



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LORQUIN Département de la Moselle

Exercices 2016 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 10 mars 2023

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	4
RAPPELS DU DROIT.....	5
RECOMMANDATIONS.....	6
1. LA PROCÉDURE.....	7
2. LA PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ.....	7
2.1 Environnement, missions, chiffres clés.....	7
2.2 Le groupement hospitalier de territoire.....	9
2.3 Les coopérations et partenariats.....	9
2.3.1 Le groupement de coopération sanitaire du Sud Mosellan.....	9
2.3.2 L'établissement public social de Lorquin.....	10
3. LE PILOTAGE STRATÉGIQUE.....	10
3.1 La recomposition de l'offre en santé mentale en Lorraine Nord.....	10
3.2 Le projet territorial en santé mentale.....	12
3.3 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).....	13
3.3.1 Le CPOM 2012-2017.....	13
3.3.2 Le CPOM 2018-2023.....	13
3.4 Le projet d'établissement.....	14
3.5 Conclusion intermédiaire.....	14
4. LA GOUVERNANCE.....	15
4.1 La direction commune avec le CHS de Jury.....	15
4.2 Les instances.....	16
4.2.1 Le conseil de surveillance.....	16
4.2.2 Le directoire.....	17
4.2.3 La commission médicale d'établissement (CME).....	18
4.3 L'organisation et les contrats de pôles d'activité.....	19
4.3.1 Les contrats de pôle.....	19
4.3.2 Les projets de pôle.....	20
4.4 Conclusion intermédiaire.....	20
5. L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT.....	20
5.1 L'activité sanitaire.....	21
5.1.1 Le volet hospitalisation.....	21
5.1.2 Le volet ambulatoire.....	23
5.1.3 La file active.....	24
5.2 Les soins sans consentement.....	25
5.3 L'activité médico-sociale.....	25
5.3.1 L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	25
5.3.2 La maison d'accueil spécialisée « les quatre saisons ».....	26
5.4 La valorisation de l'activité.....	27
5.5 Conclusion intermédiaire.....	28
6. LA CERTIFICATION HAS RELATIVE À LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS.....	28
7. LES ASPECTS FINANCIERS ET COMPTABLES.....	29
7.1 Le pilotage budgétaire et financier de l'établissement.....	29
7.2 La fiabilité des comptes.....	30
7.2.1 Dématérialisation de la chaîne comptable.....	30
7.2.2 L'arrêté des comptes et l'affectation des résultats.....	30
7.2.3 Le suivi des immobilisations de l'établissement et leurs amortissements.....	31

7.2.4	Le rattachement des charges et des produits (à l'exercice)	32
7.2.5	Les provisions.....	34
7.2.6	Régies	38
7.2.7	Les flux financiers entre le budget principal et les budgets annexes	38
7.3	Conclusion intermédiaire	39
8.	L'ANALYSE FINANCIÈRE.....	40
8.1	Présentation des budgets.....	40
8.2	Résultats tous budgets confondus.....	40
8.3	Évolution des charges et produits du budget principal (H)	41
8.4	Les produits du budget H	42
8.4.1	Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)	42
8.4.2	Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2).....	43
8.4.3	Les autres produits (titre 3)	44
8.5	Les charges du budget H	44
8.5.1	Évolution des charges par titres.....	44
8.5.2	Les charges en personnel (titre 1)	45
8.5.3	Les charges à caractère médical (titre 2)	45
8.5.4	Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3)	45
8.5.5	Les charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4).....	46
8.6	Les soldes intermédiaires de gestion	47
8.6.1	La capacité d'autofinancement	48
8.6.2	La dette consolidée.....	49
8.6.3	Le financement des investissements	49
8.7	L'analyse bilancielle	50
8.7.1	Le fonds de roulement net global.....	50
8.7.2	Le besoin en fonds de roulement.....	51
8.7.3	Évolution de la trésorerie	51
8.8	Conclusion intermédiaire	52
9.	LES RESSOURCES HUMAINES	52
9.1	L'organisation de la gestion des ressources humaines.....	52
9.2	Le bilan social	53
9.3	L'évolution de la masse salariale.....	54
9.4	Les personnels médicaux	55
9.4.1	L'évolution des effectifs médicaux	55
9.4.2	Les conventions de coopération internationale	56
9.4.3	Le temps de travail additionnel	56
9.4.4	La formation des personnels médicaux.....	57
9.4.5	Les logements des personnels médicaux	58
9.5	Les personnels non médicaux.....	59
9.5.1	L'évolution des effectifs non médicaux.....	59
9.5.2	Le temps de travail	61
9.5.3	La gestion des heures supplémentaires.....	62
9.5.4	Les logements de fonction	64
9.5.5	La formation.....	65
9.5.6	Le recrutement des directeurs adjoints sous contrat de droit public	65
9.6	Conclusion intermédiaire	67
10.	LES ACHATS	68
10.1	Les marchés mutualisés au sein du GHT	68
10.2	Le groupement de commandes de Lorquin	68
10.3	Les achats hors marché	69
10.4	Conclusion intermédiaire	72

ANNEXE 1 : ACTIVITÉ.....	73
ANNEXE 2 : FINANCES.....	74
ANNEXE 3 : GLOSSAIRE	81

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Lorquin est un établissement public de santé spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales, localisé dans le département de la Moselle. Il assure sa mission de soin et de prévention en santé mentale auprès d'une population de près de 220 000 habitants.

L'établissement assure une offre de soins complète et diversifiée tant en intra qu'en extra hospitalier (unités d'hospitalisation dédiées aux adultes et aux adolescents, consultations ambulatoires en centre médico psychologique, structure d'accueil pour personnes âgées dépendantes, maison d'accueil spécialisée).

Des orientations stratégiques peu lisibles

La chambre constate qu'en l'absence de projet d'établissement depuis 2007, les orientations stratégiques de l'établissement ne sont pas clairement définies.

Cette situation est aggravée par le projet de recomposition de l'offre de soins en santé mentale en Lorraine Nord, initié en 2016, qui n'est toujours pas finalisé. Le volet relatif à la construction d'une nouvelle maison d'accueil spécialisée à Lorquin par transfert de celle de Jury doit encore être validé par les instances de gouvernance des deux établissements. De même, le projet territorial en santé mentale, déclinaison du projet régional de santé, n'est toujours pas publié.

Une organisation interne à améliorer

La direction commune entre les CHS de Jury et Lorquin, dont les mutualisations sont très limitées, reste très perfectible. Le fonctionnement des instances de gouvernance de l'établissement doit être corrigé pour être conforme aux dispositions du code de la santé publique.

Le suivi de l'activité n'apparaît pas assez mature en raison de rapports d'activité insuffisamment analytiques, de l'absence de cellule médico-économique et de cellule de contrôle de gestion et d'une comptabilité analytique sommaire.

En matière de ressources humaines, l'établissement ne respecte pas la durée légale de travail en raison de jours non travaillés injustifiés. De même, la politique d'attractivité des personnels médicaux conduit l'établissement à leur concéder des logements à titre gracieux en vertu de textes ne s'appliquant pas à cette catégorie de personnel. Enfin, les conditions de recrutement et de rémunération des directeurs adjoints ne respectent pas les dispositions législatives et réglementaires.

En matière d'achats, le suivi des achats hors marché gagnerait à être mieux suivi et contrôlé pour éviter de contrevenir aux règles de la commande publique.

Une situation financière confortable mais fragile

L'établissement, bien que disposant de réserves importantes constituées irrégulièrement, voit sa situation financière se dégrader sous l'effet d'une progression de ses charges plus rapide que ses produits. Les résultats, retraités des provisions constituées à tort, reculent de 90 % sur la période 2016-2021. L'absence d'outils de pilotage financier et les moyens humains insuffisants rendent la situation encore plus fragile. La chambre appelle l'établissement à la plus grande vigilance dans un contexte de réforme de la tarification et de réorientation de l'activité du sanitaire vers le médico-social qui devrait contribuer à renforcer cette tendance.

La chambre formule dix rappels du droit et quatre recommandations.

RAPPELS DU DROIT

N° 1 : Élaborer un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.	14
N° 2 : Réunir le conseil de surveillance au moins quatre fois par an conformément à l'article R. 6143-11 et le faire délibérer sur les sujets prévus aux 1° à 8° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.	17
N° 3 : Modifier le nombre de membres du directoire conformément à l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique modifié par la loi n° 2021-502 et lui faire exercer pleinement son rôle en matière de stratégie et de conseil en gestion en s'appuyant sur des outils efficaces conformément à l'article L. 6143-7 du même code.....	18
N° 4 : Conclure des contrats de pôle et élaborer des projets de pôle pour l'ensemble des pôles conformément aux dispositions des articles R. 6146-8 et R. 6146-9 du code de la santé publique.	20
N° 5 : Reprendre le montant des provisions injustifiées et constituer des dotations aux provisions réglementées conformes aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.	35
N° 6 : Reprendre les provisions injustifiées et constituer des provisions pour autres charges conformes aux prescriptions de l'instruction M21.	38
N° 7 : Mettre fin à la concession pour utilité de service de logement à titre gracieux aux personnels médicaux prise en application de l'article 9 du décret n° 2010-30.....	59
N° 8 : Respecter la durée légale de travail fixée à 1 607 heures en application du décret n° 2002-9 en mettant notamment fin au dispositif des « <i>journées vestiaires</i> » pour les personnels dont le port d'une tenue n'est pas reconnu comme obligatoire par le chef d'établissement après avis du CHSCT.....	62
N° 9 : Appliquer les règles fixées par le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires en matière de majoration de rémunération des heures supplémentaires.	64
N° 10 : Mettre en place un contrôle de la computation des seuils conformément aux dispositions des articles R. 2121-1 à 9 du code de la commande publique.....	72

RECOMMANDATIONS

N° 1 : Réaliser une évaluation de la direction commune des CHS de Lorquin et de Jury afin d'identifier les axes d'amélioration et de mutualisation à mettre en œuvre dans les plus brefs délais.....	16
N° 2 : Organiser périodiquement des campagnes de sensibilisation pour les personnels des urgences relatives à la prise en charge en soins sans consentement.....	25
N° 3 : Mettre en place les outils de pilotage interne nécessaires à la tenue d'une comptabilité analytique.....	27
N° 4 : Fiabiliser les inventaires physique et comptable tenus par l'ordonnateur afin de les rendre concordants et appliquer des durées d'amortissement conformes aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M 21.....	32

1. LA PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Lorquin a été inscrit au programme 2021 de la chambre régionale des comptes Grand Est. Il porte sur les exercices 2016 à 2021.

Une lettre d'ouverture du contrôle a été adressée à l'ordonnateur en fonctions le 25 octobre 2021.

L'entretien préalable à la fin du contrôle, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a été réalisé avec l'ordonnateur en fonctions le 19 juillet 2022.

Les observations provisoires retenues par la chambre ont été adressées le 6 décembre 2022 à l'ordonnateur en fonctions. Des extraits ont également été envoyés à cette même date aux tiers mis en cause au titre de l'article R. 243-5 du code des juridictions financières.

Après examen des réponses reçues, la chambre a arrêté ses observations définitives lors de sa séance du 10 mars 2023.

2. LA PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ

2.1 Environnement, missions, chiffres clés

Le CHS de Lorquin est un établissement public de santé, spécialisé en santé mentale, ouvert depuis 1910. Partiellement évacué et utilisé comme hôpital militaire durant les deux guerres mondiales, il connaît ensuite plusieurs évolutions. D'abord dans les années 1960, les bâtiments sont modernisés. Puis dans les années 1970, l'hôpital s'ouvre sur l'extérieur en développant des structures extrahospitalières. Plus récemment, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a vu le jour en 2009 ainsi qu'une maison d'accueil spécialisée (MAS) en 2016.

Situé dans le département de la Moselle, il est implanté sur la commune de Lorquin à environ dix kilomètres de Sarrebourg.

Le département de la Moselle est découpé en quinze secteurs de psychiatrie adulte¹ à l'intérieur desquels s'organisent, au sein des différentes structures, le parcours des patients domiciliés sur le territoire.

Quatre établissements assurent la mission de psychiatrie de secteur sur le département de la Moselle : le centre hospitalier régional (CHR) Metz-Thionville, le CH de Jury-les-Metz, le CHS de Sarreguemines et le CHS de Lorquin.

Implanté sur le territoire de référence Lorraine-Nord, le CHS de Lorquin est l'établissement de rattachement de trois secteurs de psychiatrie adulte, un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile et un secteur en milieu pénitentiaire. Ainsi, il assure sa mission de soin et de prévention en santé mentale auprès d'une population de près de 220 000 habitants.

Les zones géographiques relevant de la compétence territoriale du CHS sont les territoires de Sarrebourg, Saint-Avold et Pays de Nied, Le CHS dispose également d'une implantation à Metz à la maison d'arrêt de Queuleu².

¹ Article L. 3221-3 du code de la santé publique (CSP).

² Le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Metz Queuleu.

Figure 1 : Couverture territoriale du CHS de Lorquin



Source : données CHS

Le CHS de Lorquin est membre du groupement hospitalier de territoire n° 6 (GHT) « Lorraine-Nord ». Il est en direction commune avec le CHS de Jury depuis 2015 et l’EHPAD « le Val Fleuri » à Fénétrange depuis 2021.

L’établissement est organisé en quatre pôles médicaux composés d’unités d’hospitalisation à temps complet et à temps partiel et de structures ambulatoires³ au plus près des lieux d’habitations des patients. Il gère également deux structures médico-sociales : un EHPAD et une MAS.

Au 31 décembre 2021, il dispose de 158 lits et places en hospitalisation complète et 144 places en hospitalisation à temps partiel, soit au total 302 lits et places. Sa capacité d’accueil en matière médico-sociale est de 92 places (40 places en EHPAD et 52 places en MAS).

Le CHS dispose au 31 décembre 2021 d’un effectif non médical de 610,18 ETP et d’un effectif médical de 36,57 ETP soit un effectif total de 646,75 ETP.

³ Centres médico-psychologiques (CMP), centres d’accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un centre d’accueil et de soins aux dépendances (CASD), un centre de réhabilitation de jour pour adultes (CRJA).

2.2 Le groupement hospitalier de territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est un mode de coopération entre établissements institué par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. L'objet du GHT est de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il doit également assurer la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou transferts d'activités entre établissements.

Le CHS de Lorquin est membre du groupement hospitalier de territoire n° 6 « Lorraine Nord » dont l'établissement support est le CHR Metz Thionville. La convention constitutive du GHT a été signée le 24 juin 2016 par les établissements membres suivants : les CH de Boulay et de Briey, l'établissement public départemental de santé (EPDS) de Gorze, les CHS de Jury et Lorquin et le CHR de Metz-Thionville. L'hôpital d'instruction des armées (HIA) Legouest en est membre associé⁴. Il couvre une zone d'attractivité de près de huit cent mille habitants.

Conformément aux dispositions du décret n° 2016-524 précité, le GHT s'est doté d'instances communes de gouvernance et de certaines fonctions mutualisées (achats et système d'information).

2.3 Les coopérations et partenariats

2.3.1 Le groupement de coopération sanitaire du Sud Mosellan

Le CHS de Lorquin est membre du groupement de coopération sanitaire du Sud Mosellan (GCS), GCS de moyen, dont l'objet est la confection de repas au profit du personnel et des patients des établissements sanitaires et médico-sociaux membres ou adhérents et la gestion d'une blanchisserie inter hospitalière chargée du traitement du linge des établissements sanitaires et médico-sociaux membres ou adhérents.

Le GCS du Sud Mosellan est implanté sur le site principal du CHS de Lorquin. Il a, à ce titre, conclu en 2009 un bail emphytéotique, pour la location d'une parcelle sur laquelle il a édifié un bâtiment, et une convention d'exploitation régissant le partage des charges d'exploitation entre le GCS et le CHS de Lorquin.

Il a également conclu avec le CHS de Lorquin le 19 janvier 2016 une convention de mise à disposition de personnel pour un montant annuel moyen sur la période d'un peu plus de 1,8 M€.

Les relations entre le CHS de Lorquin et le GCS du Sud Mosellan n'appellent pas d'observation particulière.

⁴ Le IV de l'article L. 6132-1 du CSP dispose que : « Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés au groupement hospitalier de territoire. Cette association se traduit dans la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire qui intègre notamment les besoins spécifiques de la défense ainsi que les modalités selon lesquelles les hôpitaux des armées participent au projet médical partagé du groupement et aux activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3. » En qualité de membre associé, l'hôpital Legouest est représenté dans les différentes instances du GHT dans les mêmes conditions que les autres membres. Une convention spécifique définit les modalités de cette association.

2.3.2 L'établissement public social de Lorquin

Le CHS de Lorquin accueille sur son site principal de Lorquin deux structures externes, une maison d'accueil spécialisée (MAS) et un établissement de service d'aide par le travail (ESAT), gérés par l'établissement public social de Lorquin (EPSOLOR), créé en 2010 par le Conseil Général de la Moselle à cet effet.

Bien que gérant une MAS comme le CHS de Lorquin, les deux établissements ne se trouvent pas en concurrence directe. Les patients accueillis par les deux structures présentent des pathologies différentes, les profils aux handicaps les plus lourds étant accueillis prioritairement au sein de la MAS de Lorquin.

Les relations entre le CHS de Lorquin et ESPOLOR n'appellent pas d'observation particulière.

3. LE PILOTAGE STRATÉGIQUE

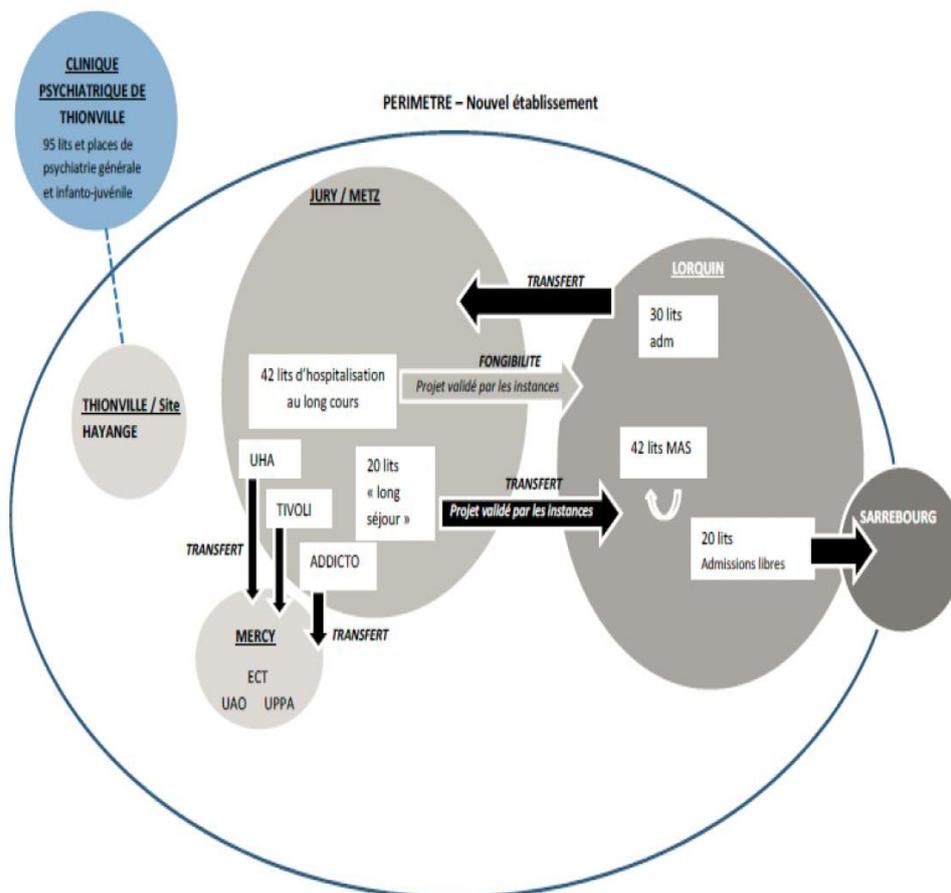
3.1 La recomposition de l'offre en santé mentale en Lorraine Nord

Les réflexions engagées en 2016 dans le cadre du projet régional de santé (PRS) 2018-2028 ont permis de réaliser un bilan de l'offre de soins en santé mentale sur le territoire de la Moselle et de constater un morcellement de l'offre de soins en santé mentale sur le territoire, un dispositif d'hospitalisation insuffisant sur certaines parties du territoire et la nécessité de mieux articuler entre eux les dispositifs existants.

