médical de 2014 à 2018

en ETPR	2014	2015	2016	2017	2018	évolution 2018/2014
Personnel non médical						
personnels de direction et personnels administratifs	68,1	66,28	67,84	73,42	67,85	- 0,4 %
personnels des services de soins	545,75	553,18	557,85	544,27	528,58	- 3,1 %
dont infirmiers diplômés d'Etat (IDE)	365,94	374,56	381,46	383,45	368,1	0,6 %
dont aides –soignants (AS)	104,85	103,41	90,99	89,7	92,08	- 12,2 %
personnels éducatifs et sociaux	18,7	19,73	16,59	19,08	18,87	0,9 %
personnels médicotechniques	5,51	5,03	4,75	5,52	5,37	- 2,5 %
personnels techniques et ouvriers	81,93	79,83	78,59	79,51	72,8	- 11,1 %
total personnel non médical	719,99	724,05	725,62	721,8	693,47	- 3,7 %
part personnels des services de soins / personnel non médical	75,8 %	76,4 %	76,9 %	75,4 %	76,2 %	
part IDE / personnels des services de soins	67,1 %	67,7 %	68,4 %	70,5 %	69,6 %	
part AS / personnels des services de soins	19,2 %	18,7 %	16,3 %	16,5 %	17,4 %	

Source : bilans sociaux⁵⁷

Fin janvier 2020 les services ont transmis à la chambre des données improprement appelées gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences (GPEC) qui sont en réalité des éléments sur la gestion d'effectifs, seule l'année 2018 ayant d'ailleurs été transmise.

Il était indiqué qu'« un travail de définition des effectifs théoriques a été débuté en 2017-2018, selon la GPEC (document 2018 en pièce jointe, auquel il convient de rajouter la MAS pour 32,2 ETP pour avoir le total de l'établissement). Ce travail est repris en 2020. Selon ce tableau GPEC, l'effectif théorique qui en ressort est de 631 ETP ».

Tableau 40 : Evolution de la rémunération du personnel non médical (budgets consolidés)

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
Personnel titulaire et stagiaire	22 228 016	22 091 797	21 535 188	20 433 430	21 104 852	- 5,05 %
+ Personnel en CDI	522 460	623 075	569 659	294 587	172 325	- 67 %
+ Personnel en CDD	477 041	759 100	1 381 364	1 614 819	1 262 598	164,7 %
- Atténuations de charges	704 380	1 268 395	535 961	350 455	341 485	- 51,5 %
total rémunérations	22 523 138	22 205 577	22 950 250	21 992 380	22 198 291	- 1,4 %
total Charges sociales nettes	9 133 907	9 179 188	9 284 856	9 223 613	8 716 369	- 4,6 %
TOTAL Masse salariale	31 657 045	31 384 765	32 235 106	31 215 993	30 914 660	- 2,3 %

Source : comptes financiers, budgets consolidés

La masse salariale des personnels non médicaux diminue de 2,3 % sur la période.

⁵⁷ Bilans sociaux : pour 2016 et 2017, les données sont celles figurant au bilan social 2018 étant donné que les chiffres au titre de 2016 diffèrent entre le bilan social 2016 et le bilan social 2018, le bilan social 2017 apparaît comme atypique dans sa réalisation, aussi les données du bilan social 2018 au titre de 2017 ont été privilégiées ; les données proviennent de l'indicateur 1.1 effectifs ETPR par filières, sauf pour les précisions concernant les IDE et AS : l'indicateur 1.1 ne fournit pas ce renseignement en 2018 au titre de 2016, 2017 et 2018, aussi c'est le nombre d'ETP moyen par catégorie figurant à l'indicateur 6.1 qui a été renseigné pour l'évolution concernant les IDE et les AS de 2016 à 2018 à partir du bilan social 2018.

La chambre relève que le manque de fiabilité des données et l'absence d'historique à périmètre constant ne permettent pas une analyse pertinente des ressources humaines.

Recommandation n° 5 : Fiabiliser et reconstituer un historique de la gestion des ressources humaines afin de pouvoir en tirer des analyses permettant un pilotage pour l'avenir.

8.4.1 L'organisation et le temps de travail⁵⁸

8.4.1.1 Les dispositions réglementaires

Les temps théoriques de travail sont fixés par les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, modifié, relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Tableau 41 : Durée de travail (base 35 heures hebdomadaires)

Pour des personnels en repos fixe travaillant 7 h par jour	1 607 h/an
Année = jours	365
repos hebdomadaire	104 (52 x 2)
Jours fériés (forfaitaire)	8
congés annuels	25 (5 x 5)
Jours travaillés/an	228
Deux méthodes de calcul :	
228 j x 7 h = 1 596 heures arrondies à 1 600 heures,	
228 j/5 j = 45,6 semaines x 35 h = 1 596 heures arrondies à 1 600 heures,	
"1 600 heures + 7 heures (journée de solidarité) = 1 607 heures"	
Aucun jour de RTT accordé	

Source : CRC

8.4.1.2 Le temps de travail au CHS de Jury

8.4.1.2.1 L'accord local

Un accord local relatif à la réduction du temps de travail a été conclu le 10 avril 2002. Il a été appliqué jusqu'en juin 2018.

Il était prévu dès l'introduction du règlement intérieur (page 4 du document) qu'une évaluation annuelle serait faite au minimum une fois par an.

En son titre V, il était prévu la création d'un comité de suivi avec deux réunions annuelles à partir de 2003. Toutefois, les dispositions prévues dans l'accord n'ont jamais été respectées, aucun compte rendu du comité ou document d'évaluation n'a été transmis suite aux demandes de la chambre.

La durée du travail avait été fixée à 1 547 heures (durée maxi) et 1 525 heures (durée mini) pour les personnels à repos fixe, alors même qu'elle aurait dû être, pour ces personnels, de 1 607 heures.

⁵⁸ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 3 « La durée annuelle de travail effectif mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1^{er} du présent décret est réduite pour les agents soumis aux sujétions spécifiques dans les conditions ci-après : 1° Pour les agents en repos variable, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1^{er}, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires. 2° Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 560 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1^{er}, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. A compter du 1^{er} janvier 2004, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1^{er}, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé [...] ».