Un projet de recomposition de l'offre en santé mentale a été défini par l'ARS s'articulant autour des principes suivants :

- l'identification de deux pôles d'excellence : le CH de Jury-les-Metz pour les hospitalisations aiguës et le CHS de Lorquin pour la prise en charge du handicap psychique et l'accueil au long cours ;
- la restructuration et le regroupement d'activités : l'affirmation du CHR de Metz comme un site ressource territorial avec les urgences psychiatriques, la relocalisation d'unités d'hospitalisation complète adultes du CHS de Lorquin vers le CH de Jury et le CH de Sarrebourg, l'implantation de la MAS de Jury à Lorquin et le transfert de vingt lits de soins prolongés de Jury vers Lorquin.

Figure 2 : Présentation du projet de réorganisation de l'offre de soins en Lorraine Nord tel que validé par l'ARS en 2016



Source : Communiqué de presse ARS du 16 décembre 2016⁵

Il faut attendre ensuite juin 2019 pour voir un plan d'action élaboré par l'ARS et présenté aux différents partenaires, prévoyant le découpage de ce projet en quatre phases dont la phase trois, optionnelle, portant spécifiquement sur la construction d'une nouvelle maison d'accueil spécialisée (MAS) au CHS de Lorquin par transfert de celle du CH de Jury.

Une lettre de mission a été adressée le 12 mars 2021 à la directrice générale du CHR de Metz-Thionville lui confiant la conduite de ce projet et lui demandant de produire pour le 31 mai 2021 un calendrier des différentes phases de travail.

Le calendrier de mise en œuvre des différentes phases du projet a été rendu public le 17 mars 2022. Selon ce calendrier, la construction de la nouvelle MAS du CHS de Lorquin devrait débuter en 2023 par la réalisation de travaux de programmation, suivis par des travaux de conception de janvier à décembre 2024 et enfin la réalisation effective des travaux de construction entre mai 2025 et décembre 2026.

⁵ UHA : Unité d'Hospitalisation pour Adolescents du CHS de Jury-les-Metz ; ADDICTO : Service addictologie du CHS de Jury-les-Metz ; MAS : maison d'accueil spécialisée ; TIVOLI : clinique Tivoli Pôle 1 de Metz ; UPPA : Unité de Psychiatrie de la Personne Âgée ; UAO : unité d'accueil et d'orientation.

Ce plan et son calendrier restent toutefois soumis à l'approbation des conseils de surveillance des CHS de Jury et de Lorquin pour acter le transfert des places de MAS. Ces approbations n'ont pas été obtenues et pourraient encore allonger le délai de mise en œuvre de cette réorganisation qui peine à aboutir. De plus, l'effectivité de ce transfert est conditionnée au transfert des résidents de la MAS de Jury vers Lorquin ou, à défaut, de leur relogement au sein d'autres structures.

La chambre recommande à l'établissement de faire valider rapidement par ces instances la création de la MAS de Lorquin par transfert des places de Jury afin de fixer une stratégie et des orientations claires permettant ensuite de définir un nouveau projet d'établissement.

3.2 Le projet territorial en santé mentale

Aux termes du projet régional de santé (PRS) Grand Est 2018-2028⁶ « *les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), en application de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, constituent le fondement de la politique régionale de santé mentale à l'échelle des territoires dans une logique d'offre de proximité sanitaire, médico-sociale et sociale. Leur élaboration vise à mettre en place des parcours de santé et de vie coordonnés, abordés dans une dimension globale et décloisonnée, prenant en compte le champ social, médico-social et sanitaire* ».

L'un des objectifs fixés au schéma régional de santé du PRS est de mettre en place le PTSM couvrant la région Grand Est.

En pratique, le PTSM doit se concrétiser dans l'élaboration et la signature d'un contrat territorial en santé mentale. Il se décline opérationnellement dans les GHT, les projets d'établissements et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le projet territorial en santé mentale de Moselle est toujours en cours de finalisation alors qu'il a déjà été publié pour les départements voisins des Ardennes, de l'Aube, de la Marne, de la Haute-Marne, de Meurthe-et-Moselle et d'Alsace.

Un projet de feuille de route du PTSM 57 a été élaboré et s'articule autour de sept axes :

- systématiser l'approche globale et coordonnée des parcours, décloisonner les acteurs ;
- réhabiliter les patients et mieux associer les aidants ;
- améliorer la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes ;
- prévenir et gérer les situations de crise ;
- renforcer la santé globale par un accès simultané aux soins somatiques et psychiatriques ;
- structurer la psychiatrie légale, lier la santé mentale et les sciences pénitentiaires ;
- valoriser et intégrer la recherche universitaire et l'enseignement supérieur.

Si des documents de travail ont été transmis à la chambre, aucune date d'officialisation n'a été communiquée à ce jour. Le projet de recomposition de l'offre en soin de psychiatrie en Lorraine Nord peut en partie expliquer ce retard.

Toutefois, l'absence de publication de ce document couplée à une réorganisation de la psychiatrie non encore aboutie rendent difficile l'élaboration d'une stratégie claire pour l'établissement.

⁶ PRS 2018-2028 schéma régional de santé p. 71.

3.3 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

L'article L. 6114-1 du CSP dispose que : « *l'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. [...] Les contrats sont signés par le directeur général de l'agence régionale et les personnes morales mentionnées à l'alinéa précédent. [...] Ils peuvent faire l'objet d'une révision par avenant* ».

Il définit les orientations stratégiques de l'établissement, sur la base du projet régional de santé⁷.

L'évaluation de la réalisation des objectifs est conduite par le directeur général de l'agence régionale de santé conformément au calendrier prévu et au moins une fois par an.

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

Sur la période sous revue, l'établissement a mis en œuvre deux CPOM.

3.3.1 Le CPOM 2012-2017

Ce CPOM est structuré autour des orientations stratégiques suivantes :

- 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, huit 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.

3.3.2 Le CPOM 2018-2023

Un nouveau CPOM a été signé le 19 décembre 2018 couvrant la période 2018-2023. La chambre relève que le CHS de Lorquin 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.

De même, l'examen du CPOM 2018-2023 montre le caractère généraliste des dispositions qui portent uniquement sur les financements 2019.

Enfin, 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, si le CPOM a fait l'objet de huit avenants à ce jour, ceux-ci ont eu pour seul objet d'intégrer un accompagnement financier et non de tirer les conséquences de la révision du PRS.

⁷ Article L. 6114-2 du CSP

Une révision des financements attribués en 2019 devait être opérée en 2020 après une harmonisation des missions sur l'ensemble de la région Grand Est. Selon l'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.

Compte tenu de ces éléments, la chambre constate que le CPOM n'apparaît pas comme un outil pertinent de pilotage stratégique de l'établissement. Elle relève l'ineffectivité du CPOM à partir de 2020 et invite l'établissement à poursuivre les travaux de contractualisation avec l'autorité de tutelle.

3.4 Le projet d'établissement

L'article L. 6143-2 du CSP prévoit que le projet d'établissement, établi pour une durée maximale de cinq ans, définit 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 médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social.

Le projet d'établissement, doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définir la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé et d'actions de coopération.

Le CHS de Lorquin ne dispose plus de projet d'établissement depuis 2007⁸. Cette situation est aggravée par la réorganisation de la psychiatrie en Lorraine Nord qui peine à aboutir, un projet territorial de santé mentale non validé et une reconfiguration de l'offre de soins entre les sites de Jury et de Lorquin qui doit encore être validée par les instances des deux établissements.

L'ARS a récemment indiqué à l'établissement qu'il était nécessaire d'attendre les conclusions des travaux sur la réorganisation de la psychiatrie en Lorraine Nord afin d'élaborer un nouveau projet d'établissement qui en reprendrait toutes les orientations.

La chambre relève que l'absence durable de projet d'établissement conduit à un manque de visibilité sur les orientations stratégiques de l'établissement que la réorganisation de la psychiatrie en Lorraine Nord à elle seule ne peut justifier. Cette absence prolongée de projet nuit au pilotage stratégique de l'établissement. La chambre rappelle à l'établissement ses obligations conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du CSP et lui demande d'élaborer un nouveau projet d'établissement.

Rappel du droit n° 1 : Élaborer un projet d'établissement conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

3.5 Conclusion intermédiaire

Le projet de recomposition de l'offre en santé mentale en Lorraine Nord, initié en 2016, peine à aboutir.

Le projet territorial en santé mentale, prévu par le projet régional de santé lancé en 2018, est toujours en cours d'élaboration, alors qu'il a été publié pour d'autres départements de la région.

⁸ Le dernier projet d'établissement portait sur la période 2002 à 2006.

La stratégie et les orientations du CHS de Lorquin en sont fortement impactées. Ce constat est amplifié par l'absence de projet d'établissement depuis 2007, qui est une obligation au regard du code de la santé publique.

Enfin, la chambre constate l'insuffisance de pilotage dans le cadre des CPOM conclus entre l'établissement et l'ARS, dont le contenu est très limité et les évaluations annuelles et les bilans ne sont non réalisés.

4. LA GOUVERNANCE

4.1 La direction commune avec le CHS de Jury

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'ayant pas été pourvu et dans une logique de rapprochement et d'harmonisation des modalités de gouvernance et de gestion des établissements de Jury et de Lorquin, le directeur du CHS de Lorquin a été nommé directeur des CHS de Lorquin et de Jury à compter du 1^{er} janvier 2015, dans le cadre d'une direction commune.

La direction commune 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.

La convention de direction commune, signée le 24 octobre 2014, était initialement conclue jusqu'au 31 décembre 2019. Elle a été renouvelée par avenant pour une période de cinq ans, soit jusqu'au 31 décembre 2024. Cette prolongation est justifiée par les réflexions et évolutions régionales en cours relatives à l'organisation de la psychiatrie au sein du GHT « Lorraine-Nord » et plus particulièrement sur le territoire Mosellan et par l'intérêt de coordonner les projets médicaux des deux établissements.

La convention de direction commune prévoit :

- 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 concernent l'ensemble des directions des deux établissements.

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 direction.

Cependant, l'organigramme cible prévu par la convention n'est que partiellement mis en place.

En novembre 2017, les services logistiques et techniques ont été séparés des services économiques et des travaux pour créer deux directions distinctes alors que l'organigramme cible prévoyait une direction unique.

Depuis début 2019, le poste de directeur des finances, des usagers et des systèmes d'information est vacant, l'intérim étant assuré 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 direction des affaires financières (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. Plusieurs services procèdent à des opérations budgétaires sans contrôle interne comme par exemple pour les remboursements relatifs à diverses conventions. Certaines fonctions relevant de la DAF sont gérées par la direction des services économiques et ne font pas l'objet de mutualisation entre les deux établissements comme le traitement du paiement des loyers.

La direction des ressources humaines, après avoir été fusionnée et confiée à la directrice des ressources humaines du CHS de Lorquin, a été défusionnée le 12 octobre 2018. La difficulté à déménager les dossiers et l'éloignement géographique ont conduit à fragiliser la gestion des ressources humaines du CHS de Jury. Un nouveau DRH a depuis été recruté pour le CHS de Jury.

La chambre relève que la direction commune n'a pas abouti à la recherche d'économies ou de mutualisations. C'est particulièrement le cas pour les ressources humaines où 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.

À ce jour, et malgré sa prolongation en 2019 pour cinq ans, aucune évaluation de la direction commune n'a été réalisée.

La chambre constate que la direction commune est partiellement mise en œuvre et que toutes les pistes de mutualisation n'ont pas été recherchées.

La chambre recommande à la direction et à l'ARS de mener une évaluation de la direction commune et d'identifier les axes d'amélioration à mettre en œuvre dans les plus brefs délais.

Recommandation n° 1 : Réaliser une évaluation de la direction commune des CHS de Lorquin et de Jury afin d'identifier les axes d'amélioration et de mutualisation à mettre en œuvre dans les plus brefs délais.

4.2 Les instances

4.2.1 Le conseil de surveillance

Composition et fréquence des réunions du conseil de surveillance

Conformément aux dispositions de l'article R. 6143-1 et L. 6143-3 du CSP, le conseil de surveillance est composé de quinze membres.

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

Le règlement intérieur est conforme à l'article précité. Or, sur la période sous revue, le conseil de surveillance n'a satisfait à l'obligation de réunion prévue à l'article précité qu'en 2016, où il s'est réuni à six reprises. Au titre des autres années, il s'est réuni entre deux (pour 2017 et 2019) et trois fois (2018, 2021).

Compétences du conseil de surveillance

Conformément aux dispositions des articles L. 6143-1 du CSP, le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce un contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du CSP ;
- le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 du CSP ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ; les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 du CSP.

En l'absence de projet d'établissement, le conseil de surveillance n'est que partiellement informé de la politique institutionnelle et des orientations stratégiques de l'établissement et ne peut donc pas légitimement exercer ses fonctions de contrôle et se prononcer effectivement sur la stratégie de l'établissement.

À l'inverse, le conseil de surveillance a, à plusieurs reprises, à l'initiative du directeur, délibéré sur des sujets relatifs à la politique de recrutement et d'attractivité du personnel médical alors même que ces questions ne relèvent pas de sa compétence mais de celles de la commission médicale d'établissement et du directeur. À titre d'exemple, en 2017, il a délibéré par deux fois sur les modalités et conditions de recrutements de praticiens attaché⁹ et contractuel¹⁰.

Rappel du droit n° 2 : Réunir le conseil de surveillance au moins quatre fois par an conformément à l'article R. 6143-11 et le faire délibérer sur les sujets prévus aux 1° à 8° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

4.2.2 Le directoire

Composition et fréquence des réunions

L'article L. 6143-7-5 du CSP fixe les dispositions relatives à la composition du directoire. Le nombre de membres est fixé à sept jusqu'au 28 avril 2021, date de la promulgation de loi n° 2021-502¹¹ (loi RIST) qui porte désormais ce nombre à neuf.

⁹ Délibération n° 2017-03 du 4 juillet 2017 relative aux modalités de recrutement et conditions de rémunération d'un praticien attaché à temps partiel.

¹⁰ Délibération n° 2017-05 du 15 décembre 2017 relative au recrutement et à la rémunération d'un praticien contractuel à temps partiel dans le cadre d'un cumul emploi retraite sur le Pôle de Saint-Avold et Pays de Nied.

¹¹ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Le directeur préside le directoire.

Si les dispositions relatives à la composition du directoire prévues à l'article précité sont respectées au sein de l'établissement jusqu'au 28 avril 2021, le règlement intérieur n'a pas été actualisé pour tirer les conséquences de la loi RIST précitée. Ainsi, le directoire du CHS de Lorquin est toujours composé de sept membres.

Conformément à l'article D. 6143-35-5 du CSP, le directoire s'est réuni au moins huit fois par an, sauf en 2017 (cinq fois), sur un ordre du jour déterminé.

Compétences du directoire

L'article L. 6143-7-4 du CSP dispose que le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Les missions dévolues au directoire ne sont pas totalement exercées notamment en matière de préparation du projet d'établissement. Ainsi, sur la période sous revue, le directoire n'a pas abordé cette question dans le cadre de ses réunions.

Les outils de pilotage interne de la direction générale sont succincts, parfois disséminés entre directions fonctionnelles. La direction et le directoire ne disposent pas de tableaux de bord généraux permettant une vision précise des activités de l'établissement.

Cette situation ne permet pas au directoire d'assurer un contrôle efficient de la gestion de l'établissement et de disposer des données relatives à sa conduite. Cela nuit au pilotage de l'établissement et aux fonctions que doit exercer le directoire.

La chambre constate l'effectivité toute relative de cette instance et demande au directoire de se saisir pleinement de ses prérogatives en matière de conseil sur la gestion et la conduite de l'établissement.

Rappel du droit n° 3 : Modifier le nombre de membres du directoire conformément à l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique modifié par la loi n° 2021-502 et lui faire exercer pleinement son rôle en matière de stratégie et de conseil en gestion en s'appuyant sur des outils efficaces conformément à l'article L. 6143-7 du même code.

4.2.3 La commission médicale d'établissement (CME)

L'article L. 6144-1 du CSP dispose que : « *dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi...* ». Les articles R. 6144-1 à 6 complètent les attributions et modalités de fonctionnement de cette instance.

La CME doit être, entre autres, consultée sur le projet médical, le projet d'établissement, les contrats de pôles, le bilan annuel des tableaux de service. La CME doit élaborer aux termes de l'article R. 6111-10 du CSP, un programme d'actions visant au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui est intégré au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La CME doit se réunir au moins quatre fois par an sur convocation de son président. Cette disposition est respectée au CHS de Lorquin, sauf pour l'année 2019 où la CME ne s'est réunie qu'à trois reprises.

L'examen des procès-verbaux des séances de la CME a permis de constater que les sujets relatifs à l'élaboration d'un projet médical d'établissement n'avaient pas été abordés au cours de la période sous revue malgré l'élaboration d'un projet médical partagé au niveau du GHT et malgré les orientations en cours de rapprochement des CHS de Jury et Lorquin.

La chambre invite la CME à se saisir de ses prérogatives relatives à l'élaboration de la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical.

4.3 L'organisation et les contrats de pôles d'activité

L'article L. 6146-1 du CSP dispose que « *le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement* ». Cette démarche de contractualisation interne initiée par l'ordonnance du 2 mai 2005 a été réaffirmée par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

L'organisation en pôles s'impose à tous les établissements de santé sauf dérogation du directeur général de l'ARS. Chaque pôle dispose d'un chef de pôle nommé par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement et d'un cadre de pôle.

Le CHS de Lorquin est structuré en quatre pôles d'activités cliniques, un pôle médico-social et une direction administrative et technique :

- le pôle Saint-Avold et Pays de la Nied intègre le service psychiatrie de l'hôpital Lemire à Saint-Avold, les urgences et liaisons psychiatriques de Saint-Avold, l'hôpital de jour et le centre médico-psychologique (CMP) de Saint-Avold, le CMP et les appartements thérapeutiques de Creutzwald, les CMP de Faulquemont, Boulay et de Morhange et l'hôpital de jour pour personnes âgées de Créhange ;
- le pôle Moselle Sud regroupe notamment les admissions libres, les admissions sous contrainte, les urgences et liaisons psychiatriques de Sarrebourg, l'équipe mobile de réhabilitation sociale ;
- le pôle Infanto-Juvenile est dédié aux soins destinés aux enfants et aux adolescents ;
- le pôle Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) à la maison d'arrêt de Metz-Queuleu est destiné aux détenus ;
- le pôle médico-social regroupe l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Quatre Saisons » et la maison d'accueil spécialisée (MAS) « Les Quatre Saisons » ;
- les services Administratif – Technique.

4.3.1 Les contrats de pôle

Conformément à l'article R. 6146-8 du CSP, le directeur signe avec chaque chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Le contrat de pôle précise le rôle du chef de pôle dans la gestion prévisionnelle des effectifs médicaux et non médicaux, les profils de poste médicaux, les recrutements et affectations des personnels, le plan de formation, la gestion des tableaux de service et l'organisation de la continuité des soins.

Des contrats de pôles ont été signés le 30 novembre 2011 avec le pôle de Saint-Avold et Pays de la Nied, le pôle Moselle Sud, le pôle SMPR et le pôle Infanto-Juvenile.

Les contrats, qui ne prévoient pas de durée, contrairement aux dispositions de l'article du CSP précité, n'ont pas été renouvelés.

La chambre recommande à l'établissement de conclure sans attendre des contrats avec chacun des pôles de l'établissement.

4.3.2 Les projets de pôle

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.

Aucun projet de pôle n'a été élaboré en l'absence de projet d'établissement et de projet médical.

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

La chambre demande au CHS de Lorquin de formaliser des projets de pôle assis sur les orientations fixées dans le projet médical partagé.

Rappel du droit n° 4 : Conclure des contrats de pôle et élaborer des projets de pôle pour l'ensemble des pôles conformément aux dispositions des articles R. 6146-8 et R. 6146-9 du code de la santé publique.

4.4 Conclusion intermédiaire

L'examen des instances de l'établissement révèle que leur fonctionnement n'est pas conforme aux obligations du code de la santé publique.

En l'absence de projet d'établissement et de stratégie clairement définie, les instances ne jouent que partiellement leur rôle.

L'établissement ne dispose plus de contrats de pôle. Les derniers, signés en 2011, ne sont plus appliqués. La chambre constate également l'absence de projet de pôle.

La direction commune mise en place en 2015 entre les CHS de Lorquin et de Jury reste très perfectible. Aucun bilan n'a été réalisé avant la signature de l'avenant de reconduction signé en 2020. Si la mutualisation des postes de direction est effective, sauf pour le poste de directeur des ressources humaines, les mutualisations et rapprochements entre les établissements restent très limités voire inexistantes.

5. L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

L'analyse de l'activité de l'établissement s'est avérée difficile à réaliser en raison de plusieurs facteurs conjugués. Le médecin en charge du département de l'information médicale (DIM) du CHS de Lorquin ne consacrant qu'une demi-journée par semaine à ses fonctions (0,1 ETP), le pilotage du DIM est déficient. De plus, en l'absence de projets de pôle, il n'existe pas de cellule médico-économique en mesure de suivre et analyser l'activité au travers l'évaluation des objectifs assignés aux différents pôles. À cela s'ajoute un changement de logiciel de gestion du dossier patient en 2019 qui a engendré une perte de données que l'établissement n'a pas été en mesure d'évaluer.

Il résulte de ces défaillances une production de données d'activité non fiabilisées et des évolutions qui demeurent inexplorées.

Ces différents points sont développés dans les paragraphes suivants.

5.1 L'activité sanitaire

Les modalités de prise en charge en psychiatrie sont très diversifiées afin de répondre aux enjeux de la couverture des besoins de la population. Le volet hospitalisation peut se réaliser en hospitalisation complète (HC) ou en hospitalisation à temps partiel (HP). Le volet ambulatoire vise à coordonner l'ensemble des actions soignantes (accueil, prévention, diagnostic, soins, suivi et réinsertion) en journée dans des structures dédiées telles que des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Sur la période sous revue, l'activité sanitaire de l'établissement est en repli au profit du développement de l'activité médico-sociale.

5.1.1 Le volet hospitalisation

5.1.1.1 Évolution des capacités d'accueil du CHS

Sur la période, le capacitaire global en hospitalisation de l'établissement diminue de 40 lits et places. De 198 lits et places en 2016, il n'est plus que de 158 lits et places en 2021. Cette évolution est portée par l'hospitalisation complète, le nombre de 144 places en hospitalisation à temps partiel étant resté stable.

La baisse du capacitaire sanitaire en hospitalisation complète est marquée par la fermeture de lits en sanitaire des unités pour autisme et handicap mental et de l'ancienne unité B1, en vue de l'ouverture le 1^{er} juillet 2016 d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) d'une capacité autorisée de 45 places.

En 2020, l'établissement a ouvert 10 places supplémentaires provisoires dans le cadre du dispositif plan blanc¹² pour faire face à la crise sanitaire.

5.1.1.2 Évolution de l'activité hors ambulatoire

Les indicateurs de l'hospitalisation à temps complet, restés relativement stables jusqu'en 2019, chutent en 2020 en raison de la pandémie (- 30,2 % du nombre de séjours). La crise sanitaire a limité les déplacements des patients, des unités ont été fermées, les admissions restreintes durant les vagues épidémiques et l'accueil en chambre double limité. En 2021, l'activité à temps complet peine à redémarrer et stagne approximativement au même niveau que 2020. Interrogé sur ce point, le DIM n'a pu apporter d'autre explication que celle de la continuité de l'épidémie.

Tout comme ceux de l'hospitalisation à temps complet, les indicateurs de l'hospitalisation à temps partiel ont chuté en 2020 en raison de la crise sanitaire (- 20,5 % du nombre de séjours). L'ensemble des hôpitaux de jour à l'exception du service médico-psychiatrique régional (SMPR) ont fermé leurs portes à partir du 16 mars 2020 pour ouvrir à nouveau progressivement à partir du mois de juin 2020. À compter de cette date, le nombre de patients présents dans les services a été limité et les prises en charge réduites à des demies journées. À l'instar de l'hospitalisation à temps complet, l'activité a peine à redémarrer en 2021.

¹² Le plan blanc est un dispositif de crise pour faire face à un afflux massif de patients en raison d'une épidémie, d'une catastrophe, d'un événement climatique meurtrier et durable ou encore à la suite d'un accident.

Tableau 1 : Évolution de l'activité globale (tous pôles confondus) hors ambulatoire

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Evol 16/21
Hospitalisation à temps complet (HC)							
Capacité en lits et en places	198	155	158	158	168	158	- 20 %
Nombre de patients	757	689	655	729	671	711	- 6 %
Nombre de séjours	1 273	1 105	1 050	1 298	906	969	- 24 %
Nombre de jours d'hospitalisation	54 471	49 377	51 276	49 282	46 304	47 252	- 13 %
Taux d'occupation des lits	92,9 %	94 %	96 %	95,2 %	84 %	84,1 %	- 9 %
Durées moyennes de séjours DMS	42,79 j	44,69 j	48,83 j	37,97 j	51,11 j	48,76 j	14 %
Hospitalisation à temps partiel (HP)							
Capacité en places	144	144	144	144	144	144	0 %
Nombre de patients	437	452	493	475	445	449	3 %
Nombre de séjours	536	520	574	909	723	550	3 %
Taux d'occupation des places	46,2 %	43 %	42,8 %	46,4 %	31,9 %	39,6 %	- 14 %
Durées moyennes de présence en jours	38,89	34,96	31,91	35,91	26,36	32,46	- 17 %

Source : données CHS

La durée moyenne de séjour¹³ (DMS) du CHS de Lorquin est plus de deux fois supérieure aux moyennes régionales et nationales. De même, le taux d'occupation des lits est, hors période Covid, toujours supérieur à 90 %, traduisant une forte utilisation des lits disponibles. Ces particularités s'expliquent par la structure de l'offre des soins proposée par l'établissement. En effet, plus de 40 % de son capacitaire est dédié à des unités de longs séjours (23 places en unité de soins prolongés, 20 places en unité de soins post aigus, 10 appartements thérapeutiques et 23 accueils familiaux thérapeutiques).

En 2019, la DMS a chuté de 10 points. L'établissement a alors changé de logiciel de gestion du dossier patient informatisé, ce qui a nécessité la réinitialisation de l'ensemble des données d'activité. Lors de cette réinitialisation intervenue en mars 2019, certaines données d'activité ont été perdues sans que l'établissement puisse les quantifier.

L'installation dans la MAS au 1^{er} janvier 2019 des 10 lits de l'ex unité B1 hébergés temporairement en sanitaire a contribué également à réduire la DMS du CHS.

Tableau 2 : DMS (en jours) temps complet toutes prises en charge (PEC) – Établissements de 25 000 journées d'hospitalisation et plus

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Evol 16/21
DMS CHS Lorquin	42,79	44,69	48,83	37,97	51,11	48,76	14 %
DMS régionale	19	18,9	18,8	18,48	20,43	20,22	6 %
DMS nationale	17,14	17,21	17,3	17,67	19,12	18,49	8 %

Source : données établissement et ATIH

¹³ DMS : durée moyenne de séjours : total de jours de présence / total des séjours en hospitalisation en temps complet

5.1.2 Le volet ambulatoire

En 2021, la prise en charge ambulatoire des patients en santé mentale en Moselle est assurée par cinq établissements publics (le CHS de Lorquin, le CHS de Jury, le CH de Sarreguemines, le CHR de Metz Thionville, l'hôpital d'instruction des armées Legouest) et un établissement privé (l'hôpital sainte Blandine). Le CHS de Lorquin et le CHS de Jury assurent respectivement 22 % et 42 % de la prise en charge des patients en ambulatoire sur le département.

L'activité ambulatoire du CHS régresse sur la période que ce soit en nombre de patients (- 2 %) ou en actes (- 6 %). L'activité 2019 est toutefois difficilement interprétable en raison de la perte de données générée par le changement de logiciel DPI et l'activité 2020 est fortement perturbée par la crise sanitaire.

Le SMPR enregistre une évolution négative du nombre de patients de 21 % sur la période. Cette régression est fortement marquée entre 2018 et 2019 en raison d'absences et mouvements de personnels médicaux et soignants et d'une modification des pratiques de l'administration pénitentiaire limitant l'accès de certains détenus au service.

Les actes réalisés par le pôle 4 régressent fortement sur la période (- 40 %) en raison de la baisse du nombre de patients reçus ainsi que des restrictions sanitaires appliquées en 2020 et 2021 au sein de la prison de Metz, qui ont réduit le nombre de venues des détenus au SMPR¹⁴.

En 2020, le nombre de patients pris en charge au sein du pôle 1 baisse de 8,4 % en raison de la fermeture de l'hôpital de jour de Créhange et les CCATP du pôle durant plusieurs mois. Il est toutefois observé que le nombre d'actes dispensés au sein de ce pôle progresse de 2 %. Entre 2020 et 2021, le phénomène inverse est observé. Les actes diminuent, alors que le nombre de patients progresse. Interrogé sur ce point l'établissement n'a pas pu fournir d'explication à ces tendances hormis un manque d'effectifs médicaux en 2021 justifiant la baisse des actes délivrés.

En outre, il est observé une progression très nette de 38 % des actes réalisés au sein du pôle 3 (psychiatrie infanto juvénile). L'établissement n'a pas pu expliciter ces tendances, mais émet l'hypothèse d'un recours accru à la télémedecine durant la crise sanitaire.

¹⁴ Le SMPR constitue le lieu d'accueil pour des soins librement consentis, intensifs, en ambulatoires, à temps partiel mais aussi en hospitalisation pour les hommes détenus de l'ensemble des établissements pénitentiaires de la Lorraine.

Tableau 3 : Prise en charge ambulatoire

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Effectifs patients							
Pôle 1 - psychiatrie Adultes Saint-Avold et Nied	3 029	3 562	3 468	3 320	3 041	3 113	3 %
Pôle 2 - psychiatrie Adultes Moselle Sud	2 241	2 222	2 243	2 254	2 224	2 331	4 %
Pôle 3 - psychiatrie infanto-juvénile	2 111	2 143	2 126	2 253	1 943	2 132	1 %
Pôle 4 - SMPR	1 425	1 427	1 394	1 114	1 044	1 121	- 21 %
Total CHS	8 639	9 178	9 036	8 641	8 022	8 467	- 2 %
Nombre d'actes							
Pôle 1 - psychiatrie Adultes Saint-Avold et Nied	27 418	28 300	27 314	26 825	27 271	25 216	- 8 %
Pôle 2 - psychiatrie Adultes Moselle Sud	22 298	20 760	21 668	20 169	21 946	22 693	2 %
Pôle 3 - psychiatrie infanto-juvénile	19 022	18 733	18 467	17 977	14 640	20 179	6 %
Pôle 4 - SMPR	10 387	11 095	10 254	8 159	6 709	6 242	- 40 %
Total CHS	79 135	78 888	77 703	73 130	70 567	74 330	- 6 %
Total actes département	330 259	332 713	345 173	336 449	314 479	342 986	4 %
% Lorquin	24 %	24 %	23 %	22 %	22 %	22 %	

Source : données CHS et ATIH

5.1.3 La file active

La file active globale de l'établissement représente le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.

Elle baisse de 3 % sur la période. Le nombre de nouveaux patients a diminué de 34 % ce qui induit un taux de renouvellement¹⁵ de la patientèle moindre. Cette baisse de la file active est plus forte en hospitalisation complète (- 6 %).

Hors crise sanitaire de 2020, le phénomène de repli est particulièrement marqué entre 2018 et 2019. L'établissement l'explique par le changement de logiciel DPI qui a engendré une perte d'information conséquente sans être en mesure d'en quantifier l'impact.

Tableau 4 : File active globale

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
File active	8 897	9 378	9 211	8 828	8 175	8 620	- 3 %
Nouveaux patients	4 586	4 501	4 161	3 396	2 941	3 037	- 34 %
Taux de renouvellement année n / année n-1	51,55 %	48,00 %	45,17 %	38,47 %	35,98 %	35,23 %	

Source : données CHS

¹⁵ Taux de renouvellement : effectif nouveaux patients / effectif total patients

5.2 Les soins sans consentement

Au CHS de Lorquin, seul le pôle 2 – Moselle Sud est habilité à recevoir des patients en soins sans consentement (SSC). Le nombre de patients reçus en SSC diminue entre 2016 et 2019. Cette évolution traduit les actions mises en œuvre par l'établissement suite au rapport rendu en mars 2018 par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Dans le cadre de sa visite, le contrôleur avait constaté le nombre important d'admissions en soins sans consentement en provenance des hôpitaux de Sarrebourg et Saint-Avold et observé que la majorité des patients sortait de l'hôpital dans les jours qui suivaient leur admission.

Il avait donc recommandé de rappeler aux services d'urgence que les admissions en soins sans consentement devaient être plus sérieusement argumentées. En réponse, l'établissement a réalisé des opérations de sensibilisation à destination du personnel des urgences de ces hôpitaux.

En 2020, le nombre de patients reçus en SSC s'élève à 323 alors qu'il était de 283 en 2019. Cela s'explique par une orientation des patients des urgences vers une prise en charge en SSC plus marquée lors de la crise sanitaire, sans justification évidente. En témoigne l'évolution à la baisse de la DMS passant de près de 19 jours en 2019 à 14 jours en 2020.

La chambre recommande à l'établissement de relancer ses campagnes de sensibilisation des personnels des urgences relatives aux conditions de ces prises en charges.

Tableau 5 : Données relatives aux admissions sans consentement

	2016	2017	2018	2019	2020	Evol 2016/2020
Nb de patients	312	289	271	283	323	0,03525641
Nb de séjour	384	356	316	361	391	0,01822917
DMH	20,29	22,31	24,84	24,14	17,95	- 0,12
DMS	16,49	18,03	21,30	18,91	14,83	- 0,10

Source : données DIM

Recommandation n° 2 : Organiser périodiquement des campagnes de sensibilisation pour les personnels des urgences relatives à la prise en charge en soins sans consentement.

5.3 L'activité médico-sociale

Le CHS dispose de deux structures médicosociales : un établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) et une maison d'accueil spécialisée (MAS).

5.3.1 L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'EHPAD « les quatre saisons » est issu de la transformation de l'unité de soins de longue durée du CHS en EHPAD en 2008.

Sa capacité d'accueil est de 40 places pour 37 places installées jusqu'en 2019. Suite à des travaux d'aménagement réalisés en 2020, les trois dernières chambres ont été installées portant le nombre de places installées à la capacité d'accueil maximum de la structure.

L'EHPAD dispose d'une convention tripartite qui est caduque depuis le 31 décembre 2020. Cette convention devait être remplacée avant le 31 décembre 2021 par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conformément aux dispositions du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Document stratégique de pilotage interne, le CPOM est signé par l'établissement et les autorités de tutelle afin de mettre en cohérence les objectifs de l'établissement avec les orientations du plan régional de santé.

Les négociations relatives à la conclusion du nouveau CPOM sont toujours en cours avec l'ARS. Celle-ci fait état d'un retard de calendrier en raison de la crise sanitaire.

La chambre préconise à l'établissement de poursuivre les travaux de contractualisation avec l'autorité de tutelle.

Tableau 6 : Évolution du capacitaire de l'EHPAD « les quatre saisons »

EHPAD	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Places autorisées	40	40	40	40	40	40
Places installées	37	37	37	37	40	40

Source : données établissement

5.3.2 La maison d'accueil spécialisée « les quatre saisons »

Présentation, capacitaire, projet de restructuration

La maison d'accueil spécialisée (MAS) est une structure médico-sociale accueillant des adultes handicapés gravement dépendants dont les capacités de décision et d'action dans les actes de la vie quotidienne sont altérées.

Dans le cadre de la restructuration de son offre de soins fondée sur une reconversion vers le médico-social, le CHS a procédé à l'ouverture d'une MAS en 2016 après avoir obtenu l'autorisation de l'ARS.

Aux termes de cette décision, une MAS de 45 places adultes « handicap psychique » est créée sur le site de Lorquin selon le calendrier suivant :

- installation de 33 places au 1^{er} juin 2016 ;
- installation des 12 places restantes au 1^{er} janvier 2019.

Par courrier du 6 août 2019, l'ARS a autorisé, à titre provisoire et dérogatoire, l'ouverture de six places d'internat supplémentaires sur la période du 7 août 2019 au 31 décembre 2019 afin de faire face aux difficultés du CH de Briey en matière de couverture médicale et de prise en charge de patients en santé mentale.

Par décision 2020-0341 du 21 juin 2020, l'ARS a rendu cette autorisation pérenne. Le nombre de places autorisées s'élève ainsi en 2020, à 51 dont 48 places en hébergement complet ou temporaire et 3 en accueil de jour.

En 2021 et à titre dérogatoire, une place d'accueil de jour supplémentaire est créée pour une durée d'un an portant la capacité d'accueil de la MAS à 52 places à titre provisoire. Cette création est réalisée à moyens constants.

La répartition des places installées au sein de la MAS par le CHS de Lorquin diffère légèrement de l'autorisation accordée par l'ARS. Une place d'accueil de jour a été transformée en hébergement complet. La chambre invite l'établissement et l'ARS à corriger cette situation en mettant en cohérence les places réellement installées et l'autorisation administrative accordée par l'ARS.

Tableau 7 : Évolution du capacitaire de la MAS

MAS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Places autorisées	45	45	45	51	51	52
Places installées	33	33	33	49	49	49
Places installées accueil de jour				2	2	3

Source : données établissement

La capacité d'accueil de la MAS a vocation à s'accroître à court et moyen terme. Dans le cadre du projet de réorganisation de la psychiatrie en Moselle, le transfert de la MAS du CHS de Jury vers le CHS de Lorquin entraînera un accroissement de la capacité de 40 lits. Un transfert partiel de quatre places, non installées de la MAS du CHS de Jury, devrait intervenir d'ici la fin de l'année 2022. Le transfert des autres places reste soumis à l'accord préalable des conseils de surveillance des deux établissements et à l'accord des résidents de Jury pour rejoindre la MAS de Lorquin ou à la mise en place de solutions de relogement dans le secteur de Jury.

5.4 La valorisation de l'activité

La comptabilité analytique permet de connaître les coûts et les recettes des différentes fonctions concourant à la production des soins, qu'il s'agisse de fonctions cliniques, médicotechniques ou administratives. Elle a pour finalité le pilotage stratégique de l'établissement.

Le CHS de Lorquin produit le fichier de retraitement comptable (RTC) qu'il est tenu réglementairement¹⁶ de remplir et transmettre chaque année à l'ARS. Ce fichier fournit à l'établissement une vision rétrospective des seuls coûts directs des activités principales du budget principal. Il ne permet pas d'en connaître les coûts indirects ni de rendre compte des équilibres des recettes et des charges de chaque activité comme peut le restituer un compte de résultat analytique.

L'établissement ne dispose pas non plus de cellule de contrôle de gestion destinée à l'analyse des coûts de fonctionnement des activités.

De même, en l'absence de contrats de pôles, l'établissement ne s'est pas doté d'une cellule médico-économique dont la mission est principalement d'analyser les réalisations par rapport aux objectifs fixés dans les contrats de pôles.

Faute de disposer de tels outils, la tenue d'une comptabilité analytique n'apparaît pas suffisamment mature. L'établissement n'est pas en mesure de produire des coûts complets par activité ni d'évaluer la performance économique et la contribution de chacune des activités à l'équilibre global de la structure.

La chambre recommande à l'établissement de mettre en place les outils de pilotage interne nécessaires à la tenue d'une comptabilité analytique destinée à réaliser un suivi des coûts au plus près des activités et permettant ainsi d'évaluer la performance globale de l'établissement.

Recommandation n° 3 : Mettre en place les outils de pilotage interne nécessaires à la tenue d'une comptabilité analytique.

¹⁶ Article R. 6145-7 du CSP

5.5 Conclusion intermédiaire

L'évolution du capacitaire est marquée par la fermeture de lits du sanitaire au profit de la maison d'accueil spécialisée. Le projet de recomposition de l'offre en santé mentale en Lorraine Nord, s'il est validé sur ce point, permettra d'accroître encore la capacité de la MAS à travers le transfert des places de celle de Jury.

L'activité se caractérise par une durée moyenne de séjour du CHS de Lorquin deux fois supérieure aux moyennes régionales et nationales en raison de la structure de l'offre des soins proposée par l'établissement, dont plus de 40 % du capacitaire est dédié à des unités de longs séjours.

La crise sanitaire a eu une forte incidence sur l'établissement en 2020 et en 2021, année pour laquelle le niveau d'activité ne retrouve pas encore son niveau d'avant crise.

L'absence de cellule médico-économique ne permet pas un suivi analytique de l'activité, ce qui se retrouve dans le rapport d'activité. De même, l'absence de comptabilité analytique hospitalière ne permet pas à l'établissement de produire des coûts complets par activité et d'évaluer la performance économique et la contribution de chacune des activités à l'équilibre global de la structure.

6. LA CERTIFICATION HAS RELATIVE À LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

La procédure de certification prévue aux articles L. 6113-3 du CSP et R. 161-74 du code de la sécurité sociale est mise en œuvre par la Haute autorité de Santé (HAS). Elle a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés. Elle revêt un caractère obligatoire.

La décision de certification est délivrée par la commission de certification¹⁷ de l'HAS au regard des éléments recueillis lors de la visite des experts visiteurs et après une phase contradictoire.