Tableau 42 : Durée du travail - accord local du 10 avril 2002

	Repos fixe	Repos variable 1 entre 10 et 19 D/JF	Repos variable 2 au moins 20 D/JF	Nuit	
				au 1.01.02	au 1.01.04 (32 h 30 par semaine)
Base annuelle	365	365	365	365	
Jours repos hebdomadaire	104	104	104	104	
Jours ouvrés de CA	25	25	25	25	
Jours férié	10	11	11	11	
Jours Alsace-Moselle	2	2	2	2	
Jours sujétion particulière				2** (= 15 h)	
Jours compensateurs			2*		
Total			144	144	
Jours annuels de travail	224	223	221	221	
	1 568	1 561	1 547	1 546	1 436
Jours CA (hors saison)	2 (ou 1)	2 (ou 1)	2 (ou 1)	2 (ou 1)	2 (ou 1)
Jours annuels de travail	222	221	219	219	219
Durée annuelle (intermédiaire) en heures	1 554	1 547	1 533	1 532	1 423
Jour de fractionnement	1	1	1	1	1
Jours annuels de travail	221	220	218	218	218
Durée annuelle en heures au CHS de Jury	1 547	1 540	1 526	1 525	1 417
Durée annuelle en heures décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002	1 607	1 582	1 568	1 560	1 476

Source : DRH Jury

* jours compensateurs supplémentaires si au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile (art. 3 du décret sur l'organisation du temps de travail)

** 1 575 h - 1 560 h = 15 h (jours de sujétion particulière) (écart entre la durée annuelle des agents en repos variables et les agents travaillant exclusivement de nuit – art. 3 du décret sur l'organisation du temps de travail)

8.4.1.2.2 Le règlement intérieur

Un règlement intérieur de gestion du temps de travail a été présenté et validé le 28 juin 2018 en comité technique d'établissement.

Ce document indique en page 4, qu'une évaluation aura lieu au minimum une fois par an avant le mois de décembre. En décembre 2019 il n'y avait eu aucune réunion d'évaluation du règlement intérieur.

Tableau 43 : Durée du travail - règlement intérieur du 26 juin 2018

	Repos variables Supérieur ou égal à 20 dimanches et fériés par an	Repos variables Entre 10 et 19 dimanches et fériés par an	Repos fixes Inférieur à 10 dimanches ou fériés par an	FORFAIT Forfait jour
JOURS Année 2018				
Nombre de jours Année	365	365	365	365
Repos hebdomadaires	- 104	- 104	- 104	- 104
Congés annuels *	- 27	- 27	- 27	- 27
Fériés (selon les années pour les repos fixes et forfait jour)	- 13	- 13	- 11	- 11
Repos compensateurs et dimanche et jours fériés	- 2			
Sous total jours travaillés	219	221	223	223
Sous total heures travaillées	1 533	1 547	1 561	/
Congés hors saison	- 2	- 2	- 2	- 2
Jour de fractionnement	- 1	- 1	- 1	- 1
Jours travaillés (si acquis supplémentaires)	217	219	221	221
Total annuel des heures travaillées au CHS de Jury	1 519	1 533	1 547	1 547
Durée annuelle en heures décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002	1 568	1 582	1 607	1 607
Journée de solidarité 2018 ** (agents à 37 h 30 et 39 h)	Déduit 1 RTT	Déduit 1 RTT	Déduit 1 RTT	Déduit 1 RTT
Journée de solidarité 2018 *** (agents à 32 h 30 et 35 h)	Ajout 1 jour	Ajout 1 jour	Ajout 1 jour	Ajout 1 jour

Source : DRH Jury

* selon le décret : 25 CA (+ 2 congés ajoutés après négociation avec les représentants du personnel)

** Déduction d'1 jour de RTT pour les agents à 37 h 30 et 39 h

*** Ajout d'1 jour de travail pour les agents à 32 h 30 et 35 h

8.4.1.2.3 Les congés

Le décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière énonce en son article 5 les jours fériés légaux applicables aux agents de la fonction publique hospitalière dont les jours prévus par l'ordonnance locale du 16 août 1892 applicable dans le département de la Moselle.

Plusieurs circulaires émanant du ministère en charge de la santé précisent certaines modalités d'application de ces dispositions réglementaires. Il s'agit notamment des points précisés sous paragraphe « 3.6 jours fériés » de la circulaire DHOS/P1 n° 2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements et sous paragraphe « VI. Jours fériés » de la circulaire DHOS/P1 n° 2003-295 du 24 juin 2003 relative aux mesures d'adaptation de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

Il résulte de ces différents textes que si les jours du 26 décembre et du « vendredi saint » sont reconnus comme des jours fériés pour les agents exerçant dans certains établissements hospitaliers notamment en Moselle, le temps de travail correspondant à ces deux jours fériés supplémentaires ne vient pas en déduction du temps de travail légal des agents. Des compensations sont prévues pour les agents travaillant en repos variable ou lorsque les repos hebdomadaires interviennent à dates fixes, mais ne comprennent pas simultanément le samedi et le dimanche, la compensation est accordée quand le jour férié coïncide avec le jour ouvré.

Compte tenu des droits supplémentaires accordés, au titre des congés annuels, des congés hors saison, de fractionnement et des deux jours fériés spécifiques à l'Alsace-Moselle aux agents, le CHS de Jury ne respecte pas la durée annuelle légale du travail de 1 607 heures.

Tableau 44 : Incidence du non-respect de la durée légale du travail pour l'année 2018

	Repos variables Supérieur ou égal à 20 dimanches et fériés par an	Repos variables Entre 10 et 19 dimanches et fériés par an	Repos fixes Inférieur à 10 dimanches ou fériés par an	FORFAIT Forfait jour
Heures non effectuées pour un agent	49	49	60	60
Nombre d'agents	270,5	53,7	323,45	57,4
Equivalent du total du nombre d'heures	13 254,5	2 631,3	19 407	3 444
Equivalent ETP	8,45	1,66	12,07	2,14
Traitement moyen par catégorie	non communiqué par le CHS de Jury	non communiqué par le CHS de Jury	non communiqué par le CHS de Jury	non communiqué par le CHS de Jury
Coût des heures non effectuées	ne peut être calculé en raison de l'absence d'éléments du CHS	ne peut être calculé en raison de l'absence d'éléments du CHS	ne peut être calculé en raison de l'absence d'éléments du CHS	ne peut être calculé en raison de l'absence d'éléments du CHS

Source : CRC/DRH Jury

Compte tenu du non-respect de la durée légale du travail, les heures non travaillées correspondent à 24,32 ETP en 2018 soit un coût salarial annuel moyen de 1 084 161 €⁵⁹, représentant 3,5 % de la masse salariale chargée 2018.