Le CHS est certifié niveau B avec deux recommandations d'amélioration par une décision du collège de certification de la HAS du 19 septembre 2017.

Les deux recommandations d'amélioration portent sur le management de la qualité et des risques et le dossier patient.

Afin de lever ces deux recommandations, le CHS a mis en place un plan d'action formalisé dont la HAS suit la mise en œuvre à l'aide des comptes qualité intermédiaires que l'établissement est tenu de lui transmettre.

D'une validité de quatre ans, la nouvelle certification de l'établissement aurait dû intervenir en 2021. Celle-ci a été repoussée en 2023 à l'initiative de la HAS en raison de la mise en place d'un nouveau dispositif de certification.

¹⁷ Les niveaux de certification sont les suivants :

- certification A délivrée pour 6 ans ;
- certification B avec recommandations d'amélioration délivrée pour 4 ans ;
- certification C avec obligations d'améliorations délivrée pour 2 ans à 4 ans.
- niveau D Sursis à statuer pas de certification en l'absence de preuves d'améliorations des écarts constatés ;
- niveau E Non certification.

7. LES ASPECTS FINANCIERS ET COMPTABLES

7.1 Le pilotage budgétaire et financier de l'établissement

Le pilotage financier de l'établissement est assuré par la direction des finances. Le poste de directeur adjoint à la tête de la direction est vacant depuis début 2019. La gestion quotidienne des activités est réalisée par deux agents.

L'élaboration et le suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

La direction des finances élabore chaque année un EPRD et un PGFP conformément aux dispositions de l'article L. 6145-1 du CSP.

Elle assure un suivi trimestriel de l'EPRD en produisant des rapports infra-annuels¹⁸ (RIA) transmis à l'ARS comme l'exige l'article R. 6145-6 du CSP. À l'exception de ce suivi réglementaire qui n'intervient qu'à compter du second semestre de l'année, ses données financières sont alimentées au fil de l'eau notamment au moment de la réception des notifications de dotations.

À l'inverse de l'EPRD qui est validé par l'ARS chaque année, le PGFP n'a quant à lui plus été validé par l'ARS depuis 2018. À compter de l'année 2018, le PGFP intègre la programmation de travaux inhérents à la réalisation de la recomposition de l'offre en santé mentale en Lorraine Nord. Or, selon l'ARS, en l'absence de calendrier validé pour la mise en œuvre de cette recomposition, il ne lui est pas possible de valider le PGFP du CHS de Lorquin.

Le pilotage interne financier

La direction des finances utilise différents logiciels informatiques pour le suivi des dépenses et des recettes. Ces applicatifs ne sont pas interfacés, ce qui contraint les agents à effectuer des exportations manuelles d'un logiciel à l'autre, source potentielle d'erreur. La direction ne dispose pas non plus d'outil automatisé dédié au pilotage stratégique et prospectif.

Par ailleurs en l'absence de directeur des finances, il n'existe pas de présence régulière d'un représentant de la direction des finances au directoire ce qui nuit à la fluidité et la qualité de l'information en matière décisionnelle.

De même, le contrôle de gestion et le contrôle interne ne sont pas mis en œuvre. Un poste de contrôleur de gestion a été ouvert mais n'est pas pourvu faute de candidat.

La direction des finances n'a pas formalisé ses procédures. À chaque étape du calendrier budgétaire, les informations et règles à suivre sont diffusées par mails aux services. En l'absence de procédure formalisée et de cartographie des risques, la direction des finances n'est pas en mesure de développer un contrôle interne financier. Elle ne dispose pas non plus de contrôle de gestion ni de comptabilité analytique.

La chambre relève que le pilotage interne financier est perfectible et n'apparaît pas comme une priorité de l'établissement. Elle préconise l'élaboration des outils et des moyens humains destinés à améliorer la performance du pilotage financier et budgétaire de l'établissement.

¹⁸ RIA 1 au 30 septembre, RIA 2 au 31 décembre.

7.2 La fiabilité des comptes

Les comptes ont été examinés au regard des principes généraux de la comptabilité hospitalière¹⁹ (régularité, sincérité, permanence des méthodes, intangibilité et non compensation). Ces contrôles permettent de s'assurer que les pratiques comptables sont conformes à la réglementation et que l'information financière produite n'est pas faussée.

7.2.1 Dématérialisation de la chaîne comptable

La loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe), dans son article 108 applicable au CHS²⁰, a fixé au 1^{er} janvier 2019 la date à laquelle doit être achevée la dématérialisation complète des pièces à transmettre au comptable public.

La dématérialisation des mandats, titres et pièces justificatives du CHS n'est effective que depuis le 1^{er} juin 2021, soit 29 mois après la date limite légale. Après plusieurs rappels successifs du trésorier, l'établissement a démarré le processus de dématérialisation et procédé aux premiers tests au cours du dernier trimestre 2020.

La mise en place de la signature électronique devait intervenir au cours du second semestre 2022. Dans l'attente, les bordereaux papiers signés par l'ordonnateur étaient encore transmis à la trésorerie. Les pièces justificatives des recettes diverses et de la facturation des séjours ne sont pas non plus encore à ce jour dématérialisées.

La chambre constate le retard pris dans la mise en œuvre de la dématérialisation de la chaîne comptable et demande à l'établissement de finaliser le processus de dématérialisation totale de sa chaîne comptable.

7.2.2 L'arrêté des comptes et l'affectation des résultats

L'article R. 6145-46 du CSP dispose : « *Le conseil de surveillance délibère sur le compte financier en vue de son approbation et décide de l'affectation des résultats de chaque compte de résultat. [...]* ».

Les délibérations relatives au compte financier et à l'affectation des résultats interviennent au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel elles se rapportent. Si le conseil de surveillance n'a pas pris la délibération au plus tard à cette date, « *le directeur général de l'agence régionale de santé approuve les comptes et décide de l'affectation des résultats conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6145-2 du CSP* ».

Le conseil de surveillance a délibéré sur l'affectation des résultats des exercices 2016 à 2020.

En 2021, une correction d'affectation des résultats en report à nouveau des budgets de la MAS et du centre de l'autisme est réalisée sur l'exercice 2020. Le résultat déficitaire de 48 954,45 € de la première année de fonctionnement de la MAS en 2016 est transféré au budget H comme initialement demandé par l'ARS. Le report à nouveau déficitaire du centre

¹⁹ Principes de la comptabilité hospitalière énoncés au chapitre 1 du Tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M 21.

²⁰ Le nouvel article L. 1617-6 du code général des collectivités locales créé par l'article 108 de la loi NOTRe dispose que : « *Les organismes publics suivants transmettent aux comptables publics, sous forme dématérialisée, les pièces nécessaires à l'exécution de leurs dépenses et de leurs recettes, dans le respect des modalités fixées par décret : [...]* 6° *Les centres hospitaliers, y compris régionaux, dont le total des recettes de la section de fonctionnement figurant à leur compte administratif de l'exercice 2014 est supérieur à 20 millions d'euros.* » II.- L'article L. 1617-6 du code général des collectivités territoriales entre en vigueur la quatrième année suivant la promulgation de la présente loi. »

de l'autisme de 10 136,36 € a également été transféré sur le report à nouveau du budget H, l'activité ayant été transférée depuis 2012 au CH de Sarreguemines.

Tableau 8 : Affectation des résultats des budgets de la MAS et du centre de l'autisme

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2020 corrigé
Résultat d'exploitation MAS année N	- 48 954	4 950	8 522	20 006	160 478	160 478
+ RAN antérieur incluant centre autisme à compter de 2017		- 59 091	- 54 141	- 45 619	- 25 613	
RAN corrigé 2020 (transfert au budget H des RAN déficitaires du centre autisme et de la MAS 2016)						33 478
Résultat à affecter MAS		- 54 141	- 45 619	- 25 613	134 865	193 956
Résultat à affecter CENTRE AUTISME						
Résultat d'exploitation année N	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
RAN antérieur	- 10 136	- 10 136	- 10 136	- 10 136	- 10 136	

Source : comptes financiers du CHS et délibérations du conseil de surveillance

7.2.3 Le suivi des immobilisations de l'établissement et leurs amortissements

Les obligations de l'ordonnateur en matière de suivi des immobilisations sont précisées dans le tome 3 (§ 5 du chapitre 2) de la nomenclature comptable M21. L'ordonnateur tient un inventaire des biens meubles et immeubles (immobilisations corporelles, compte 21) qui doit être rapproché régulièrement de l'état de l'actif du comptable.

L'analyse de l'état de l'actif (40,2 M€) et de l'inventaire comptable (41 M€) au 1^{er} janvier 2020 met en évidence un écart de 0,8 M€ sur les valeurs brutes totales des comptes 20 et 21. Cet écart résulte de la présence dans l'inventaire comptable au 1^{er} janvier 2020 des entrées dans le patrimoine réalisées au titre de l'année 2020 alors qu'elles sont comptabilisées au titre des opérations de l'année dans l'état de l'actif. Retraité de ces données, l'inventaire comptable de l'ordonnateur correspond à l'état de l'actif du comptable. Ainsi, la chambre invite l'établissement et le comptable à harmoniser la présentation de ces documents afin de garantir une parfaite concordance entre eux.

L'ordonnateur ne tient pas d'inventaire physique exhaustif de ses immobilisations. Une fois étiqueté lors de son inscription à l'inventaire, le bien n'est ensuite plus suivi durant sa durée de vie au sein du patrimoine de l'établissement. L'ordonnateur n'effectue en effet pas de recensement annuel de ses biens à l'exception du matériel informatique et technique. De même, les sorties de biens sont réalisées par catégories de biens sans identification précise du modèle de l'équipement concerné et sans tenir compte de l'étiquetage du bien effectivement obsolète. L'inventaire physique n'est donc pas exhaustif et ne peut en conséquence être rapproché de manière fiable avec l'inventaire comptable.

À titre d'illustration, la liste des véhicules enregistrés au compte 21821 « matériel de transport » de l'inventaire comptable ne concorde pas avec celle de l'inventaire physique.

L'amortissement est linéaire au *prorata temporis* à compter de la date de mise en service à partir de l'exercice 2017²¹. Auparavant, il débutait le 1^{er} janvier de l'année suivante à l'exception des biens informatiques pour lesquels la méthode du *proratas temporis* était déjà appliquée.

²¹ Avant 2017, application de la méthode linéaire N+1 à l'exception des biens informatiques calculés au prorata temporis linéaire à compter de leur date de mise en service.

Les durées d'amortissement adoptées par l'ordonnateur sont conformes aux prescriptions de l'instruction M21 et figurent aux annexes des comptes financiers. Toutefois, l'ordonnateur applique pour certaines catégories de biens des durées d'amortissements différentes alors que la nature des immobilisations et leurs conditions d'utilisation sont identiques. C'est notamment le cas pour les biens inscrits aux comptes 21831 et 2051 « matériel informatique et logiciels ». En ce sens, l'ordonnateur ne respecte pas le principe²² de la permanence des méthodes selon lequel « *lorsqu'une durée a été choisie, elle doit être identique pour une même catégorie de biens utilisés dans des conditions similaires* ».

La chambre constate que les données de l'inventaire tenu par l'ordonnateur ne sont pas fiables.

Recommandation n° 4 : Fiabiliser les inventaires physique et comptable tenus par l'ordonnateur afin de les rendre concordants et appliquer des durées d'amortissement conformes aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M 21.

7.2.4 Le rattachement des charges et des produits (à l'exercice)

7.2.4.1 Le rattachement des charges

Selon l'instruction comptable M21²³, « *le rattachement des charges et des produits à l'exercice auquel ils se rapportent est effectué en application du principe d'indépendance des exercices. Il vise à faire apparaître dans le résultat d'un exercice donné les charges et les produits qui s'y rapportent. La procédure de rattachement consiste à intégrer dans le résultat annuel toutes les charges correspondant à des services faits et tous les produits correspondant à des droits acquis au cours de l'exercice considéré qui n'ont pu être comptabilisés en raison, notamment pour les dépenses, de la non réception par l'ordonnateur de la pièce justificative. [...] Le rattachement ne vise que les charges et les produits d'exploitation et permet ainsi de dégager un résultat sincère de l'exercice* ».

La direction des finances n'a pas formalisé de procédure de rattachement des charges. Depuis 2019, un mail est envoyé aux services leur rappelant le calendrier et les opérations à réaliser. L'établissement n'applique pas de seuil de rattachement.

L'établissement présente un taux global de rattachement faible sur l'ensemble de la période (- de 5 %).

L'établissement procède aux rattachements des intérêts courus non échus (ICNE) conformément aux prescriptions de l'instruction budgétaire et comptable M21.

Il procède également à celui de la prime de service mais ne respecte pas les règles d'imputation comptable en la matière sauf en 2016 et 2018.

En application des dispositions du chapitre 2 du Tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M21, le compte 4281 est crédité à la clôture de la période comptable du montant de la prime de service qui sera payée au cours de l'exercice suivant. Contrairement à ces dispositions, la prime de service à verser d'un montant annuel de plus de 500 000 €²⁴ a été enregistrée au compte 4286 en 2017 et au compte 408 « factures non parvenues » depuis 2019. Cette erreur d'imputation explique le taux élevé de rattachement des charges d'exploitation sur la même période.

²² Instruction M21, Tome 2, chapitre 2.

²³ Tome 2, titre 2, chapitre 4.

²⁴ Soit plus de 80 % des charges de personnel à rattacher.

La chambre rappelle à l'ordonnateur le respect des règles d'imputation comptable en matière de rattachement de la prime de service et l'engage à prendre attache avec le comptable public afin de corriger cette erreur d'imputation comptable.

7.2.4.2 Le rattachement des produits

La procédure de rattachement des produits consiste à intégrer dans le résultat annuel tous les produits correspondant à des droits acquis au cours de l'exercice considéré qui n'ont pu être comptabilisés en raison de l'absence d'émission des titres correspondants.

L'établissement ne réalise pas de rattachement de produits liés aux « séjours à cheval » sur deux exercices car les séjours sont facturés au trimestre.

Les rattachements des autres produits sont stables sur la période. Ils représentent moins de 0,3 % du total des produits à l'exception des exercices 2019 et 2021.

En 2019 est comptabilisé un rattachement de 176 675 € correspondant aux bénéfices réalisés en 2019 par le Groupement de commande de Lorquin dans le cadre d'un marché public d'électricité avec option Swap ARENH²⁵. Ces bénéfices, encaissés en totalité par le CHS, ont été versés aux adhérents du groupement parmi lesquels figurent le CHS de Lorquin.

Entre 2020 et 2021, le montant des produits rattachés a plus que triplé en raison de l'émission tardive des titres de recettes à l'attention des deux budgets annexes, du GCS et EPSOLOR au titre des prestataires d'énergie.

Les rattachements de produits réalisés par le CHS n'appellent pas d'observation.

7.2.4.3 Les reports de charges

Le compte 672 « Charges sur exercices antérieurs » enregistre, conformément à l'instruction comptable M21 tome 1 chapitre 2, les charges sur exercices antérieurs qui n'ont pas pu faire l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent. L'utilisation de ce compte de report de charges doit rester limitée.

Selon le guide du tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé²⁶ (TBFEPS), si le taux de charges reportées est supérieur à 0,2 %, « *cela traduit une difficulté, qui si elle se pérennise ou s'accroît, pourrait révéler de sérieuses tensions budgétaires.* »

En 2016, ce taux était particulièrement élevé (0,7 %) en raison d'une facture de fluides non réglée en 2015. Entre 2017 et 2020, le taux de report de l'établissement est égal ou légèrement supérieur au seuil d'alerte de 0,2 %. Ce taux baisse significativement en 2021 (0,1 %). Malgré cette amélioration, les ratios relativement élevés lors des deux exercices précédents doivent inciter l'établissement à la vigilance sur ce point.

²⁵ L'option "Swap" permet au client au cours de son contrat de fournitures d'électricité, de passer d'un index à un autre index, pour tout ou partie des volumes contractés. Ce mécanisme est principalement utilisé pour basculer d'une offre à prix indexé à une offre à prix fixe. La clause dite de swap ARENH permet donc de saisir une opportunité économique en cas de hausse des prix de marchés, entre la date de fixation des prix et la date de la commande.

²⁶ Document établi conjointement par le ministère de la santé et la DGFIP.

7.2.5 Les provisions

En application du principe comptable de prudence, les établissements publics de santé doivent constituer les provisions suivantes :

- les provisions réglementées comptabilisées en application d'une obligation législative ou réglementaire (provisions pour le renouvellement des immobilisations, provisions pour propre assureur) ;
- les provisions pour risques et charges lorsque trois conditions sont réunies. Tout d'abord, s'il existe à la clôture de l'exercice une obligation légale, réglementaire ou conventionnelle ou reconnue par l'établissement envers un tiers. Ensuite, 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. Enfin, si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable.

Une provision doit être reprise, intégralement quand l'établissement n'a plus d'obligation, ou quand il n'est plus probable que cette obligation entraîne une sortie de ressources sans contrepartie au moins équivalente de la part du tiers, ou bien partiellement, en cas d'évaluation à la baisse du risque existant à la clôture de l'exercice.

Tableau 9 : Solde des provisions 2016-2020 (en €) - budget consolidé

Solde des comptes au 31/12	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations c/142	1 089 223	4 339 223	7 169 223	8 769 223	8 769 223	8 769 223	705,1 %
Provisions pour litiges c/151	0	0	0	46 565	53 604	53 604	
Provisions pour gros entretien / grandes révisions c/157	0	0	0	0	0	0	
Autres provisions pour charges c/158	7 105 741	7 105 741	7 085 898	7 085 898	7 085 898	7 085 898	- 0,3 %
Provisions pour CET (compte 143)	1 779 990	1 779 990	1 753 338	1 607 920	1 844 715	2 074 867	16,6 %
Provisions pour dépréciation des comptes de tiers c/491	199 897	211 458	205 540	205 540	198 731	186 410	- 6,7 %
Total	10 174 851	13 436 412	16 213 999	17 715 146	17 952 171	18 170 002	78,6 %

Source : comptes financiers du CHS

7.2.5.1 Les provisions réglementées

L'instruction M21 indique que la provision pour renouvellement des immobilisations « 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'instruction M21 précise également 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. »

Entre 2017 et 2019, le solde du compte 142 est multiplié par huit. D'un montant de 1,1 M€ au 1^{er} janvier 2017 il s'élève à 8,8 M€ au 31 décembre 2021.

Les inscriptions à ce compte de provisions ne correspondent pas à des dotations budgétaires attribuées par l'ARS au titre de l'aide à l'investissement. Elles résultent d'un excédent de la section d'exploitation.

L'établissement explique constituer ces provisions pour financer ses futurs projets de construction, notamment la construction de la future MAS. Les certificats administratifs à l'appui des mandats (2017-2018-2019) font mention « *d'une dotation aux provisions pour renouvellement des immobilisations* » dans le cadre du plan d'investissement pluriannuel.

Dans un courrier du 26 octobre 2018 relatif à la campagne budgétaire 2018, l'ARS a invité l'établissement « *à procéder à la régularisation de ces écritures* », ce qu'il n'a pas réalisé puisqu'aucune reprise n'a été effectuée à ce jour même si depuis 2020 il a été mis fin à cette pratique.

La chambre relève que le CHS de Lorquin a constitué à tort des provisions au compte 142 pour des projets immobiliers en l'absence de notification par l'ARS Grand Est. La chambre demande au CHS de Lorquin de reprendre ces provisions intégralement.

Rappel du droit n° 5 : Reprendre le montant des provisions injustifiées et constituer des dotations aux provisions réglementées conformes aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.

7.2.5.2 Les provisions pour risques et charges

Les provisions pour risques sont régulièrement constituées pour faire face au paiement de dommages et intérêts et aux frais de procès suite à litige, en cas de perte de change, de versement d'indemnités de licenciement, d'indus de la caisse d'assurance maladie, d'amendes ou de pénalité, pour redressements fiscaux ou de cotisations de sécurité sociale (compte 151).

Les provisions pour charges sont quant à elles constituées pour faire face aux charges de personnel liées à la mise en œuvre d'un compte épargne temps (compte 153), répartir des charges sur plusieurs exercices telles que les travaux de gros entretien (compte 157) ou encore pour couvrir d'autres charges comme la remise en état d'un site ou le versement d'allocation d'aide au retour à l'emploi (compte 158).

Les provisions pour litiges (compte 151)

Jusqu'en 2019, le CHS ne constituait pas de provisions pour litiges. Il n'existe pas de suivi formel des provisions et l'établissement ne dispose pas de service juridique. Pour évaluer les risques envisagés, la direction des finances s'adresse aux services logistiques et à la DRH pour connaître leurs litiges potentiels ou en cours.

Au 31 décembre 2021, le montant des provisions s'élève à 53 604 € et se décompose de la manière suivante :

- 34 565 € au titre d'un litige RH relatif au versement d'une prime de précarité ;
- 12 000 € dans le cadre d'une expertise judiciaire pour un sinistre survenu au CMP et HDJ enfants de Sarrebourg ;
- 7 039 € au titre de pénalités prévisionnelles faisant suite à un redressement URSSAF pour lesquelles l'établissement a sollicité une remise gracieuse.

Tableau 10 : Provisions pour litiges - budget consolidé

Compte 151 en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Balance d'entrée du compte au 01/01					46 565	53 604
Dotations de l'année				46 565	7 039	
Reprise sur provision de l'année						
Solde du compte au 31/12	0	0	0	46 565	53 604	53 604

Source : comptes financiers du CHS

*Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET
(compte 153)*

Jusqu'au 1^{er} janvier 2019, la méthode d'évaluation des provisions pour compte épargne temps (CET) dans les établissements publics de santé était forfaitaire, conformément aux dispositions de l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière. La provision correspondait au nombre de jours constatés dans le compte épargne-temps et valorisés en fonction du montant forfaitaire²⁷ correspondant à la catégorie statutaire dans laquelle est classé l'agent concerné, majoré des cotisations patronales.

L'arrêté du 20 décembre 2018 a modifié les dispositions de l'arrêté du 17 avril 2014 précité en instituant de nouvelles règles de calcul de provisionnement pour CET à compter du 1^{er} janvier 2019. Désormais la provision constituée doit correspondre au nombre de jours constatés dans le compte épargne-temps et valorisés sur une base individuelle, en retenant le coût moyen journalier de chaque agent concerné ou sur une base statistique, en retenant le coût moyen journalier par catégorie d'agents.

Le CHS de Lorquin applique ces nouvelles dispositions depuis 2019.

La provision à la clôture de l'exercice doit être liquidée pour l'intégralité des jours épargnés, ce que réalise le CHS de Lorquin sur la base des données transmises par la direction des ressources humaines.

Pour valoriser financièrement l'ensemble des jours stockés sur CET, la direction des finances s'appuie sur les données transmises par la direction des ressources humaines.

Entre 2016 et 2018, l'établissement n'enregistre pas ou peu d'opérations sur les comptes de provisions CET. Interrogé sur ce point, l'ordonnateur n'a pas été en mesure de fournir de réponse.

À la faveur de la réforme intervenue en 2019 concomitante à l'arrivée d'une nouvelle attachée aux finances, les méthodes de calcul des provisions ont été fiabilisées et les comptes sont désormais mouvementés conformément aux préconisations de l'instruction budgétaire et comptable M21.

Ce changement de pratique, conjugué à une hausse du volume des jours stockés, a eu pour conséquence de faire progresser de près de 30 % le solde des provisions constituées entre 2019 et 2021. Au 31 décembre 2021 celles-ci s'élèvent à 2,1 M€. Cette progression doit appeler l'établissement à la vigilance. Dans l'hypothèse d'une reprise de provision, le résultat de l'établissement serait lourdement grevé.

²⁷ 300 € pour le personnel médical, 125 € pour les agents de catégorie A, 80 € pour les agents de catégorie B et 65 € pour les agents de catégorie C.

Tableau 11 : Valorisation financière des jours stockés sur CET

CET	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PERSONNEL NON-MEDICAL : Nombre de jours stockés	3 783	3 060	3 318	3 594	4 620	6 586
Dont catégorie A	1 881	1 504	1 718	1 850	2 400	3 299
Dont catégorie B	766	617	600	612	663	1 893
Dont catégorie C	1 136	939	1 000	1 132	1 557	1 394
PERSONNEL MEDICAL : Nombre de jours stockés	1 714	1 694	1 545	1 858	1 489	1 833
Valorisation financière y compris charges sociales PNM	641 340	641 340	650 684	858 831	1 246 210	1 135 071
Valorisation financière y compris charges sociales PM	1 138 649	1 138 649	1 102 653	749 089	598 505	939 796
Valorisation financière totale	1 779 989	1 779 989	1 753 337	1 607 920	1 844 715	2 074 867

Source : données CHS

Tableau 12 : Les provisions pour CET - budget consolidé

Compte 153 en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Balance d'entrée du compte au 01/01	1 779 990	1 779 990	1 779 990	1 753 338	1 607 920	1 844 715
Dotation de l'année	0	0	33 074	364 571	387 379	341 291
Reprise sur provision de l'année	0	0	59 726	509 988	150 584	111 139
Solde du compte au 31/12	1 779 990	1 779 990	1 753 338	1 607 920	1 844 715	2 074 867

Source : comptes financiers du CHS

Les provisions pour gros entretien ou grandes révisions (compte 1572)

En l'absence de projet de travaux d'entretien conséquent s'étalant sur une durée de plus de cinq années, le CHS de Lorquin ne s'est pas doté d'un plan pluriannuel d'entretien pouvant justifier la constitution de PGE.

Les autres provisions pour charges (compte 158)

Selon les dispositions de l'instruction comptable M21²⁸, les dotations inscrites aux comptes de provisions ne doivent pas servir à constituer des réserves budgétaires.

Une provision doit être constituée dès lors que l'établissement a une obligation certaine ou probable à l'égard d'un tiers, devant donner lieu à sortie de ressource au profit de ce tiers et pouvant être estimée de manière fiable.

Au 1^{er} janvier 2016, le CHS dispose d'un stock de provisions pour charges d'un montant de 3,6 M€ composé de dotations pour des projets divers (direction commune, plan de retour à l'équilibre, travaux en régie, réfection chaussée, promotion professionnelle, etc.). Ces multiples dotations ne correspondent pas à la définition de droit commun d'une provision.

La même année, le CHS de Lorquin a inscrit au compte 158 la somme de 3 544 000 € :

- 3 184 000 € (budget H) afin, comme l'énonce l'ordonnateur dans son rapport joint au compte financier 2016 à la page une, de : « *sanctuariser les charges de personnel, médicaments et hôtelière en amont du projet de restructuration avec le CH de jury* » ;

²⁸ M21, Tome 1 chapitre 2, § 1.6 : « 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. 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.

- 360 000 € (budget P) en vue de couvrir les frais d'amortissements pour la construction de la future MAS.

Ces provisions sont issues d'un excédent du cycle d'exploitation du CHS pour constituer des réserves en vue de projets à venir. Les certificats administratifs à l'appui des mandats fournis par l'ordonnateur mentionnent une mise en provision afin de financer les travaux d'extension de la future MAS et sécuriser l'ensemble des étapes de la restructuration avec le CH de Jury. Elles ne correspondent pas aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 précitée. Elles sont donc injustifiées.

La chambre demande au CHS de Lorquin de reprendre les provisions injustifiées et de procéder, en lien avec le comptable public, au retraitement de l'ensemble des provisions inscrites au compte 158.

Tableau 13 : Les autres provisions pour charges - budget consolidé

Compte 158 en €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Balance d'entrée du compte au 01/01	3 561 741	7 105 741	7 105 741	7 085 898	7 085 898	7 085 898
Dotations de l'année	3 544 000	0	0	0	0	0
Reprise sur provision de l'année	0	0	19 843	0	0	0
Solde du compte au 31/12	7 105 741	7 105 741	7 085 898	7 085 898	7 085 898	7 085 898

Source : comptes financiers du CHS

Rappel du droit n° 6 : Reprendre les provisions injustifiées et constituer des provisions pour autres charges conformes aux prescriptions de l'instruction M21.

7.2.6 Régies

Trois régies ont été instituées au sein de l'établissement :

- la régie principale d'avance et de recettes chargée des opérations diverses telles que le règlement des dépenses des loisirs des malades et des accompagnateurs, des séjours thérapeutiques, des frais de déplacement et l'encaissement des recettes de la cantine et des communications téléphoniques ;
- la régie mixte patients destinée à verser de l'argent de poche aux patients et leur rembourser les fonds déposés ;
- la régie de recettes de la cafétéria proposant la vente de menus produits divers comme des boissons, jeux ou timbres.

En 2021, le volume global des flux financiers généré par le fonctionnement des régies s'élève à moins de 50 000 €.

Le fonctionnement des trois régies est régulier. Ce constat est confirmé par les contrôles du comptable réalisés au cours de la période examinée. En revanche, il n'y a aucun contrôle interne mis en place par l'ordonnateur.

La chambre incite l'établissement à mettre en place un contrôle interne des régies pour maîtriser les risques financiers inhérents à leur gestion.

7.2.7 Les flux financiers entre le budget principal et les budgets annexes

Le montant des remboursements des budgets annexes vers le budget principal s'accroît sur la période du fait de l'activité croissante de la MAS et de l'EHPAD. De plus en 2018, l'établissement s'est engagé dans une démarche de fiabilisation de ses fichiers

structures. Ces travaux ont ainsi permis d'identifier des charges de l'EHPAD et de la MAS pesant sur le budget principal à hauteur respectivement de 218 777 € et 162 004 €, essentiellement constituées de charges de personnel. Les régularisations ont été réalisées en 2018.

L'établissement a défini des clefs de répartition des charges²⁹ entre budgets mais en l'absence de comptes de résultats d'exploitation analytique, les charges de chaque budget annexe ne peuvent être isolées de manière fiable tout comme les modalités de détermination de remboursements entre budgets. À ce titre, des écarts ont été constatés entre les données du compte financier et celles des tableaux de suivi de l'établissement, notamment concernant le montant des remboursements des budgets annexes au budget principal.

La chambre renouvelle sa demande à l'ordonnateur de tenir une comptabilité analytique destinée à fiabiliser les montants des flux financiers des budgets annexes vers le budget principal.

Tableau 14 : Remboursements des budgets annexes au budget principal de 2016 à 2021

En € au 31 décembre	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Budget EHPAD	83 630	88 425	341 972	146 231	172 145	177 083
Budget MAS	66 437	114 561	280 792	207 438	170 978	242 479
Total données établissement	150 067	202 986	622 764	353 669	343 124	419 562
Total compte financier c/ 7087	176 831	244 903	620 951	345 797	343 087	419 562
Différence	26 764	41 917	- 1 813	- 7 872	- 36	0

Source : comptes financiers et données CHS

7.3 Conclusion intermédiaire

L'analyse des comptes de l'établissement révèle quelques points de fragilité.

Les inventaires physique et comptable ne concordent pas. Par ailleurs, les modalités de rattachement des charges et principalement de la prime de service ne respectent pas les règles d'imputation comptable.

L'établissement a constitué à tort des provisions issues d'un excédent du cycle d'exploitation en vue de financer des projets futurs. Si cette pratique a cessé depuis 2020, la reprise de ces provisions injustifiées n'a pas encore été réalisée, ce que la chambre invite l'établissement à faire dans les plus brefs délais.

²⁹ Les clefs de répartition sont définies par catégories de dépenses : les charges de consommations (matériels, alimentation, fournitures ...), les charges diverses comprenant les fluides et les charges d'administration. Les charges de consommations sont ventilées au regard du réel consommé. Quant aux charges d'administration celles-ci sont ventilées sur la base du poids des dépenses de personnel de chacun des budgets appliqués sur le total des dépenses du titre 1.

8. L'ANALYSE FINANCIÈRE

8.1 Présentation des budgets

Le CHS de Lorquin dispose d'un budget principal (budget H) et de deux budgets annexes³⁰ :

- un budget EHPAD (E) ;
- un budget MAS (P).

L'analyse financière des charges et des produits porte sur le seul budget H qui génère 87 % des produits du CHS. L'analyse des résultats, des soldes intermédiaires de gestion et du bilan a été réalisée sur le budget consolidé.

Tableau 15 : Poids des différents budgets

Poids des différents budgets 2021	Montant €	Part en %
Total des produits 2021 budget consolidé en €	45 276 300	100 %
Produits Budget principal (H)	39 373 610	87 %
Produits Budget EHPAD (E2)	1 904 791	4 %
Produits Budget MAS (P1)	3 997 899	9 %

Source : comptes financiers du CHS

8.2 Résultats tous budgets confondus

La constitution par l'établissement de provisions irrégulières fausse la lecture des résultats. Non retraité, le résultat global, négatif en 2016, évolue favorablement avec une nette amélioration en 2020, année au cours de laquelle l'établissement n'a pas provisionné et a dans le même temps perçu des aides au titre de la crise sanitaire. Il s'élève alors à 1,5 M€.

Retraité des provisions injustifiées, le résultat général de l'établissement, qui est de 3,2 M€ en 2016, ne cesse de se dégrader sur la période sous revue. Cette tendance est particulièrement marquée sur les deux derniers exercices en raison de la crise sanitaire de 2020 et de l'augmentation de l'activité des deux budgets annexes pour lesquels les charges ne sont pas compensées par les produits, notamment pour couvrir les charges de personnel.

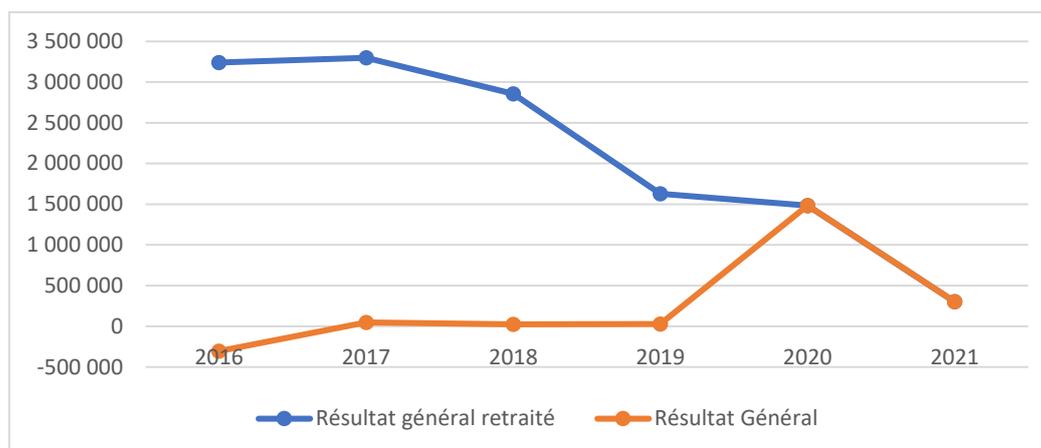
Tableau 16 : Résultat tous budgets confondus depuis 2016

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Résultat Budget principal (H)	- 267 064	29 242	32 661	47 833	1 386 695	531 093
Résultat Budget (E2)	11 639	14 490	- 15 111	- 41 106	- 63 150	- 115 809
Résultat Budget MAS (P1)	- 48 954	4 950	8 522	20 006	160 478	- 113 661
Résultat Général	- 304 379	48 682	26 073	26 734	1 484 023	301 623
<i>Provisions 142 et 158 injustifiées</i>	3 544 000	3 250 000	2 830 000	1 600 000		
Résultat général retraité des provisions injustifiées	3 239 621	3 298 682	2 856 073	1 626 734	1 484 023	301 623

Source : comptes financiers du CHS

³⁰ Un budget annexe « autisme » déficitaire de 10 136 € figure encore au compte financier 2021 alors que l'activité a été transférée dans un autre établissement en 2012. L'apurement de ce déficit a été réalisé en 2021 (cf. paragraphe affectation des résultats). En conséquence ce budget n'apparaîtra plus dans le compte financier 2022).

Figure 3 : Évolution du résultat global retraité depuis 2016



Source : comptes financiers CHS - Retraitement CRC

8.3 Évolution des charges et produits du budget principal (H)

Sur l'ensemble de la période contrôlée, les produits augmentent (+ 5 %) plus rapidement que les charges (+ 2,8 %). Retraitées des provisions injustifiées, les charges augmentent bien plus rapidement (+ 12,3 %) que les produits. Cette augmentation est beaucoup plus marquée entre 2019 et 2021 (+ 9,2 %).

Tableau 17 : Évolution des charges et produits du budget H

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21	TVAM
Total des produits du budget H	37 511 597	36 344 284	37 507 603	37 229 390	38 667 082	39 373 610	5,0 %	1 %
Total des charges du budget H	37 778 661	36 315 043	37 474 941	37 181 557	37 280 387	38 842 517	2,8 %	0,6 %
Résultat budget H	- 267 064	29 242	32 661	47 833	1 386 695	531 093		

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 18 : Évolution des charges et des produits du budget H, retraités des provisions injustifiées

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21	TVAM
Total des produits du budget H	37 511 597	36 344 284	37 507 603	37 229 390	38 667 082	39 373 610	5,0 %	1%
Total des charges du budget H	34 594 661	33 065 043	34 644 941	35 581 557	37 280 387	38 842 517	12,3 %	2%
Résultat budget H	2 916 936	3 279 241	2 862 662	1 647 833	1 386 695	531 093		

Source : comptes financiers CHS - Retraitement CRC

Entre 2016 et 2017, la clinique de Phalsbourg est fermée et l'activité de la MAS est transférée du sanitaire vers le médico-social. Les produits et les charges afférentes à ces deux activités ne pèsent plus dans la structure du budget principal.

Les charges qui étaient globalement maîtrisées jusqu'alors apparaissent difficilement contenues à compter de 2020.

8.4 Les produits du budget H

La dynamique d'évolution des produits (+ 5 %) est principalement portée par les produits versés par l'assurance maladie (titre 1), représentant 87 % du montant total des produits de l'établissement.

Tableau 19 : Évolution par titre du budget H

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	31 996 590	32 087 832	32 546 410	31 599 948	33 362 785	34 140 083	6,7 %
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	959 817	852 242	1 014 362	1 025 551	922 498	1 052 621	9,7 %
Titre 3 : autres produits	4 555 191	3 404 210	3 946 831	4 603 892	4 381 800	4 180 906	- 8,2 %
Total des produits	37 511 597	36 344 284	37 507 603	37 229 390	38 667 082	39 373 610	5,0 %

Source : comptes financiers du CHS

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

Sur la période sous revue, les produits versés au titre de l'assurance maladie augmentent de 6,7 %. À l'instar des autres établissements spécialisés en psychiatrie, le CHS de Lorquin est financé principalement par une dotation annuelle de financement (DAF). En 2021, la DAF représente 99,98 % des produits du titre 1.

Restée stable jusqu'en 2018, la DAF diminue en 2019 de près de 580 000 € en raison du transfert au 1^{er} janvier 2019 des 12 places restantes de la MAS vers le médico-social conformément à l'arrêté DGARS 2016-247 du 1^{er} juin 2016. À compter de 2020, la DAF progresse significativement pour s'élever à 34 M € en 2021, soit une progression de 8 %. Cette évolution est portée essentiellement par les financements versés à l'établissement dans le cadre de la crise sanitaire (1,2 M€ en 2020) et des mesures Ségur notamment (2,1 M€ en 2021 au titre de la revalorisation salariale du personnel non médical).

Le poids des autres dotations versées à l'établissement n'est pas significatif dans la structure des produits.

Tableau 20 : Produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Dotation annuelle de financement	31 833 002	31 910 756	32 131 269	31 554 366	32 683 797	34 133 573	7,2 %
Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation	157 735	157 735	157 735	0	622 078	2 743	- 98,3 %
Fonds d'intervention régional (FIR)	5 853	19 341	71 294	45 508	56 910	3 767	- 35,6 %
Produits sur exercices antérieurs			186 112	73			
Total titre 1	31 996 590	32 087 832	32 546 410	31 599 948	33 362 785	34 140 083	6,7 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 21 : Aides versés au CHS au titre de la crise sanitaire Covid

En €		2020	2021
DAF	NAT - Compensation des tests RTPCR - Covid 19	8 024	
	Dispositif indemnitaire pour les personnels de la fonction publique hospitalière (prime Covid 1500€)	775 200	9 393
	NAT - Surcoûts Covid	266 972	
AC	NAT - Surcoûts Covid Vague 1	105 786	110 589
	NAT - Dotations forfaitaires pour compenser les charges et pertes de recettes dans le cadre de la poursuite de l'épidémie de Covid-19	21 606	
TOTAL budget H		1 177 588	119 982
TOTAL CHS		1 629 622	135 769

Source : données CHS

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

En 2021, les autres produits de l'activité hospitalière ne représentent que 3 % des produits perçus par l'établissement. Néanmoins, ils progressent de près de 10 % sur la période sous revue, portés par l'évolution des produits de la tarification en hospitalisation complète (+ 38 %).

En 2019, ces produits progressent de 81 000 €, soit une augmentation de 51 %. Cette hausse n'est cependant pas liée à l'évolution du nombre de journées mais à des erreurs de facturation générées lors du changement en mars 2019 du logiciel du dossier médical des patients et un défaut dans le paramétrage informatique du calcul des prestations prises en charge par le régime local³¹ (séjours facturés à tort ou surévalués). Ces erreurs de facturation se sont soldées par des écritures d'annulation et réémission de titres en 2019 et 2020. En 2021, les produits de la tarification progressent à nouveau en lien avec la reprise de l'activité post épidémie.