Il convient de préciser que le calcul de l'incidence du temps non travaillé a été réalisé à partir des données du bilan social 2018, du compte financier et de la situation d'un agent bénéficiant de l'intégralité des jours (congrés annuels, fractionnement, hors saison et jours fériés). Contrairement à l'engagement des services du CHS de Jury, aucun élément n'a été transmis quant au nombre d'agents et au traitement moyen par catégorie de personnels.

Nonobstant la période critique de crise sanitaire qui perdure à ce jour, la chambre constate que le temps de travail n'est pas respecté en situation normale.

Elle invite l'établissement à renégocier l'accord sur le temps de travail pour le mettre en conformité avec les dispositions légales et réglementaires relatives au temps de travail.

8.4.2 L'absentéisme

Compte tenu des discordances constatées entre les données fournies par l'ordonnateur et celles du bilan social, ce sont ces dernières qui ont été retenues afin d'assurer une cohérence de méthode d'analyse.

⁵⁹ Sur la base d'un ETP de personnel non médical = 44 579 € (soit 30 914 660 € de masse salariale chargée 2018 PNM au vu du compte financier 2018 / 693,48 ETP au vu du bilan social 2018)

Tableau 45 : Evolution de l'absentéisme de 2014 à 2018

Années	2014	2015	2016	2017	2018	évolution 2018/2014
Maladie :	17 232	16 177	17 081	16 215	17 298	0,4 %
<i>dont Maladie ordinaire</i>	10 645	10 785	11 939	10 766	12 404	16,5 %
<i>dont LM, LD, grave maladie</i>	5 721	4 857	3 766	4 442	4 139	- 27,7 %
<i>dont Maladie professionnelle</i>	866	535	1 376	1 007	755	- 12,8 %
Accident de trajet et de travail	883	1 928	1 982	2 375	3 279	271,3 %
<i>dont Accident de trajet</i>	NR*	NR	NR	NR	NR	
<i>dont Accident de travail</i>	883	1 928	1 982	2 375	3 279	271,3 %
Naissance ou Adoption :	2 868	3 310	3 651	1 994	2 348	- 18,1 %
TOTAL jours d'absences	20 983	21 415	22 714	20 584	22 925	9,3 %
taux d'absentéisme PNM	8,1 %	8,3 %	8,6 %	7,8 %	9,1 %	

Source : bilans sociaux, *NR : non renseigné

Le CHS de Jury connaît un taux d'absentéisme élevé, en croissance sur la période pour atteindre 9,1 % en 2018.

Comparativement, les taux moyens d'absentéisme pour les établissements publics de santé mentale (EPSM) relevés par l'ATIH⁶⁰ à partir des bilans sociaux, sont, pour le personnel non médical, de 8 % en 2014 et de 8,4 % en 2018.

L'absentéisme qui connaît la plus forte progression concerne l'accident du travail (AT). Le nombre de jours d'absences correspondants a été multiplié par 3,7 de 2014 à 2018.

Les catégories de personnels les plus impactées sont les infirmiers et les aides-soignants. Les bilans sociaux mentionnent que les principales causes d'absences sont les contacts avec les patients (dont agressions) et les chocs directs (accidents musculaires).

Recommandation n° 6 : Analyser les causes d'absentéisme en portant une attention particulière sur les accidents du travail et mettre en œuvre les mesures appropriées.

8.4.3 L'évaluation des personnels

Le décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dispose en son article premier : « *Sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, après avis du comité technique d'établissement, les fonctionnaires et les agents contractuels employés à durée indéterminée, à l'exception des personnels de direction et des directeurs des soins, peuvent faire l'objet, à titre expérimental, d'une évaluation ayant pour but d'apprécier leur valeur professionnelle dans les conditions fixées par le présent décret* ».

Une procédure d'évaluation et de notation des titulaires et contractuels a été mise en place au CHS de Jury.

Des notes de services relatives à l'évaluation en date du 25 mai 2016 et à la notation en date du 9 juin 2017 sont disponibles sur le portail intranet de l'établissement. Elles sont signées par la directrice des ressources humaines des deux établissements de Jury et Lorquin.

La chambre relève qu'à compter de 2017 il n'y a plus d'évaluation, seule la notation est effectuée.

Cette modification qui est prévue par les dispositions du décret précité doit cependant respecter des procédures de mise en œuvre ou de suppression et notamment recevoir l'avis du comité d'établissement.

⁶⁰ ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) : taux d'absentéisme : (nombre de jours d'absence pour motif médical et non médical) / (ETP moyen sur l'année N x 365).

Après demande de la chambre sur les procédures qui avaient conduit à la suppression de l'évaluation, les services de l'ordonnateur ont indiqué qu'ils ne disposaient pas d'autre élément relatif à la thématique notation/évaluation/formation.

La chambre relève qu'en l'espèce une modification des conditions d'évaluation a été réalisée sans consultation des représentants du personnel.

8.4.4 La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

La GPMC pour le management des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière est un mode de gestion dynamique et préventif des ressources humaines. Il rejoint le modèle de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) développé dans la fonction publique d'Etat et territoriale et les entreprises.

Cette démarche prospective et stratégique consiste à identifier et résoudre des problématiques d'évolution des métiers (sensibles ou émergents) et développer les capacités d'évolution de chaque salarié dans le cadre de son parcours professionnel avec un volet formation.

Le CHS de Jury n'a pas de stratégie de GPMC. Il semble y avoir une certaine confusion entre GPMC et GPEC qui pour le CHS de Jury n'est qu'un outil de gestion des effectifs (cf. 8.4. le personnel non médical).

L'engagement d'une démarche de GPMC doit permettre une meilleure compréhension des missions de chacun, comme le souligne le compte rendu d'un diagnostic de qualité de vie au travail réalisé de juin à septembre 2018 :

- « *les ressources humaines avec le management doit définir les missions de chacun :*
- *notamment pour les cadres, les médecins,*
 - *clarifier la notion de poste, de mission et de polyvalence pour l'ensemble des acteurs »⁶¹.*

Recommandation n° 7 : Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences afin d'accompagner les projets d'évolution de l'établissement.

8.4.5 Les mises à disposition

8.4.5.1 Les modalités de la mise à disposition

Les articles 48 à 50 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière précisent les dispositions concernant la mise à disposition.

Le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition, est venu expliciter les dispositions de la loi.