³¹ Le régime Alsace Moselle, aussi appelé régime local Alsace Moselle, correspond à un régime de Sécurité Sociale spécifique aux territoires du Bas-Rhin, du Haut-Rhin ainsi que de la Moselle.

Sur la période sous revue, le volume des produits issus des prestations fournies aux patients étrangers est variable d'une année sur l'autre. L'évolution de ces ressources est difficilement prévisible en raison de leur volatilité.

8.4.3 Les autres produits (titre 3)

En 2021, les autres produits représentent 11 % des produits perçus par l'établissement. Ils diminuent de près de 10 % sur la période sous revue.

La baisse du titre 3 est portée par le chapitre 70 « ventes de produits fabriqués et prestations annexes » qui représente plus de la moitié de la structure du titre 3. Celui-ci se compose majoritairement des produits issus de la facturation du personnel du CHS mis à disposition d'autres établissements, dont notamment le GCS Sud Mosellan et le CH de Jury. Or, entre 2016 et 2017 le montant des mises à disposition facturées diminue de 26 % soit 842 000 € en raison, à compter de 2017, de l'imputation directe des charges du personnel de la MAS sur le budget P.

8.5 Les charges du budget H

8.5.1 Évolution des charges par titres

Sur la période sous revue, les charges augmentent de 2,8 %. Retraitées des provisions injustifiées, les charges augmentent de 12,3 %. Cette progression est principalement portée par les charges de personnel et les charges à caractère hôtelier et général qui augmentent significativement sur les deux derniers exercices.

Tableau 22 : Évolution par titre des charges du budget H

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Titre 1 : charges de personnel	28 238 926	27 545 300	28 601 912	28 440 682	30 323 781	31 610 003	11,9 %
Titre 2 : charges à caractère médical	479 726	479 624	584 744	512 060	486 566	520 739	8,5 %
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	4 326 654	4 074 685	4 317 354	4 835 117	4 686 703	5 118 934	18,3 %
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	4 733 356	4 215 434	3 970 931	3 393 698	1 783 337	1 592 841	- 66,3 %
Total des charges	37 778 661	36 315 043	37 474 941	37 181 557	37 280 387	38 842 517	2,8 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 23 : Évolution par titre des charges du budget H, retraitées des provisions injustifiées

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Titre 1 : charges de personnel	28 238 926	27 545 300	28 601 912	28 440 682	30 323 781	31 610 003	11,9 %
Titre 2 : charges à caractère médical	479 726	479 624	584 744	512 060	486 566	520 739	8,5 %
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	4 326 654	4 074 685	4 317 354	4 835 117	4 686 703	5 118 934	18,3 %
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	1 549 356	965 434	1 140 931	1 793 698	1 783 337	1 592 841	2,8 %
Total des charges	34 594 662	33 065 043	34 644 941	35 581 557	37 280 387	38 842 517	12,3 %

Source : comptes financiers du CHS – retraitement CRC

8.5.2 Les charges en personnel (titre 1)

Les charges de personnel représentent 81,4 % du total des charges d'exploitation du budget principal. Celles-ci augmentent de 11,9 % sur la période. À compter de 2020, elles progressent de manière significative sous l'effet des mesures de revalorisation salariale du Ségur et des incidences financières liées à la crise sanitaire (prime Covid, heures supplémentaires rémunérées).

Neutralisée de ces mêmes mesures, la masse salariale est maîtrisée sur la période sous revue.

Les variations de la masse salariale en 2017 et 2018 s'expliquent d'une part par le transfert de personnel du budget H vers le budget de la MAS en 2017 et en 2018 par le recrutement de personnels des services de soins en CDD (+ 12,53 ETPR).

8.5.3 Les charges à caractère médical (titre 2)

Sur la période sous contrôle, les charges à caractère médical augmentent de 8,5 %. De 0,48 M€ en 2016, elles s'élèvent à 0,52 M€ en 2021 soit une variation annuelle de 1,7 % sur la période.

Les principales évolutions portent sur les produits pharmaceutiques (achat de molécules onéreuses) et les achats de petits matériels médico-techniques pour le compte des budgets annexes.

8.5.4 Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3)

Les charges du titre 3 apparaissent mal maîtrisées sur la période sous revue (+ 18,3 %) notamment entre 2020 et 2021 où celles-ci progressent de 9 %.

La progression des charges du titre 3 est portée pour l'essentiel par les postes suivants :

- Achats stockés et autres approvisionnements : entre 2019 et 2020 le poste augmente de 10 % pour couvrir des dépenses de produits pour faire face à l'épidémie : gants, masques et désinfectants. Entre 2020 et 2021, ce poste progresse à nouveau de 15 %

- pour l'achat de fournitures destinées à la réalisation de travaux de réfection de certains bâtiments (unité de soins post-anesthésie, bureaux et ferme thérapeutique) ;
- Achats non stockés matières et fournitures : entre 2020 et 2021 ce poste enregistre une hausse de 29 % portée par les augmentations conjoncturelles du prix des énergies (chauffage et gaz) ;
 - Autres services extérieurs : en 2020 et 2021 ce poste progresse de 8 % pour l'achat de prestations supplémentaires de blanchisserie (prestations de bionettoyage), restauration et informatique (évolution du logiciel de gestion).

Le poste autres charges augmente par ailleurs fortement en 2019 en raison du remboursement par le CHS du bénéfice³² Swap ARENH aux adhérents du groupement de commandes de Lorquin.

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

Les charges du titre 4 diminuent de 66,3 % sur la période sous revue car depuis 2020, l'établissement ne constitue plus de provisions pour charges (compte 158) ni pour renouvellement des immobilisations (compte 142). Retraitées des provisions injustifiées, les charges du titre 4 sont globalement stables (+ 2,8 %).

En 2019 et 2020, les charges exceptionnelles progressent en raison d'annulations de titres. Le changement en mars 2019 du logiciel de gestion du dossier médical des patients a nécessité de nombreuses corrections de l'interface reliant ce logiciel à celui de la gestion administrative. Des erreurs dans le paramétrage informatique du calcul des prestations prises en charge par le régime local ont également été constatées. Ces dysfonctionnements se sont soldés par des rejets de facturation nécessitant l'annulation des titres erronés et leur réémission. Depuis 2021, la majorité des problématiques de facturation est maîtrisée grâce à l'intervention de l'éditeur du logiciel et les actions menées par l'établissement auprès des caisses.

Tableau 24 : Charges titre 4

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Charges financières	293 755	269 475	239 387	226 264	195 148	169 298	- 42,4 %
Charges exceptionnelles	271 598	131 429	136 920	246 107	292 359	150 666	- 44,5 %
Dotation amortissements et provisions	4 168 003	3 814 531	3 594 624	2 921 328	1 295 831	1 272 877	- 69,5 %
Total titre 4	4 733 356	4 215 434	3 970 931	3 393 698	1 783 337	1 592 841	- 66,3 %

Source : comptes financiers du CHS

³² Bilan positif du swap ARENH portant sur les consommations d'énergie 2019 qui permet le remboursement pour l'ensemble des sites du groupement d'une somme de 176 675 € dont 16 300 € pour Lorquin. Cette somme est encaissée en totalité par le CHS de Lorquin et est remboursée aux adhérents (compte 658).

Tableau 25 : Charges du titre 4 retraitées des provisions injustifiées

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Charges financières	293 755	269 475	239 387	226 264	195 148	169 298	- 42,4 %
Charges exceptionnelles	271 598	131 429	136 920	246 107	292 359	150 666	- 44,5 %
Dotation amortissements et provisions	984 003	564 531	764 624	1 321 328	1 295 831	1 272 877	29,4 %
Total titre 4	1 549 356	965 435	1 140 931	1 793 699	1 783 338	1 592 841	2,8 %

Source : comptes financiers CHS – retraitement CRC

8.6 Les soldes intermédiaires de gestion

Les soldes intermédiaires de gestion (SIG) permettent d'analyser la santé financière de l'hôpital et notamment sa capacité à financer ses investissements et à couvrir le remboursement de sa dette. Leur analyse sur le seul budget principal n'est donc pas significative et doit être effectuée à partir des comptes consolidés.

L'excédent brut d'exploitation (EBE) détermine les ressources d'exploitation dégagées par l'établissement. Il résulte de la valeur ajoutée diminuée des charges de personnel et augmentée des subventions. Relativement stable jusqu'en 2018, l'EBE diminue d'un tiers sur les deux derniers exercices car les charges de personnel progressent (+ 11 %) nettement plus rapidement que la valeur ajoutée (+ 5 %).

La marge brute est égale aux produits courants de fonctionnement moins les charges courantes de fonctionnement. Le calcul de la marge brute permet à l'établissement de savoir s'il est en capacité de rembourser ses emprunts, de renouveler ses actifs et de couvrir les risques liés à l'exploitation. L'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé définit la marge brute comme l'indicateur central de la performance économique des établissements et recommande d'atteindre un taux de marge brute de 8 % des produits courants hors aides financières.

Sur la période sous revue la marge brute diminue de 32 %. Cette baisse est en lien direct avec celle de l'EBE, l'évolution des autres produits et charges de gestion étant peu significative sur la période.

Jusqu'en 2018, le taux de marge brute de l'établissement reste cependant supérieur à la cible fixée par l'instruction précitée mais à compter de l'exercice 2019, ce taux chute à 7 %. En 2021, il n'est plus que de 4 %, très nettement inférieur aux recommandations précitées.

Cette évolution traduit les difficultés du CHS à conserver des marges de manœuvre pour financer ses investissements actuels et futurs.

Tableau 26 : Soldes intermédiaires de gestion

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Evol 16/21
Produits bruts d'exploitation	40 250 481	39 462 712	40 329 756	40 185 258	42 655 551	43 439 907	6,0 %
- consommations intermédiaires	5 076 664	4 941 972	5 307 840	5 594 738	5 627 700	6 135 044	10,9 %
= Valeur ajoutée	35 173 817	34 520 740	35 021 916	34 590 520	37 027 852	37 304 863	5,3 %
+ subventions	319 380	186 780	238 280	375 002	441 044	363 777	38,1 %
- impôts et taxes	9 124	8 995	7 339	4 311	5 962	7 824	- 34,7 %
- charges de personnel	31 220 241	30 367 659	31 300 880	32 223 248	34 733 190	36 351 009	11,3 %
= excédent brut d'exploitation	4 263 832	4 330 866	3 951 977	2 737 964	2 729 743	1 309 807	- 36,0 %
+ autres produits de gestion courante	393 664	451 780	375 136	465 707	490 350	534 403	24,6 %
- autres charges de gestion courante	94 178	99 138	85 951	293 627	130 255	109 071	38,3 %
Marge brute	4 563 318	4 683 508	4 241 162	2 910 044	3 089 838	1 735 139	- 32,3 %
Taux de marge brute	11 %	12 %	11 %	7 %	7 %	4 %	

Source : comptes financiers du CHS

8.6.1 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) résulte de la différence entre les produits encaissés et les charges décaissées. À la différence de la marge brute, elle intègre le résultat financier et le résultat exceptionnel.

L'article R. 6145-11 du CSP dispose que la CAF de l'établissement doit « être suffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts à échoir au cours de l'exercice ». Le surplus permet de financer une partie des investissements.

Si la CAF brute a toujours permis de couvrir les annuités de la dette, la CAF nette chute de 75 % entre 2016 et 2021 passant de 3,6 M€ en 2016 à 0,9 M€ en 2021 sous l'effet conjugué de l'augmentation progressive de la masse salariale et des consommations intermédiaires (cf. point 8.5.). L'évolution de la CAF réduit les marges de financement propres de l'établissement pour ses investissements.

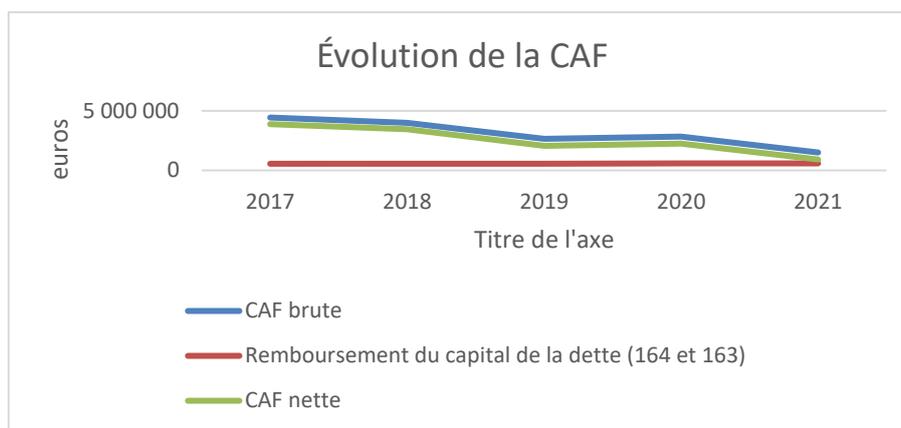
Tableau 27 : CAF nette³³

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
CAF brute	4 142 466	4 435 620	4 002 717	2 636 794	2 831 786	1 502 030	- 64 %
Remboursement du capital de la dette (164 et 163)	551 662	555 364	559 243	568 828	586 957	586 957	6 %
CAF nette	3 590 803	3 880 257	3 443 474	2 067 966	2 244 829	915 073	- 75 %

Source : comptes financiers CHS

³³ Détail du calcul de la CAF en annexe 2

Figure 4 : Évolution de la CAF brute et nette



Source : comptes financiers du CHS

8.6.2 La dette consolidée

À la clôture de l'exercice 2021, le capital restant dû par l'établissement s'élève à 3,5 M€ contre 6,4 M€ en 2016, soit un désendettement de 44,6 %. L'établissement n'a pas souscrit de nouvel emprunt sur la période sous contrôle et la dette actuelle sera entièrement remboursée en 2028.

Au 31 décembre 2021, le CHS rembourse cinq emprunts détenus auprès de quatre établissements bancaires. 83 % de l'encours de dette est composé d'emprunt à taux fixe (quatre contrats) et 17 % d'emprunt à taux barrière³⁴ (un contrat).

Selon les critères de la charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales³⁵, l'encours de dette consolidée du CHS est classé à risque faible (1A³⁶ pour les emprunts à taux fixe et 1B³⁷ pour l'emprunt à taux barrière).

Les indicateurs d'endettement du CHS sont favorables et s'améliorent sur la période. En 2021, le ratio d'indépendance financière³⁸ de 9 % traduit la capacité de l'établissement de pouvoir recourir à de nouveaux emprunts. Ce premier ratio est consolidé par celui de la durée apparente de la dette qui permet d'apprécier la capacité de l'établissement à rembourser sa dette. En y consacrant l'intégralité de son autofinancement en 2021, il ne faudrait qu'un peu plus de deux ans au CHS pour éteindre l'encours de sa dette, ce qui est satisfaisant malgré la dégradation observée de ce ratio en 2021, marquée par la difficulté de l'établissement à générer suffisamment de CAF.

Faiblement endetté, le CHS dispose de marges de manœuvre en matière d'emprunt.

8.6.3 Le financement des investissements

Jusqu'en 2020, la CAF couvre à elle seule l'intégralité des dépenses d'investissement et permet, chaque année, d'alimenter le fonds de roulement. Néanmoins cet apport tend à se réduire corrélativement à l'évolution de la CAF sur la période.

³⁴ Un emprunt à barrière est un emprunt classique assorti d'une option dans lequel le taux est conditionné par la fluctuation de l'indice sous-jacent par rapport à un seuil fixé à l'avance (la barrière).

³⁵ Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales signée le 7 décembre 2019 permettant de classer les produits d'emprunts commercialisés par les établissements de crédits.

³⁶ Indices de la zone euro et taux simples ou variables.

³⁷ Indices de la zone euro - barrière simple pas d'effet de levier.

³⁸ Le ratio d'indépendance financière mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables.

À l'exception de l'année 2018 au cours de laquelle le CHS a procédé à la réfection complète de son réseau d'eau (1,5 M€) et au regroupement de structures hospitalières sur Saint Avold (0,2 M€), l'établissement n'a pas réalisé d'investissements majeurs.

Si le financement des investissements n'appelle pas d'observation sur la période 2016-2021, celui des investissements futurs est plus incertain. Les indicateurs financiers dégradés des deux dernières années fragilisent la capacité de l'établissement à mobiliser suffisamment de ressources pour financer la construction de la future MAS et poursuivre son plan pluriannuel d'investissement.

Tableau 28 : Évolution du financement des investissements³⁹ de 2016 à 2020

en euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cumul
titre 1 : remboursement des dettes financières	551 662	555 364	559 243	568 828	586 957	586 957	2 822 055
titre 2 : immobilisations <i>dont immobilisations en cours (23)</i>	757 190 36 018	922 557 421 012	2 160 820 1 625 104	632 155 9 120	966 219 184 795	1 264 721 380 166	5 438 941 2 276 049
titre 3 : autres emplois				1 100		0	1 100
total des emplois	1 308 852	1 477 921	2 720 063	1 202 083	1 553 176	1 851 678	8 262 096
capacité d'autofinancement brute	4 142 466	4 435 620	4 002 717	2 636 794	2 831 786	1 502 030	18 049 383
titre 1 : emprunts	0	0	0	0	0	0	0
titre 2 : dotations et subventions	11 548	0	492 030	82 170	175 647	79 445	761 395
titre 3 : autres ressources	278 200	1 089	10 250	1 650	4 000	170 249	295 189
total des ressources	4 432 214	4 436 709	4 504 997	2 720 614	3 011 433	1 751 724	19 867 362
apport (+) ou prélevement (-) au fonds de roulement	3 123 361	2 958 789	1 784 934	1 518 531	1 458 257	- 99 955	11 605 267

Source : comptes financiers du CHS

8.7 L'analyse bilancielle

Par définition, une structure financière équilibrée se caractérise par un fonds de roulement net global (FRNG) positif, les ressources stables devant couvrir les emplois durables mais aussi les besoins de financement dégagés par le fonctionnement courant, appelés « besoin en fonds de roulement » (BFR). Le BFR résulte du décalage entre le paiement des dépenses et l'encaissement des recettes.

8.7.1 Le fonds de roulement net global

Le fonds de roulement net global (FRNG) correspond à l'écart entre les ressources à long terme (fonds propres, amortissements et dépréciations, provisions et dettes à moyen et long terme) et les emplois durables issus du cycle d'investissement (immobilisations...).

Sur la période sous revue, le FRNG a augmenté de 57 % essentiellement en raison de la croissance continue jusqu'en 2019 des provisions réglementées. De 1,1 M€ en 2016, elles atteignent le montant de 8,8 M€ en 2019.

³⁹ Détail du calcul du financement des investissements en annexe

En 2020, le fonds de roulement progresse de 7,4 % porté par un résultat comptable d'un montant de 1,5 M€ essentiellement constitué de financements Covid et dans une moindre mesure une hausse des amortissements.

Tableau 29 : Fonds de roulement net global⁴⁰

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Ressources (a)	56 248 207	59 976 335	63 269 207	64 730 663	66 643 069	66 937 458	19 %
<i>Dont provisions réglementées</i>	1 089 223	4 339 223	7 169 223	8 769 223	8 769 223	8 769 223	
+ Emplois (b)	42 784 036	43 553 376	45 061 314	45 014 240	45 468 388	45 862 732	7,2 %
= Fonds de roulement (a-b=c)	13 464 171	16 422 960	18 207 893	19 716 424	21 174 681	21 074 726	56,5 %

Source : comptes financiers du CHS

8.7.2 Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond à la différence entre l'actif circulant (besoins immédiats de financement pour alimenter le cycle d'exploitation) et le passif circulant (dettes fournisseurs, dettes sociales et fiscales et avances reçues). La différence permet d'obtenir le besoin en financement engendré par l'activité au 31 décembre de l'année N.

Sur la période sous revue le BFR ne cesse de diminuer pour devenir négatif en 2021. Cette baisse s'accélère à compter de l'exercice 2019, portée par la hausse du poste dettes alors que les créances restent stables. En 2021, l'établissement dégage pour la première fois un excédent de financement d'exploitation de 275 668 €.

Tableau 30 : Besoin en fonds de roulement⁴¹

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Besoin en fonds de roulement	3 259 598	1 011 711	1 513 667	322 416	26 950	- 275 668
BFR en nombre de jours de charges courantes	32,4	10,3	14,9	3,1	0,2	- 2,4

Source : comptes financiers du CHS

8.7.3 Évolution de la trésorerie

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

Sur l'ensemble de la période la trésorerie ne cesse d'augmenter sous l'effet conjugué de la croissance du FRNG et de la baisse du BFR. Au 31 décembre 2021, la trésorerie du CHS s'élève à 21 M€ et représente 183 jours de charges courantes, soit le triple de la médiane des établissements de même catégorie.

Le CHS dispose donc d'une trésorerie confortable.

⁴⁰ Détail du calcul du fonds de roulement en annexe

⁴¹ Détail du calcul du BFR en annexe

Tableau 31 : Trésorerie

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Fonds de roulement	13 464 171	16 422 960	18 207 893	19 716 424	21 174 681	21 074 726	16 %
- Besoin en fonds de roulement	3 259 598	1 011 711	1 513 667	322 416	26 950	- 275 668	- 118 %
Trésorerie nette	10 204 574	15 411 249	16 694 226	19 394 008	21 147 731	21 350 394	28 %
Trésorerie en nombre de jours de charges courantes	101,3	157,3	164,6	184,4	189,6	183	11 %

Source : comptes financiers du CHS

8.8 Conclusion intermédiaire

Peu endetté, le CHS dispose actuellement de réserves budgétaires conséquentes dans l'attente de réaliser les travaux importants prévus dans le cadre du projet de réorganisation de la psychiatrie en Moselle.

Si la situation financière de l'établissement apparaît saine, l'analyse des résultats retraités des provisions constituées à tort révèle une trajectoire qui se dégrade avec un résultat retraité en recul de 90 % sur la période 2016-2021. La CAF brute diminue de 75 % sur la période. Cette tendance s'accroît en 2020 et 2021 en raison de la crise sanitaire et ses conséquences (activité qui peine à redémarrer, poids financiers des mesures Ségur) ainsi que de la montée en puissance de l'activité médico-sociale qui génèrent des charges supplémentaires partiellement compensées par les produits perçus.

Si cette tendance venait à se confirmer dans les années futures, l'établissement devrait grever durablement son fonds de roulement pour autofinancer le projet de construction de la future MAS.

Pour ces raisons, la chambre appelle l'établissement à la plus grande vigilance notamment dans un contexte de réforme de la tarification. Ce contexte justifie d'autant plus la nécessité de développer des outils de pilotage financier (cf. partie 7.1) destinés à maîtriser et prévenir les risques potentiels à venir.

9. LES RESSOURCES HUMAINES

9.1 L'organisation de la gestion des ressources humaines

Le CHS dispose au 31 décembre 2021 d'un effectif non médical de 610,18 ETP et un effectif médical de 36,57 ETP soit un effectif total de 646,75 ETP.

La gestion des ressources humaines est assurée par la direction des ressources humaines (DRH) pour les personnels non médicaux et par le service des affaires médicales pour les personnels médicaux.

La DRH est chargée de piloter la stratégie en matière de personnel non médical, de gérer la rémunération des personnels de l'établissement, de définir les orientations de la formation professionnelle, d'assurer la veille juridique et l'application de l'évolution de la réglementation statutaire.

Les affaires médicales assurent la gestion des personnels médicaux en lien direct avec le directeur de l'établissement.

Il n'existe pas de suivi régulier entre les deux entités ni de procédure formalisée entre ces services pour le traitement des dossiers du personnel médical. Les questions relatives à la gestion des personnels médicaux échappent totalement à la DRH qui en assure uniquement la paie. Tous les autres aspects sont traités directement par le directeur de l'établissement et l'agent en charge des affaires médicales.

Cette situation fait peser un risque sur la gestion des ressources humaines, principalement pour les personnels médicaux. La chambre invite l'établissement à réfléchir à une organisation favorisant les échanges et garante de la continuité de service.

9.2 Le bilan social

L'élaboration d'un bilan social est prévue par le décret du 7 octobre 1988 relatif au bilan social des établissements publics de santé. Il est transmis chaque année à l'ARS.

L'examen de ce document a révélé des incohérences avec les autres données fournies par la DRH dans le cadre de l'instruction.

À titre d'illustration, les flux d'entrées sorties transmis dans le cadre du bilan social font état d'un flux négatif sur la période comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 32 : Solde des entrées et sorties par catégorie entre 2016 et 2021

Catégorie	2016	2017	2018	2019	2020
Personnel médical	2	0	0	0,75	- 2
Personnel non médical	- 13	- 13	17	- 4	- 36
Total	- 11	- 13	17	- 3,25	- 38

Source : bilans sociaux

L'analyse des ETPR moyens annuels sur la même période montre quant à elle une augmentation des effectifs rémunérés par l'établissement.

Tableau 33 : Évolution des ETPR par catégorie entre 2016 et 2021

Catégorie	2016	2017	2018	2019	2020
Personnel médical	30,59	32,07	33,92	36,50	36,07
Personnel non médical	578,83	567,98	578,86	601,20	608,59
Total	609,42	600,05	612,78	637,70	644,66

Source : Données DRH du CHS de Lorquin

Face aux discordances identifiées par la chambre, le CHS de Lorquin a indiqué avoir identifié que « certaines informations ont été erronées » et avoir affecté à compter du 1^{er} janvier 2022 un nouvel agent « à cette tâche afin de résoudre cette anomalie et assurer une meilleure fiabilité des informations ».

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir des données actualisées et fiabilisées ni d'expliquer les raisons de ces écarts. L'absence de procédure de contrôle interne sur les ressources humaines tend à favoriser ce type d'erreurs.

La chambre demande à l'établissement de fiabiliser les données RH remontées au titre du bilan social et à procéder à des contrôles afin de ne pas répéter ces erreurs. Elle lui recommande également de mettre en place des procédures de contrôle interne garantant le bon fonctionnement de ses activités notamment RH.

9.3 L'évolution de la masse salariale

Tous budgets confondus, la masse salariale a progressé de 3,45 % entre 2016 et 2019. Cette hausse trouve son explication dans la création et la montée en puissance de la maison d'accueil spécialisée à compter de 2016 qui s'est traduite par le recrutement de personnels de soins, principalement en 2019.

Entre 2019 et 2021, l'augmentation de 12,54 % s'explique par la mise en œuvre des mesures du Ségur de la santé⁴² et par des mesures liées à la crise sanitaire (prime Covid).

Tableau 34 : Évaluation de la masse salariale 2016-2021 tous budgets confondus

Budget (en €)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variation 2016- 2019	Variation 2019- 2021
<i>Budget principal</i>	28 238 926	27 545 300	28 601 912	28 440 682	30 323 781	31 610 003	0,71 %	11,14 %
<i>Budget EHPAD</i>	1 139 149	1 025 619	936 403	1 129 519	1 353 942	1 430 462	- 0,85 %	26,64 %
<i>Budget MAS</i>	1 847 706	1 805 425	1 766 202	2 731 430	3 098 393	3 311 589	47,83 %	21,24 %
<i>Total charges de personnel</i>	31 225 781	30 376 344	31 304 517	32 301 632	34 776 116	36 352 054	3,45 %	12,54 %

Source : compte financier

En 2020, la masse salariale progresse de près de 1,9 M€ en raison :

- du versement de la prime Covid pour plus de 0,9 M€ ;
- de la mise en œuvre des mesures du Ségur pour plus de 0,63 M€ dont 0,62 M€ au titre du complément de traitement indiciaire (CTI) et 12 410,89 € au titre de la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE).

L'augmentation de la masse salariale en 2021 s'explique par le coût en année pleine des mesures Ségur de 2020 pour 2,8 M€ et la mise en œuvre de nouvelles mesures Ségur en 2021 pour un montant de 101 970 €.

Tableau 35 : Coût des mesures Covid et Ségur

Mesure	Coût 2020	Coût 2021
Prime Covid	917 850	0
CTI	617 623	2 784 874
REVAL IESPE	12 411	37 233
Indemnité chef pole		2 800
Prime encadrant		3 591
Revalorisation grille soignant		95 579
Total	1 547 884	2 924 077

Source : CHS de Lorquin

⁴² Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

L'augmentation de la masse salariale en 2021, qui représente plus de 80 % de ses charges, doit inciter l'établissement à la mise en place d'un pilotage fin dans un contexte de compensation partielle des mesures Ségur.

9.4 Les personnels médicaux

9.4.1 L'évolution des effectifs médicaux

Entre 2016 et 2021, l'effectif médical, tous budgets confondus, est passé de 30,59 ETPR à 36,57 ETPR.

Tableau 36 : Évolution des effectifs médicaux 2016-2021 - ETPR moyens

Statut	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2016-2021
PH temps plein ou médecins temps plein et temps partiel	19,85	17,86	18,89	20,42	19,28	18,18	- 8 %
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0 %
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	0,60	0,69	0,60	0,60	0,60	0,30	- 50 %
Praticiens contractuels en CDI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0 %
Sous-total permanents I	20,45	18,55	19,49	21,02	19,88	18,48	- 10 %
Praticiens contractuels en CDD	3,57	6,28	6,28	5,16	3,68	3,32	- 7 %
Assistants et assistants associés	0,00	0,00	1,61	1,00	1,00	0,50	0 %
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0 %
Autres praticiens à recrutement contractuel	0,40	0,40	0,40	0,40	0,95	1,27	218 %
Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0 %
Attachés et attachés associés en CDD		0,00	0,00	1,56	2,54	4,75	0 %
Internes	5,14	6,83	6,14	7,35	8,02	7,76	51 %
Docteur junior	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	0 %
Étudiants	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0 %
Intérim médical	1,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	- 100 %
Sous-total non permanents II	10,14	13,52	14,43	15,47	16,19	18,09	78 %
Total Personnel médical (I+II)	30,59	32,07	33,92	36,49	36,07	36,57	20 %
<i>dont budget principal</i>	<i>30,16</i>	<i>31,51</i>	<i>33,50</i>	<i>35,96</i>	<i>35,22</i>	<i>36,09</i>	<i>20 %</i>
<i>dont budget MAS</i>	<i>0,13</i>	<i>0,26</i>	<i>0,3</i>	<i>0,5</i>	<i>0,85</i>	<i>0,47</i>	<i>262 %</i>
<i>dont budget EHPAD</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,12</i>	<i>0,03</i>	<i>0</i>	<i>0,01</i>	<i>- 97 %</i>

Source : comptes financiers

L'année 2016 constitue un point bas pour l'établissement suite à des départs de médecins. Pour remédier à cette situation, l'établissement a mis en place des mesures d'attractivité dont notamment des partenariats avec des centres hospitaliers étrangers.

Bien qu'en progression, la situation des personnels médicaux reste sensible. En effet, début 2022, plusieurs postes de médecin psychiatre étaient à pourvoir au sein de l'établissement.

9.4.2 Les conventions de coopération internationale

Pour pallier les difficultés de recrutement de personnels médicaux, le CHS de Lorquin a conclu des conventions de coopération internationale avec deux centres hospitaliers étrangers.

Une convention a été signée le 14 octobre 2016 entre le CHS de Lorquin et le Centre Hospitalier National Universitaire Fann-DAKAR (CHNU Fann-DAKAR). Cette convention qui régit les échanges entre les deux établissements prévoit que le CHS de Lorquin « s'engage à accueillir des médecins titulaires ou en formation dans le cadre des statuts de D.F.M.S ou D.F.M.S.A ou de médecin stagiaire associé ». Cette convention a été conclue pour une durée initiale de trois ans. L'article 6 de la convention prévoyait que, « si au vu du bilan élaboré par le comité de pilotage, les parties souhaitent prolonger leur coopération, une nouvelle convention devra être établie ». La convention a été renouvelée par avenant le 14 octobre 2019 pour une durée de trois ans en l'absence de bilan réalisé par le comité de pilotage.

Une seconde convention de coopération internationale a été conclue le 1^{er} avril 2021 avec le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) et prévoit également un accueil de médecins au sein du CHS de Lorquin.

Au cours de la période sous revue, dix médecins ont exercé ou exercent au sein du CHS de Lorquin en application de ces conventions, huit praticiens sénégalais et deux praticiens béninois.

Ces collaborations garantissent au CHS de Lorquin un nombre de médecins stable au cours de la période sous revue et permettent d'assurer des lignes de garde complètes.

Elles contribuent également à accueillir des stagiaires en vue d'une intégration dans un cursus national et d'un perfectionnement de leurs connaissances en vue de leur agrégation dans leur pays d'origine.

Les stagiaires accueillis relèvent de différents domaines médicaux : psychiatrie adulte et soins sous contrainte, réhabilitation, addictologie, pédopsychiatrie, médecine légale.

La chambre relève que les évaluations annuelles prévues aux articles 4 des conventions ne sont pas formalisées et ne permettent pas de dresser un bilan de la mise en œuvre de ces coopérations. Elle recommande à l'établissement de réaliser et formaliser un bilan annuel de ces dispositifs.

9.4.3 Le temps de travail additionnel

L'article R. 6152-27 du CSP prévoit, pour les praticiens hospitaliers à temps plein, que : « le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel ».

L'instruction DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014⁴³ rappelle par ailleurs l'obligation de conclure un contrat avec le praticien⁴⁴.

Au CHS de Lorquin, des contrats n'ont été conclus avec les personnels médicaux qu'à compter de 2021.

Des tableaux de services mensuels sont adressés aux affaires médicales après validation du chef de pôle. Chaque trimestre, les heures supplémentaires au-delà de l'obligation de service hebdomadaire précitée sont transformées en demi plage de TTA afin d'être mises en paiement. Le solde des heures supplémentaires est reporté sur la période suivante.

Le cumul des dépenses relatives au TTA s'élève à 354 459 € entre 2016 et 2021. Ces dépenses augmentent de plus de 89 % sur la période en raison principalement d'une majoration exceptionnelle de cette indemnisation.

Tableau 37 : Détail par emploi des dépenses relatives au TTA entre 2016 et 2021

Emploi	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total général
ASSIST. ASSOC. SPEC.			5 543,16	10 294,44	11 020,33	6 335,04	33 192,97
ASSIST. SPECIALISTE	476,78						476,78
CONTRACTUEL TPS PLEIN			479,64				479,64
PRAT. HOSP. C. S.	12 886,87	14 434,32	14 461,20	13 818,48	14 782,56	15 264,60	85 648,03
PRAT. HOSP. N. C. S.	25 116,95	32 064,99	28 119,00	32 296,68	51 649,02	45 224,22	214 470,86
PRAT. HOSP. TITR PROBAT.			1 285,44	8 516,04	2 892,24	1 285,44	13 979,16
PRATICIEN ATTACHE AUTRE						2 771,58	2 771,58
PRATICIEN HOSP. TPS. PART		956,42			479,64	2 003,70	3 439,76
Total	38 480,60	47 455,73	49 888,44	64 925,64	80 823,79	72 884,58	354 458,78

Source : CRC données fichiers paie

Si la formalisation de contrats d'engagements individuels est tardive puisque mise en place seulement à compter de 2021, les modalités de décompte des heures TTA n'appellent pas d'observation.

9.4.4 La formation des personnels médicaux

L'article L.6155-1 du CSP institue l'obligation du développement professionnel continu (DPC) dont l'objectif est le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. Le DPC constitue une obligation déontologique pour les médecins car il permet l'adaptation permanente des pratiques à l'évolution des techniques et des connaissances médicales et vise à l'amélioration

⁴³ Instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant 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 les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴⁴ « Les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. Le contrat, formalisé, doit être signé entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur. La contractualisation doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du temps de travail additionnel (CET, indemnisation, récupération). (...) La commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) élabore le modèle de contrat de temps de travail additionnel ; il est validé par le directeur après avis de la CME. La COPS assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et du respect des mesures relatives aux modalités de recours au temps de travail additionnel ; elle transmet ces éléments à la CME ».

des connaissances nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Le DPC est un acte volontaire de chaque praticien.

L'organisation du DPC et de l'évaluation des pratiques professionnelles incombe, dans les établissements hospitaliers, à la commission médicale d'établissement (CME) qui prépare à cet effet annuellement avec le directeur, le ou les plans de formation et les actions d'évaluation correspondantes. La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) concernent tous les praticiens hospitaliers à temps plein et temps partiel, les assistants des hôpitaux et les praticiens attachés. En sont réglementairement exclus les internes médecins en formation initiale.

Le CHS de Lorquin dispose d'un plan annuel de formation validé par la CME. Il ne réalise pas de bilan de la mise en œuvre de ce plan, ce qui ne permet pas de s'assurer de sa pertinence.

La chambre invite l'établissement à réaliser un bilan annuel de la mise en œuvre du plan de formation des personnels médicaux.

9.4.5 Les logements des personnels médicaux

Le CHS de Lorquin a mis en place une politique d'attractivité du personnel médical qui prévoit notamment la mise à disposition de logements à titre gracieux à ses internes et médecins.

Il n'existe pas de disposition légale encadrant le recours à la mise à disposition de logements pour utilité de service à des personnels médicaux autres que les internes.

L'article 9 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010⁴⁵ prévoit que « le *directeur d'établissement ou, le cas échéant, l'autorité compétente pour les établissements non dotés de la personnalité morale détermine les catégories de fonctionnaires pour lesquelles des logements peuvent être concédés par utilité de service dans l'établissement ou à proximité immédiate.*

Les fonctionnaires ainsi logés sont tenus de rembourser à l'établissement un loyer et des charges mensuels déterminés par l'assemblée délibérante, soit sur la base d'un forfait déterminé en fonction du niveau de rémunération des bénéficiaires et par référence au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit d'après la valeur locative servant de base à la taxe d'habitation ou, le cas échéant, d'après la valeur locative réelle. »

La concession pour utilité de service suppose ainsi qu'une décision soit prise par le directeur de l'établissement, spécifiant les catégories de fonctionnaires concernées et que l'assemblée délibérante ait fixé le montant du loyer et des charges.

Dans un souci d'attractivité, l'établissement a mis en place une politique de concession de logements pour les personnels médicaux.

Par décision du directeur de l'établissement du 23 février 2011, certains personnels peuvent bénéficier d'une concession de logement pour utilité de service dans les conditions fixées par le décret n° 2010-30 précité. Les personnels concernés sont les personnels médicaux, techniques et soignants participant aux astreintes. Or les personnels médicaux sont des agents publics sous statut mais n'ont pas la qualité de fonctionnaire et n'entrent pas le champ d'application du décret n° 2010-30 précité.

⁴⁵ Décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Par délibération du 21 juin 2021, le conseil de surveillance a décidé la mise à disposition à titre gracieux de logements pour les médecins affectés au CHS de Lorquin. Cette délibération exonérant les personnels médicaux du paiement des loyers et des charges contrevient aux dispositions du décret n° 2010-30 précité qui mentionne expressément une contrepartie financière liée à la concession d'un logement pour utilité de service.

Au cours de la période de contrôle, sept personnels médicaux ont bénéficié ou bénéficient d'un logement mis à disposition à titre gracieux par l'établissement.

La pratique de la concession aux personnels médicaux de logement pour utilité de service à titre gracieux utilisée par l'établissement se révèle contraire à la réglementation. De plus, en exonérant du paiement d'un loyer les personnels médicaux logés, le CHS de Lorquin se prive d'une recette, certes modeste, qui constitue un manque à gagner financier. La chambre demande à l'établissement de régulariser dans les plus brefs délais la situation de ces personnels médicaux pour la mettre en conformité avec le droit.

Rappel du droit n° 7 : Mettre fin à la concession pour utilité de service de logement à titre gracieux aux personnels médicaux prise en application de l'article 9 du décret n° 2010-30.

9.5 Les personnels non médicaux

9.5.1 L'évolution des effectifs non médicaux

Sur la période sous revue, les effectifs non médicaux sont passés de 579 ETPR en 2016 à 610 ETPR fin 2021, soit + 31 ETPR. Les effectifs non médicaux progressent de plus de 5 % sur la période sous l'effet de la constitution de la maison d'accueil spécialisée (MAS).