La mise à disposition doit faire l'objet d'une convention entre l'établissement d'origine et l'établissement d'accueil qui : « *définit la nature des activités exercées par le fonctionnaire mis à disposition, ses conditions d'emploi, les modalités du contrôle et de l'évaluation de ces activités* » (article 2 du décret précité). Une décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination prononce la mise à disposition et indique la quotité du temps de travail effectuée dans chaque établissement (articles 1 et 4 du décret précité).

Les conventions établies par le CHS de Jury, ne comportent aucune indication sur les conditions d'emploi, les modalités du contrôle et l'évaluation des activités des personnels.

Aucun dossier d'agent ne contient de décision prise pour les personnels mis à disposition.

⁶¹ Diagnostic qualité de vie au travail juin-septembre 2018, page 51.

8.4.5.2 Le rapport annuel au comité technique d'établissement (CTE)

L'article 49-2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 disposait, avant son abrogation par l'article 5 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2021 : « *L'application des articles 48, 49 et 49-1 fait l'objet d'un rapport annuel de l'autorité investie du pouvoir de nomination au comité technique d'établissement compétent, précisant le nombre de fonctionnaires mis à disposition, les organismes bénéficiaires de ces mises à disposition, ainsi que le nombre des personnels de droit privé mis à disposition* ».

Le CHS de Jury ne respecte pas ces dispositions, aucun rapport n'a été présenté en CTE.

Rappel du droit n° 11 : Etablir des conventions, prendre des décisions de mise à disposition de personnel et présenter au comité technique d'établissement un rapport annuel conformément aux dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition.

8.4.6 Les primes et indemnités

Les techniciens supérieurs hospitaliers perçoivent une indemnité forfaitaire technique instituée par le décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013 relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers. L'article 2 du décret indique que le montant mensuel de l'indemnité forfaitaire technique est arrêté par l'autorité investie du pouvoir de nomination en fonction de la valeur professionnelle de l'agent.

Par note interne du 7 février 2013, le CHS de Jury a établi une grille d'évolution du taux de l'indemnité forfaitaire technique en fonction de la note de l'agent.

Le contrôle de la chambre a porté sur six dossiers de techniciens supérieurs hospitaliers. Il a montré plusieurs lacunes. Trois d'entre eux ne contenaient pas de décision individuelle d'attribution dont le taux correspondait au taux actuel perçu par l'intéressé et deux comportaient des décisions mais les taux individuels attribués n'étaient pas conformes à la note interne précitée.

Faisant suite aux observations de la chambre, des décisions individuelles ont été prises pour régulariser la situation des agents. Cependant pour deux d'entre eux, les taux n'ont toujours pas été modifiés et ne sont pas conformes aux dispositions de la note interne du 7 février 2013 dont l'ordonnateur a précisé qu'elle n'avait pas fait l'objet de modification à ce jour.

A titre d'exemple, le taux de l'indemnité forfaitaire d'un technicien supérieur hospitalier a évolué en 2018 : passage de 25 % à 30 % à compter du 1^{er} mars 2018, puis à 35 % à compter du 1^{er} juillet 2018, puis à 40 % à compter du 1^{er} octobre 2018. Le taux appliqué est en contradiction avec la note interne du 7 février 2013 : il correspond à une note supérieure à celle détenue par l'agent. Les notes de celui-ci au titre de 2017 et 2018 devaient entraîner l'application d'un taux de 30 %.

La chambre invite l'établissement à finaliser les régularisations engagées.

8.4.7 Les frais de déplacement

Le décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France indique en son article 5 : « *L'agent appelé à se déplacer pour les besoins du service hors de sa résidence administrative et hors de sa résidence familiale peut prétendre à la prise en charge [...]* » et en son article 7 : « *Est en mission l'agent qui se déplace pour l'exécution du service, hors de sa résidence administrative et hors de sa résidence familiale* ».

Au CHS de Jury, l'accord local concernant la réduction du temps de travail de 2002 et le règlement intérieur relatif à la gestion du temps de travail des personnels non médicaux de 2018 ne contiennent aucun élément d'information ou de procédure relatif aux frais de déplacement des agents.

Une note de service relative aux ordres de mission et aux remboursements des frais en date du 24 janvier 2017 reprend en préambule l'article 7 du décret n° 92-566 du 25 juin 1992 précité. Il est ainsi indiqué que : « *Est en mission l'agent qui se déplace, pour l'exécution du service, hors de sa résidence administrative et hors de sa résidence familiale. [...] Les agents se déplaçant dans leur RA ou leur RF, ne pourront prétendre à aucun frais de déplacement, ni frais de repas* ».

Sur la période de contrôle, les remboursements des frais de déplacements augmentent de 28 % et représentent 2,6 % des charges du titre 3 en 2018.

Tableau 46 : Evolution des remboursements des frais de déplacements de 2014 à 2018

en euros	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
c. 6251 voyages et déplacements	144 639	157 741	173 141	193 285	186 002	28,6 %

Source : comptes financiers

Le départ des trajets lors d'une mission est pour certains agents systématiquement le lieu de résidence administrative :

- même si la mission est effectuée dans le lieu de résidence familiale ;
- ou bien même si au vu des horaires des déplacements, l'agent s'est déplacé en début de journée depuis sa résidence familiale ou est rentré en fin de journée à sa résidence familiale, située à une moindre distance du lieu du déplacement que la résidence administrative.

Cette pratique occasionne des remboursements supplémentaires.

Les frais de déplacement sont aussi impactés par les remboursements des frais de repas versés aux agents de l'équipe réseau des alternatives à l'hôpital (ERAH). Les professionnels de cette équipe sont appelés à se déplacer régulièrement, avec utilisation de véhicules administratifs, pour suivre les patients résidant en alternatives à l'hospitalisation dans des appartements associatifs sur la commune de Woippy, les quartiers de Queuleu et Borny à Metz, la résidence d'accueil de Solgne et dans des résidences de Montigny-lès-Metz. Chaque déplacement occasionne le remboursement des frais de repas.

Chaque agent reçoit en moyenne 225 € par mois. En 2018, ces remboursements ont représenté pour l'établissement, 27 117 €. Les déplacements de cette équipe qui compte une dizaine de membres, se font essentiellement dans l'agglomération messine, proche du CHS qui dispose d'un service de restauration pour le personnel.

Chaque interne perçoit une avance sur frais de déplacement qui lui est versée mensuellement pour un montant de 361 €. Aucun état de frais n'est transmis chaque mois et aucun décompte de solde n'est établi. Il n'y a donc jamais de régularisation des avances versées.

L'ordonnateur a indiqué que le versement de ces frais de déplacement était en réalité une prime versée aux internes pour améliorer l'attractivité du CHS de Jury. Ce dispositif ne trouve son fondement dans aucun acte juridique.

L'hôpital doit revoir ses procédures en matière de remboursement de frais et cesser tout remboursement forfaitaire des frais de déplacement aux internes.

La chambre demande au CHS de Jury de mettre un terme à ces remboursements irréguliers.

Rappel du droit n° 12 : Effectuer les remboursements de frais de déplacement conformément aux dispositions du décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière et aux notes de service internes à l'établissement, et cesser tout remboursement forfaitaire.

8.5 La médecine du travail

En 2017, à la suite du départ du médecin du travail (0,38 ETP) et de son assistante (0,48 ETP), un médecin contractuel a été recruté à temps complet par contrat à durée indéterminée de droit public à compter du 6 juin 2017. Il a été mis fin à son contrat pendant la période d'essai, le 11 septembre 2017, pour le motif de service non fait.

Un nouveau médecin du travail a dû être recruté à compter du 1^{er} septembre 2017.

8.5.1 Le recrutement du médecin du travail

Conformément aux dispositions de l'article R. 6152-406 du code de la santé publique, les praticiens contractuels employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement public de santé employeur. Les praticiens contractuels employés à temps partiel peuvent, à condition d'en informer la direction de l'établissement, exercer une activité rémunérée en dehors du service effectué dans l'établissement public de santé employeur.

L'article 5 du décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017, relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique, dispose que « ... *l'agent peut être autorisé à cumuler une activité accessoire avec son activité principale, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal...* »⁶².

L'article 6 du décret précité donne la liste des activités accessoires. Celle de médecin du travail contractuel à 90 % ne fait pas partie de cette liste.

L'article 22 du décret précité dispose que « ... *l'agent qui relève de plusieurs autorités est tenu d'informer par écrit chacune d'entre elles de toute activité qu'il exerce auprès d'une autre administration...* ».

Confronté à une pénurie de médecin spécialiste en médecine du travail, le CHS de Jury a pris la décision de recruter un médecin contractuel à temps non complet (90 %) (article 2 du CDI en date du 1^{er} septembre 2017).

L'article 2 de la convention de mise à disposition en date du 28 août 2017 (antérieure à la date du contrat de recrutement) prévoit que le médecin du travail effectue sur son temps de 90 %, deux journées par mois au CHS de Lorquin.

Il s'avère que la personne recrutée en septembre 2017 exerçait et exerce toujours en qualité de médecin territorial contractuel à temps complet au sein d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI). Cette personne figure à l'organigramme de l'EPCI comme responsable de la direction de la prévention et de la santé au travail.

Le CHS de Jury ne pouvait ignorer cette situation puisqu'un courrier adressé par l'intéressé le 12 août 2017 à la DRH indique en entête le poste occupé par le médecin du travail auprès de l'EPCI.

La DRH gère le planning des rendez-vous du médecin du travail à Jury.

⁶² Le décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 a été abrogé et remplacé par le décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique, qui entre en vigueur le 1^{er} février 2020.

Les documents communiqués indiquent que la durée de travail de 90 % ne représente en fait que quelques jours de travail par mois. Pour la période de juillet 2019 à décembre 2019 le nombre de jours travaillés est de : trois en juillet, un en septembre, trois en octobre, trois en novembre et deux en décembre.

La chambre relève d'une part, que comme son prédécesseur, les obligations de travail prévues au contrat ne sont pas respectées. Le médecin du travail n'effectue pas les 90 % de son temps prévu au contrat. D'autre part, le médecin du travail de par le cumul d'emploi effectue 190 % de temps de travail. L'emploi à Jury doit être accessoire et la chambre s'interroge sur le caractère accessoire d'un emploi à 90 %. Aucune pièce dans le dossier de l'agent ne permet de considérer qu'il bénéficie d'une autorisation de cumul d'activité auprès de son employeur principal conformément aux dispositions du décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 précité.

Rappel du droit n° 13 : Mettre en adéquation le contrat avec le temps de travail effectif du médecin du travail dans le respect des règles de cumul, conformément aux dispositions du décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique.

8.5.2 La convention de prestations de médecine professionnelle et préventive

A compter du 1^{er} septembre 2017, une convention de prestations de médecine professionnelle et préventive, d'hygiène et de sécurité et un abonnement à la plateforme d'écoute médico-psychologique en faveur des agents a été conclue entre le CHS de Jury et une entreprise située à Nancy.

Les prestations prévues concernent la mise à disposition d'une plateforme d'écoute psychosociale composée de professionnels de santé qualifiés sur la question des risques psychosociaux liés à l'exercice des professions hospitalières et d'une infirmière pour les visites médicales du médecin de prévention. L'article 3 prévoit qu'une carte est remise à chaque agent ; elle indique le numéro vert mis à disposition des agents pour joindre la plateforme téléphonique et une notice précise le rôle de la plateforme.

La convention est conclue pour une durée de trois ans du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020. Son coût est un forfait de 94 686 € HT pour toute la période. Lors de sa conclusion, le décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 disposait en son article 34 que, lorsque la valeur estimée du besoin est égale ou supérieure à 90 000 € HT et inférieure aux seuils de procédure formalisée, l'acheteur publie un avis de marché soit dans le bulletin officiel des annonces des marchés publics soit dans un journal habilité à recevoir des annonces légales.

Pour ce marché de prestations il n'y a pas eu de modalité de publicité. Une avance de 20 % du montant forfaitaire de la convention soit 18 937 € HT a été réglée à l'entreprise lors de la signature de la convention en septembre 2017.

Les prestations sont mandatées par le CHS de Jury chaque mois pour 2 596 € TTC depuis octobre 2017⁶³.

L'accès des personnels de l'établissement à la plateforme téléphonique de soutien psychosociale n'était toujours pas effectif en juin 2019. La question de l'accès au numéro vert a été posée lors du comité technique d'établissement du 28 mars 2019. Une réponse y a été apportée lors du comité technique d'établissement du 13 juin 2019 : « *les cartes ont été déposées au secrétariat de direction. Elles seront distribuées une fois la parution de la note d'information et le mode d'emploi réalisés par l'organisme gestionnaire* ».

La chambre relève que, alors que la prestation est payée depuis septembre 2017, l'intégralité du service n'a pas été effectuée comme l'atteste le compte rendu du comité technique d'établissement.

⁶³ Extrait du grand livre des charges de 2017 et de 2018 pour le prestataire.

Les prestations de mise à disposition d'une plateforme d'écoute n'ont été effectives qu'à compter de décembre 2019 après diffusion d'une note sur les modalités d'accès à la plateforme jointe aux bulletins de salaires de novembre 2019.

En outre, le médecin du travail contractuel au CHS de Jury depuis septembre 2017 est l'un des trois membres fondateurs de l'entreprise prestataire et il possède la majorité du capital social de l'entreprise depuis son origine⁶⁴.

La chambre s'interroge d'une part, sur l'achat d'une prestation de service sans respect des dispositions relatives à la commande publique, d'autre part, sur la conclusion d'un marché avec une entreprise dont le médecin du travail de l'établissement est majoritaire au capital social et enfin, sur le paiement d'une prestation sans que l'intégralité du service n'ait été effectuée depuis septembre 2017.

9. LA MISE EN OEUVRE DU REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES

Les données sont omniprésentes dans l'environnement de la gestion de toute institution. Lorsqu'elles sont convenablement pilotées et sécurisées, elles permettent de gagner en efficacité, de personnaliser la relation et d'améliorer les services.

La réglementation a évolué pour s'adapter aux enjeux du numérique. Le règlement général relatif à la protection des données (RGPD) est entré en vigueur le 24 mai 2016. Cette directive⁶⁵ a été reprise dans le droit français⁶⁶ et a modifié la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux libertés et aux fichiers.

Consciente de la difficulté de mettre en œuvre les dispositions du règlement, d'application directe dans tous les pays de l'Union européenne, alors que les règles étaient jusqu'alors nationales, l'Union a prévu un délai de transition, permettant aux organisations concernées de se mettre en règle progressivement. Elles disposaient d'un différé d'entrée en vigueur, jusqu'au 25 mai 2018, pour se mettre en conformité. L'objectif de cette réglementation est de garantir une meilleure maîtrise des données personnelles, de renforcer les droits des personnes et responsabiliser davantage les organismes publics et privés qui traitent leurs données.

Des sanctions sont prévues en cas de violation des dispositions du règlement, en fonction des situations : 10 à 20 M€ pour la sanction administrative et de 2 à 4 % du chiffre d'affaires mondial pour une entreprise. En France, la commission nationale informatique et liberté (CNIL) est chargée, entre autre, de contrôler l'usage conforme des données.

Le CHS de Jury est concerné par ces obligations pour ce qui est relatif aux données des patients suivis et à celles des agents.

L'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel, dispose :

- en son article 48 que « *Le droit à l'information s'exerce dans les conditions prévues aux articles 12 à 14 du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016. En particulier, lorsque les données à caractère personnel sont collectées auprès d'un mineur de moins de quinze ans, le responsable de traitement transmet au mineur les informations mentionnées à l'article 13 de ce règlement dans un langage clair et facilement accessible [...] » ;*
- en son article 105 que « *La personne concernée a le droit d'obtenir du responsable de traitement la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne*

⁶⁴ Actes relatifs à la société : constitution en date du 6 mai 2013, mises à jour des statuts des 7 juin 2016 et 23 novembre 2017.

⁶⁵ Directive (UE) 2016/680 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel par les autorités compétentes à des fins de prévention et de détection des infractions pénales, d'enquêtes et de poursuites en la matière ou d'exécution de sanctions pénales, et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la décision-cadre 2008/977/JAI du conseil.

⁶⁶ Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, promulguée le 21 juin 2018.

sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, le droit d'accéder auxdites données ainsi qu'aux informations suivantes :

- *1° Les finalités du traitement ainsi que sa base juridique ;*
- *2° Les catégories de données à caractère personnel concernées ;*
- *3° Les destinataires ou catégories de destinataires auxquels les données à caractère personnel ont été communiquées, en particulier les destinataires qui sont établis dans des Etats n'appartenant pas à l'Union européenne ou au sein d'organisations internationales ;*
- *4° Lorsque cela est possible, la durée de conservation des données à caractère personnel envisagée ou, à défaut lorsque ce n'est pas possible, les critères utilisés pour déterminer cette durée ;*
- *5° L'existence du droit de demander au responsable de traitement la rectification ou l'effacement des données à caractère personnel, et l'existence du droit de demander une limitation du traitement de ces données ;*
- *6° Le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et les coordonnées de la commission ;*
- *7° La communication des données à caractère personnel en cours de traitement ainsi que toute information disponible quant à leur source. »*

Le décret n° 2019-536 du 29 mai 2019 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dispose en son article 82 que :
« *Un délégué à la protection des données est désigné par le responsable du traitement ou par le sous-traitant dans les cas prévus par l'article 37 du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 susvisé. Le délégué veille au respect des obligations prévues par le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 susvisé et par la loi du 6 janvier 1978 susvisée. »*

Le système d'information hospitalier est une compétence du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) mais sa mise en œuvre demande du temps.

Un délégué à la protection des données (DPO) mutualisé a été nommé en décembre 2019 par la directrice du GHT. La lettre de mission prévoit qu'il anime un réseau des référents RGPD de chacun des établissements composant le GHT. Un référent SSI (sécurité des systèmes d'information) a été désigné par l'établissement à la demande du GHT, cette mission devant être mutualisée à terme.

La chambre relève que si une note à destination des patients existe en matière de protection des données, rien n'a été diffusé aux personnels sur ce thème en dépit de l'obligation qui en est faite à l'établissement.

La chambre invite donc la direction de l'hôpital à mettre en place toutes les procédures d'information en matière de protection des données à destination de ses personnels.

ANNEXE 1 : Compte épargne temps (CET)

Tableau 1 : Evolution des provisions relatives aux comptes épargne temps de 2015 à 2017 : comparaison des données issues des bilans sociaux, comptes financiers et justificatifs des opérations budgétaires

en euros au 31 décembre	2015			2016			2017		
	BS	certificat	CF	BS	certificat	CF	BS	certificat	CF
	tous budgets	budget H	tous budgets	tous budgets	budget H	tous budgets	tous budgets	budget H	tous budgets
PNM									
cat. A jours		9 536			9 170			8 666	
valorisation	1 427 036	1 407 740		1 443 399	1 353 733		1 382 976	1 279 368	
cat. B jours		5 548			6 980			4 008	
valorisation	445 694	524 131		474 122	659 473		386 691	378 686	
cat. C jours		5 909			5 610			4 178	
valorisation	287 338	453 638		442 063	430 659		320 700	320 700	
sous total PNM									
jours	22 184	20 993		20 554	21 760		16 959	16 852	
valorisation	2 160 068	2 385 509	2 160 068	2 359 584	2 443 866	2 198 660	2 090 367	1 978 754	2 090 366
PM									
jours	1 440	1 440		1 515	1 798		852	852	
valorisation	510 305	510 305	510 305	536 765	637 159	637 159	301 864	301 864	301 864
total général									
jours	23 624	22 433		22 069	23 559		17 811	17 704	
valorisation	2 670 373	2 895 814	2 670 373	2 896 349	3 081 025	2 835 819	2 392 231	2 280 618	2 392 230

Source : bilans sociaux, comptes financiers et justificatifs des opérations budgétaires

Tableau 2 : Evolution des comptes épargne temps du budget principal H de 2014 à 2018

C E T	2014	2015	2016	2017	2018
personnel non médical : nombre de jours stockés = (a)	22 211,30	20 992,89	20 099,21	17 531,47	18 591,39
dont catégorie A	10 269,38	9 535,92	7 509,08	9 345,67	10 190,70
dont catégorie B	5 994,70	5 547,53	6 980,03	4 008,11	4 110,44
dont catégorie C	5 947,05	5 909,44	5 610,10	4 177,69	4 290,25
personnel médical : nombre de jours stockés = (b)	1 375,54	1 440,32	1 798,36	852	1 641,56
Nombre total de jours stockés = (a) + (b)	23 586,67	22 433,21	21 897,57	18 383,47	20 232,95
valorisation financière y compris charges sociales en €	3 026 275	2 895 814	2 835 819	2 380 904	2 803 807

Source : CHS de Jury

ANNEXE 2 : Évolution des capacités en lits et projets immobiliers

domaines	situation en mars 2016	objectif fixé en mars 2016	observations	objectif actualisé en novembre 2018	objectif actualisé juin 2019	estimation financière	situation en avril 2019	objectif actualisé en novembre 2019	observations
source	note d'orientation mars 2016	note d'orientation en mars 2016	note d'information en décembre 2016	CS du 21 décembre 2018	note ARS DT57 du 6 juin 2019	note ARS DT57 du 6 juin 2019	lits disponibles au 16 avril 2016 PPT projets immobiliers	délibération du 16 décembre 2019 CS CHS Jury	délibération du 16 décembre 2019 CS CHS Jury
soins sans consentement/ admissions fermées	73 (Jury)	30 (Jury) + 30 (Jury) ouverts / fermables	première tranche d'unités de soins sans consentement de 90 lits d'hospitalisation dont 30 lits transférés du CHS de Lorquin	66 (Jury)		(phase 1) bâtiment neuf de 180 lits permettant l'accueil d'hospitalisation libre adulte et d'hospitalisation sans consentement sur le site de Jury : 180 lits neufs sur Jury : 40 M€ (éqpt inclus) réseaux et voiries sur Jury : 2 M€ désamiantage et démolition sur Jury : 4 M€ maintien, des services techniques et administratifs sur Jury : 1 M€	73 (Jury)	66 (Jury)	augmentation de l'offre de soins à Thionville transfert de 20 lits pour l'UAO accueil de 10 lits pour Saint-Avold
soins sans consentement et libre depuis Lorquin	0	30 (Jury)		inclus ci-dessus	maintien de 10 lits d'hospitalisation sous contrainte à Lorquin			inclus ci-dessus	maintien de 10 lits admissions fermées à Lorquin
soins libres/ admissions ouvertes	61 (Jury)	60 (Jury)	2 ^{ème} tranche de 90 lits d'hospitalisation libre	66 (Jury)	diminution de 12 places d'hospitalisation complète sur Jury pour transfert vers la création de 12 places d'hospitalisation de jour sur Metz		56 (Jury)	66 (Jury)	augmentation de l'offre de soins à Thionville accueil de 13 lits pour Saint-Avold
hospitalisation séquentielle	31 (Jury)	30 (Jury)			0		18 (Jury)	0	virage ambulatoire (suite)
réhabilitation/ UPAH	58 (Jury)	36 (Jury)		36 (Jury)			40 (Jury)	0	partenariats externes pour accès au logement à développer HDJ, CATT

domaines	situation en mars 2016	objectif fixé en mars 2016	observations	objectif actualisé en novembre 2018	objectif actualisé juin 2019	estimation financière	situation en avril 2019	objectif actualisé en novembre 2019	observations
source	note d'orientation mars 2016	note d'orientation en mars 2016	note d'information en décembre 2016	CS du 21 décembre 2018	note ARS DT57 du 6 juin 2019	note ARS DT57 du 6 juin 2019	lits disponibles au 16 avril 2016 PPT projets immobiliers	délibération du 16 décembre 2019 CS CHS Jury	délibération du 16 décembre 2019 CS CHS Jury
long cours	18 (Jury)	0		0			0	0	relocalisation à Lorquin de 20 lits
préparation intégration médico-social								18 (Jury)	dont 2 lits d'accueil en urgence
adultes autistes et apparentés	20 (Jury)	20 (Jury)		20 (Jury)			20 (Jury)	18 (Jury)	dont 2 lits d'accueil en urgence
1 ^{er} département (MAS)	36 (Jury)	0		0			36 (Jury)	0	transformation en MAS et relocalisation à Lorquin
CAC	10 (Mercy)	10 (Mercy)		10 (Mercy)		(phase 1) extension du CAC et de l'UAO et réorganisation du circuit des urgences sur le site de Mercy : 7 M€	10 (Mercy)	10 (Mercy)	
unité d'accueil et d'orientation des urgences	0	15 (Mercy) (3 ch isol)	UAO connectée au CAC	20 (Mercy) (3 ch isol)	unité d'accueil et d'orientation UAO de 20 lits		0	20 (Mercy) (3 ch isol)	UAO connectée au CAC accueil SPDRE SPDT
addictologie	10 (Jury)	15 (Mercy)	nouveau bâtiment (parcelle 10.2) regroupant les activités transférées (UHA, addictologie, Tivoli et psychogériatrie) à proximité du CHR à Mercy	15 (Mercy)	regroupement des unités d'hospitalisation pour adolescents (UHA) (16 lits), de la clinique Tivoli (22 lits) et de la prise en charge des addictions (15 lits) sur bâtiment neuf à construire (parcelle 10.2) en face du CHR à Mercy	(phase 2) regrouper les unités d'hospitalisation complète et de jour et de consultations (CMP) en addictologie, psychogériatrie, et les prises en charge infanto-juvénile sur bâtiment à construire (parcelle 10.2) en face du CHR à Mercy : 20,7 M€	10 (Jury)	15 (Mercy)	
unité d'hospitalisation des adolescents	10 (Jury)	10 (Mercy)		14 (Mercy) (2 ch isol/ apaisement)			10 (Jury)	14 (Mercy) (2 ch isol/ apaisement)	
Tivoli	20 (Metz)	20 (Mercy)		22 (Mercy)			22 (Metz)	22 (Mercy)	

domaines	situation en mars 2016	objectif fixé en mars 2016	observations	objectif actualisé en novembre 2018	objectif actualisé juin 2019	estimation financière	situation en avril 2019	objectif actualisé en novembre 2019	observations
source	note d'orientation mars 2016	note d'orientation en mars 2016	note d'information en décembre 2016	CS du 21 décembre 2018	note ARS DT57 du 6 juin 2019	note ARS DT57 du 6 juin 2019	lits disponibles au 16 avril 2016 PPT projets immobiliers	délibération du 16 décembre 2019 CS CHS Jury	délibération du 16 décembre 2019 CS CHS Jury
Récapitulatif									
Total	347	306		269			295	249	
dont site Jury	317	236		188			263	168	
dont site Mercy	10	70		81			10	81	
dont site Tivoli	20	0		0			22	0	

Source : notes d'orientation et d'information de mars et décembre 2016 et décembre 2018, note ARS du 6 juin 2019, état des lits disponibles au 16 avril 2019, délibération du conseil de surveillance du 16 décembre 2019

ANNEXE 3 : Évolution des effectifs du personnel médical de 2014 à 2019

personnel médical (en ETP)	2014	2014	2015	2015	2016	2016	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	effectif théorique	effectif réel 31/12/14	effectif théorique	effectif réel 31/12/15	effectif théorique	effectif réel 31/12/16	effectif théorique	effectif réel 31/12/17	effectif théorique	effectif réel 31/12/18	effectif théorique	effectif réel 01/11/19
PH temps plein	36,00	25,00	37,00	27,00	37,00	31,00	38,00	30,40	38,00	24,00	38,00	23,00
PH temps partiel (0,6 en théorique)	3,60	1,70	3,60	1,20	3,60	1,20	3,60	1,20	3,60	5,30	3,60	4,10
clinicien												1,00
praticien attaché	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	1,80
praticien assistant spécialiste	5,00		5,00		5,00		5,00	1,00	5,00	1,00	5,00	
praticien assistant généraliste	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00		1,00	
praticiens contractuels		4,50		9,30		7,70		5,80		5,70		8,30
FFI				1,00		1,00		1,00		2,00		2,00
interne												
étudiant												
total personnel médical	46,60	34,20	47,60	41,50	47,60	43,90	48,60	42,40	48,60	41,00	48,60	40,20
dont mise à disposition										0,50		0,50
postes vacants												
PH		7,00		2,00		2,00		2,00		2,00		3,00
PH temps partiel		1,20		1,20						0,60		
clinicien												3,00
assistant généraliste		1,00										
assistant spécialiste		3,00		2,00		1,00		1,00				
total postes vacants		12,20		5,20		3,00		3,00		2,60		6,00
différence sur les temps partiels ou affectations multiples		0,20		0,90		0,70		3,20		5,00		2,40

Source : CHS Jury, tableaux des effectifs médicaux

ANNEXE 4 : Présence des praticiens le samedi matin

Tableau 1 : 1^{er} quadrimestre 2018 (janvier à avril) : pôles 4 et 5

date	Pôle 4 - praticiens présents le samedi matin	Pôle 4 - dont PS au cours de la semaine	Pôle 4 - tableau annuel de temps médical	Pôle 5 - praticiens présents le samedi matin	Pôle 5 - dont PS au cours de la semaine	Pôle 5 - tableau annuel de temps médical	Total PS au cours de la semaine
samedi 06/01/2018	1	0	1	6	4	2	4
samedi 13/01/2018	1	0	1	8	5	2	5
samedi 20/01/2018	2	1	1	5	4	2	5
samedi 27/01/2018	3	2	1	7	3	2	5
samedi 03/02/2018	1	0	1	6	5	2	5
samedi 10/02/2018	1	0	1	7	5	2	5
samedi 17/02/2018	2	2	1	6	3	2	5
samedi 24/02/2018	1	0	1	6	5	2	5
samedi 03/03/2018	2	1	1	5	4	2	5
samedi 10/03/2018	1	0	1	5	5	2	5
samedi 17/03/2018	1	0	1	6	5	2	5
samedi 24/03/2018	3	2	1	7	3	2	5
samedi 31/03/2018	2	1	1	3	3	2	4
samedi 07/04/2018	1	0	1	6	4	2	4
samedi 14/04/2018	2	1	1	6	4	2	5
samedi 21/04/2018	3	2	1	5	3	2	5
samedi 28/04/2018	1	0	1	5	5	2	5

Source : tableaux de service des pôles 4 et 5

Tableau 2 : Dernier trimestre 2019 (octobre à décembre) : pôle 5

date	Pôle 5 - praticiens présents le samedi matin au vu du tableau de service définitif	Pôle 5 - praticiens présents le samedi matin au vu des plannings de présence médicale dans les différents services	Différence : praticien figurant au tableau de service définitif mais pas sur les plannings
samedi 05/10/2019	4	3	1
samedi 12/10/2019	5	3	2
samedi 19/10/2019	5	3	2
samedi 26/10/2019	5	3	2
samedi 02/11/2019	3	3	0
samedi 09/11/2019	5	3	2
samedi 16/11/2019	5	3	2
samedi 23/11/2019	7	3	4
samedi 30/11/2019	6	3	3
samedi 07/12/2019	6	3	3
samedi 14/12/2019	6	3	3
samedi 21/12/2019	6	2	4
samedi 28/12/2019	4	3	1

Source : tableaux de service du pôle 5 et plannings de présence médicale des services du pôle 5



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes Grand Est :
www.ccomptes.fr/fr/crc-grand-est

Chambre régionale des comptes Grand Est

3-5, rue de la Citadelle

57000 METZ

Tél. : 03 54 22 30 49

www.ccomptes.fr/fr/crc-grand-est