Tableau 38 : Évolution des effectifs non médicaux sur la période 2016-2021 – ETPR moyens

Statut		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Personnel non médical- Titulaires et stagiaires	Personnels administratifs	57,95	55,63	53,8	52,61	48,71	47,87
	<i>dont personnels de direction</i>	1,9	1,91	0	2,15	1,90	1,90
	Personnels des services de soins	367,82	355,28	351,33	365,81	375,39	372,80
	<i>dont infirmiers (IDE, ISG, IADE, IBODE, Puer)</i>	192,97	187,17	184,64	186,04	185,19	185,87
	<i>dont Aide-Soignant</i>	75,84	74,23	78,5	77,43	86,62	87,48
	Personnels éducatifs et sociaux	14,64	14,56	14,76	14,94	14,87	14,43
	Personnels médico-techniques	3	3	2,75	2,00	2,17	2,25
	Personnels techniques et ouvriers	82,7	75,71	74,05	76,74	76,12	72,28
	Sous-total (1)	526,11	504,18	496,69	512,10	517,26	509,63
Personnel non médical - Contrats à durée indéterminée	Personnels administratifs	1	1,17	1,28	1,46	2,00	3,00
	Personnels des services de soins	17,98	18,73	14,75	11,72	10,61	12,55
	<i>dont infirmiers (IDE, ISG, IADE, IBODE, Puer)</i>	0	0	0	-	-	-
	<i>dont Aide-Soignant</i>	0,53	0,13	0	-	-	0,50
	Personnels éducatifs et sociaux	0	0	0	-	-	-
	Personnels médico-techniques	0	0	0	-	-	-
	Personnels techniques et ouvriers	2,79	2,75	1,63	1,27	2,03	2,93
	Sous-total (2)	21,77	22,65	17,66	14,45	14,64	18,48
	Total Personnel Permanent (1)+(2)	547,88	526,83	514,35	526,55	531,90	528,11
Personnel non médical - Contrats à durée déterminée et autres	Personnels administratifs	1,9	0,9	3,85	7,41	11,06	10,14
	Personnels des services de soins	19,28	26,63	42,39	47,76	41,93	45,72
	<i>dont infirmiers (IDE, ISG, IADE, IBODE, Puer) (RIA)</i>	1,27	3,12	9,57	14,00	12,77	8,04
	<i>dont Aide-Soignant (RIA)</i>	6,32	5,83	11,15	13,41	3,54	9,13
	Personnels éducatifs et sociaux	0	0	0	1,16	2,01	2,61
	Personnels médico-techniques	0	0,25	1,29	1,50	1,29	1,33
	Personnels techniques et ouvriers	7,98	13,37	16,98	16,79	20,40	22,27
	sous total CDD (1)	29,16	41,15	64,51	74,62	76,69	82,07
	<i>dont CDD sur contrats de remplacement (mensualités de remplacement)</i>	14,15	18,98	24,24	24,45	-	23,67
	Intérim non médical (2)	0,45	0	0	-	-	-
	Contrats soumis à disposition particulière	1,34	0	0	-	-	-
	Apprentis	0	0	0	-	-	-
	Sous-total Emplois aidés (3)	1,34	0	0	-	-	-
	TOTAL Non Permanents (1)+(2)+(3)	30,95	41,15	64,51	74,62	76,69	82,07
Total Personnel non médical	578,83	567,98	578,86	601,17	608,59	610,18	
<i>dont budget principal</i>	530,09	504,43	516,96	511,50	513,67	513,83	
<i>dont budget MAS</i>	20,94	40,13	39,26	61,74	65,52	65,65	
<i>dont budget EHPAD</i>	27,8	23,42	22,64	27,93	29,396	30,7	

Source : données CHS de Lorquin

L'évolution constatée porte principalement sur le budget de la MAS dont les effectifs ont augmenté de 45 ETPR entre 2016 et 2019 en raison de la transformation de places du sanitaire vers le médico-social et du recrutement de personnels supplémentaires afin de doter la MAS des moyens humains nécessaires à son bon fonctionnement.

Entre 2020 et 2021, les effectifs sont restés globalement stables.

9.5.2 Le temps de travail

La durée annuelle du temps de travail

La réglementation en matière de temps de travail et d'organisation du travail dans les établissements publics de santé repose sur les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007. Les congés annuels des agents de la fonction publique hospitalière sont définis conformément au décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002.

La durée légale de travail des agents travaillant de jour en repos fixe est fixée à 1 607 heures. Cette durée légale est ramenée à 1 582 heures pour les agents en repos variable et à 1 476 heures pour les agents travaillant de nuit.

Au CHS de Lorquin, un règlement intérieur de gestion du temps de travail (RI GTT) des personnels non médicaux fixe les règles relatives à la gestion du temps de travail au sein des services de l'établissement. Il est actualisé au moins une fois par an pour tenir compte de la durée annuelle du travail pour l'année à venir.

La dernière modification du règlement intérieur a été validée par le CTE le 15 décembre 2021. Cette modification porte le nombre de jours de congés annuels au titre de l'année 2022 de 27 à 25 jours, conformément à la réglementation et supprime le jour de congé au titre de la fête patronale⁴⁶. Ces trois jours ne sont cependant pas supprimés mais transformés en « *journées vestiaires pour l'ensemble du personnel, qui seront assimilés à des jours de congés annuels* ». Si le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme du temps de travail effectif, en application de l'article 5 du décret n° 2002-9⁴⁷, il suppose la formalisation par le chef d'établissement de l'obligation du port d'une tenue de travail et la consultation préalable du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Ces deux obligations préalables ne sont pas satisfaites puisqu'il n'existe pas de décision du directeur de l'établissement et que le CHSCT n'a pas été sollicité. Les trois jours de vestiaire accordés au titre l'année 2022 à l'ensemble du personnel apparaissent comme irréguliers.

Le nombre de jours fériés pour 2022 est fixé à 10 jours pour les agents en repos fixe et 13 jours pour les agents en repos variable. Ce total intègre les deux jours fériés reconnus par le droit local d'Alsace Moselle⁴⁸. Or, la durée légale de travail s'applique uniformément et indépendamment du nombre de jours chômés, qu'il s'agisse des jours fériés de droit commun ou des jours fériés spécifiques applicables en Alsace et en Moselle. Ainsi, en réduisant la base annuelle de travail de 14 heures, l'établissement méconnaît les textes applicables en la matière⁴⁹.

⁴⁶ Un congé exceptionnel dénommé « fête patronale » était accordé à l'ensemble des agents de l'établissement jusqu'en 2021 inclus.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Vendredi Saint et 26 décembre.

⁴⁹ Réponse du ministère de la transformation et de la fonction publique à la question écrite n° 21870 de M. Jean Louis Masson - JO Sénat du 01/04/2021 - page 2147.

Ainsi en application du règlement intérieur pour 2022, les agents du CHS de Lorquin en repos fixe travaillent 1 561 heures au lieu des 1 607 heures réglementaires.

Tableau 39 : Durée annuelle du travail au CHS de Lorquin pour l'année 2022

	Repos fixe	Repos variables	
		10 à 19 DJF	+ 19 DJF
Nombre de jours par année	365		
Repos hebdomadaires en jours	105	105	105
Fériés (sont inclus les jours fériés Alsace-Moselle)	10	13	13
Congés annuels	25	25	25
Journée vestiaire	3	3	3
Repos compensateur si = ou + de 20 D/JF			2
Base Nombre de jours à travailler	222	219	217
Durée quotidienne (en heures)	7	7	7
Total annuel à travailler (en heures)	1 554	1 533	1 519
Journée de solidarité (en heures)	7	7	7
Total annuel à travailler y compris journée de solidarité (en heures)	1 561	1 540	1 526
<i>Rappel heures réglementaires</i>	<i>1 607</i>	<i>1 582</i>	<i>1 568</i>

Source : CRC sur la base du RI GTT

La chambre demande à l'établissement de se conformer dans les meilleurs délais aux dispositions du décret n° 2002-9 précité et de respecter la base réglementaire de 1 607 heures.

Rappel du droit n° 8 : Respecter la durée légale de travail fixée à 1 607 heures en application du décret n° 2002-9 en mettant notamment fin au dispositif des « journées vestiaires » pour les personnels dont le port d'une tenue n'est pas reconnu comme obligatoire par le chef d'établissement après avis du CHSCT.

9.5.3 La gestion des heures supplémentaires

Respect des dispositions réglementaires

Les dispositions de l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prévoient que : « lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer, à la demande du chef d'établissement, des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de 180 heures, par an et par agent. Ce plafond est porté à 220 heures pour les catégories de personnel suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale ».

À ce titre, les heures supplémentaires font l'objet, soit d'une compensation horaire, soit d'une indemnisation. Une même heure supplémentaire ne peut donner lieu à la fois à un repos compensateur et à une indemnisation.

En application du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002, la rémunération des heures supplémentaires fait l'objet d'une majoration.

L'application au CHS de Lorquin

Au CHS de Lorquin, la réalisation des heures supplémentaires est encadrée par le règlement intérieur de gestion du temps de travail des personnels non médicaux (RI GTT). Elles correspondent aux heures réalisées pour des nécessités de service ponctuelles, principalement dans le cadre de la permanence des soins en remplacement d'un agent absent, ou à un temps de surcharge d'activité imprévisible. Ces heures sont soumises à la validation de l'encadrement et donnent lieu à une compensation horaire récupérable à hauteur de la durée des dépassements.

Le volume d'heures réalisées entre 2016 et 2019 reste très faible pour un établissement de cette taille puisqu'il est en moyenne de moins de 2 000 heures par an. En 2018 et 2019, le volume des heures réalisées par le pôle 5 administratif et technique augmente fortement en raison de tensions sur l'effectif de l'équipe sécurité dont deux agents ont été absents pour maladie.

Le volume global d'heures supplémentaires progresse significativement (+ 486 %) entre 2019 et 2020 en raison de la crise sanitaire selon les informations de la direction des ressources humaines.

En 2021, le volume des heures supplémentaires reste très supérieur aux niveaux d'avant crise en raison de besoins persistants et de la mise en place de la rémunération des heures supplémentaires à compter du 1^{er} juillet 2021.

En effet, jusqu'au 1^{er} juillet 2021, le recours au paiement d'heures supplémentaires ne pouvait être envisagé qu'au cas par cas au vu de difficultés majeures. Les heures supplémentaires rémunérées relevées sur la période 2019-2020 concernent le personnel technique, des agents soldant leur compte d'heures avant leur départ ou des personnels ayant réalisé des heures dans le cadre de la mise en place d'une cellule d'urgence médico-psychologique suite à l'attentat de Nice.

À compter du 1^{er} juillet 2021, les agents ont la possibilité de se faire rémunérer leurs heures supplémentaires ou de les récupérer. Le coût de la rémunération des heures supplémentaires passe de 3 000 € en 2020 à près de 6 800 € en 2021, soit une augmentation de près de 120 %.

En application du RI GTT, les heures sont payées, en tenant compte de l'échelon et du grade de l'agent remplaçant sans majoration. Or, en application du décret n° 2002-598, les heures supplémentaires doivent être « *multipliées par 1,26 à compter de la première heure* ».

La chambre demande au CHS de Lorquin d'appliquer la majoration des heures supplémentaires prévue par le décret n° 2002-598.

Tableau 40 : Heures supplémentaires réalisées par pôle sur la période 2016-2021

Pôle	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2019/2020	Évolution 2019/2021
PÔLE 1 - PSYCHIATRIE SAINT-AVOLD et PAYS DE NIED	76,20	180,48	362,08	213,88	1 751,26	578,60	719 %	171 %
PÔLE 2 - PSYCHIATRIE GENERALE ADULTE - MOSELLE SUD	420,72	1 425,05	551,58	265,28	2 589,00	1 171,80	876 %	342 %
PÔLE 3 - INFANTO JUVENILE	71,72	27,88	65,47	48,73	1 352,55	1 187,80	2675 %	2337 %
PÔLE 4 - SMPR	17,95	30,60	34,18	14,25	0,00	7,30	- 100 %	- 49 %
PÔLE 5 - ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE	220,77	176,93	1 041,85	631,23	299,00	298,50	- 53 %	- 53 %
PÔLE - EHPAD	71,70	26,78	32,70	106,17	1 310,50	838,30	1134 %	690 %
PÔLE - MAS	140,38	89,62	305,42	154,13	1 103,00	1 210,30	616 %	685 %
Total des heures réalisées	1 019,43	1 957,35	2 393,28	1 433,68	8 405,31	5 292,60	486 %	269 %
Coût des heures payées en €	4 579,90	1 370,60	2 512,81	2 642,70	3 092,24	6 795,62	17 %	157 %

Source : données CHS de Lorquin retraitées CRC

Rappel du droit n° 9 : Appliquer les règles fixées par le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires en matière de majoration de rémunération des heures supplémentaires.

9.5.4 Les logements de fonction

L'attribution d'un logement pour nécessité absolue de service (NAS) n'est ouverte qu'aux seuls agents de la fonction publique hospitalière – titulaires ou stagiaires – et pas aux contractuels. L'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 prévoit la concession de logements par NAS aux personnels de direction et directeurs de soins⁵⁰ et pour les ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière⁵¹, lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de 40 jours⁵² de gardes de direction ou techniques. Les établissements de la fonction publique hospitalière ne pouvant assurer le logement de ces fonctionnaires leur versent une indemnité compensatrice mensuelle de logement.

L'attribution d'un logement pour utilité de service (US) est possible lorsque, sans être absolument nécessaire, le logement présente un intérêt certain pour la bonne marche du service, mais est conditionnée à l'accord du directeur d'établissement. La concession d'un logement pour utilité de service n'est pas un droit acquis, elle est précaire et révocable.

Sur la période sous revue, quatre agents ont bénéficié ou bénéficient d'un logement de fonction. Un agent des services techniques bénéficie d'un logement pour utilité de service en contrepartie du paiement d'un loyer. Le directeur de l'établissement bénéficie pour sa part d'un logement pour nécessité absolue de service en application de l'article 2-I du décret précité.

Un directeur adjoint contractuel, en charge des affaires financières et des usagers, a bénéficié jusqu'à son départ de l'établissement de la mise à disposition gratuite d'un logement pour nécessité absolue de service en application du décret n° 2010-30 précité. Or, au regard de son statut d'agent contractuel, cette mise à disposition était contraire aux règles fixées par le décret précité. Cette situation a pris fin en 2018, suite au licenciement de cet agent.

⁵⁰ I. de l'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 modifié par le décret n° 2013-347 du 23 avril 2013.

⁵¹ II. de l'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 modifié par le décret n° 2013-347 du 23 avril 2013.

⁵² Arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service.

Enfin, une directrice adjointe en charge des instances a bénéficié d'un logement pour nécessité absolue de service par le CHS de Lorquin jusqu'à son départ de l'établissement le 7 janvier 2019. Or cet agent, bien qu'appartenant à la direction commune, était géré et rémunéré par l'établissement de Jury et ne pouvait prétendre à utiliser un logement d'un autre établissement.

La chambre rappelle à l'établissement que la concession de logements pour nécessité absolue de service ou utilité de service est encadrée par des textes qui s'appliquent exclusivement aux fonctionnaires qu'il gère et rémunère.

9.5.5 La formation

Les dispositions du décret n° 2008-8240 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière fixent le cadre général et l'organisation de la formation dans les établissements de santé.

Chaque établissement doit élaborer un plan annuel de formation comportant « *une prévision du coût de revient des actions de formation faisant apparaître leur coût pédagogique, la rémunération des stagiaires en formation, les dépenses de déplacement et d'hébergement ainsi que le coût des cellules de formation* », mais aussi des « *des informations relatives au congé de formation professionnelle, au bilan de compétences, aux actions de validation des acquis de l'expérience professionnelle, au compte personnel de formation et aux périodes de professionnalisation* ».

Le plan de formation s'appuie sur « *un document pluriannuel d'orientation de la formation des agents [...] élaboré dans chaque établissement et soumis pour avis au comité technique d'établissement* » tel que prévu à l'article 37 du même décret. Ce même article prévoit le suivi de la réalisation du plan ainsi que l'évaluation de ses résultats.

Le CHS de Lorquin élabore chaque année un plan de formation conformément aux dispositions de l'article 6 du décret précité mentionnant une prévision du coût des actions de formation et des dépenses de déplacement. Ce plan est décliné par pôle. Ces plans annuels ne s'appuient cependant pas sur un document pluriannuel d'orientation de la formation des agents. De même, le suivi de la réalisation du plan et l'évaluation des résultats ne sont pas réalisés.

La chambre constate l'absence de suivi et d'évaluation des résultats des plans annuels de formation ainsi que celle du document pluriannuel d'orientation de la formation, ne permettant pas à l'établissement de programmer un plan de formation assis sur des évolutions des effectifs, des emplois, des compétences et des missions de l'établissement. Elle invite ce dernier à mettre en place ce document et à réaliser l'évaluation de son plan de formation dès à présent.

9.5.6 Le recrutement des directeurs adjoints sous contrat de droit public

Sur les conditions de recrutement des directeurs adjoints contractuels

En application des dispositions de l'article 3 de la loi 83-634⁵³, « *les emplois civils permanents de l'État, des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics à caractère administratif sont [...] occupés soit par des fonctionnaires régis par le présent titre, soit par des fonctionnaires des assemblées parlementaires, des magistrats de l'ordre judiciaire ou des militaires dans les conditions prévues par leur statut.* »

⁵³ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.

Les emplois de direction des établissements de santé sont pourvus par les personnels de direction relevant du statut prévu par le décret n° 2005-921⁵⁴. Ces personnels constituent un corps de fonctionnaire de catégorie A de la fonction publique hospitalière.

L'autorité investie du pouvoir de nomination doit satisfaire à l'obligation de publicité des emplois vacants définie à l'article 36 de la loi 86-33⁵⁵.

Par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général de la fonction publique précité, le recours à des agents contractuels au sein de la fonction publique hospitalière est encadré par la loi n° 86-33.

L'article 9 de cette loi dispose que *« par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général, les emplois permanents mentionnés au premier alinéa de l'article 2 peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées.*

[...] Les agents ainsi recrutés peuvent être engagés par des contrats d'une durée indéterminée ou déterminée. »

Le II de l'article 9-1 de la même loi dispose que *« pour les besoins de continuité du service, des agents contractuels peuvent être recrutés pour faire face à une vacance temporaire d'emploi dans l'attente du recrutement d'un fonctionnaire.*

Le contrat est conclu pour une durée déterminée qui ne peut excéder un an. »

Au cours de la période sous revue, le CHS de Lorquin a employé trois directeurs adjoints contractuels. Ces trois agents ont été recrutés en application de l'article 9 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Ils ont tous les trois signés des contrats à durée indéterminée.

Les trois emplois pourvus sont des postes de direction au sein du CHS de Lorquin devant être pourvus par un fonctionnaire conformément à l'article 3 de la loi n° 83-634.

Le recours à des agents contractuels pour pourvoir ces postes repose, selon l'ordonnateur, sur deux principaux constats : d'une part, les difficultés de recrutement liées à l'implantation géographique excentrée de l'établissement et, d'autre part, les précédents recrutements sans candidature préalable identifiée qui n'ont pas donné les résultats escomptés.

Le directeur de l'établissement a donc fait le choix de recruter des agents contractuels. Il précise que les avis de vacance de poste n'ont pas été transmis au centre national de gestion et que la publication de la vacance de poste, prévue par l'article 36 de la loi n° 86-33⁵⁶ n'a pas été réalisée, ne permettant pas de s'assurer qu'aucun candidat fonctionnaire n'aurait candidaté sur l'un de ces postes.

En l'absence de candidat déclaré sur les postes, l'établissement aurait été fondé à recruter un agent contractuel en application du II de l'article 9-1 de la loi n° 86-33⁵⁷ prévoyant un recrutement en contrat à durée déterminée ne pouvant excéder un an, pour pourvoir une vacance temporaire d'emploi.

⁵⁴ Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵⁵ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵⁶ L'article 36 de la loi n° 86-33 est désormais codifié à l'article L.311-2 du code général de la fonction publique.

⁵⁷ L'article 9-1 de la loi n° 86-33 est désormais codifié à l'article L. 332-20 du code général de la fonction publique.

En recrutant des agents contractuels sans publication préalable de la vacance de poste et en leur faisant signer un contrat à durée indéterminée, le CHS de Lorquin a contrevenu aux dispositions de la loi n° 86-33. Il a d'ailleurs reconnu cette situation en procédant en 2018 au licenciement de l'un de ses directeurs adjoints pour le motif qu'il ne remplissait pas les conditions pour être recruté en application de l'article 9 de la loi n° 86-33.

La chambre demande à l'établissement de veiller à la publicité des postes de direction vacants en application de l'article L. 311-2 du code général de la fonction publique et au recrutement, en l'absence de candidature de fonctionnaire, d'agents contractuels sous contrat à durée déterminée d'une durée n'excédant pas un an conformément aux dispositions de l'article L. 332-20 du code général de la fonction publique.

Sur l'évolution de la rémunération des directeurs adjoints contractuels

Un directeur adjoint, recruté en contrat à durée indéterminée et rémunéré en référence à un grade et emploi de personnel de direction relevant du statut prévu par le décret n° 2005-921, a vu sa rémunération passer, en l'espace d'un an et demi, de l'indice 511 à 1100 soit un doublement de son salaire sans aucune comparaison avec l'échelonnement indiciaire du corps de référence correspondant à l'emploi qu'il occupe.

L'intéressé justifie cette augmentation par l'accroissement de ses missions et la volonté de l'établissement d'uniformiser le niveau de rémunération des directeurs contractuels. La chambre tient à rappeler que le traitement indiciaire d'un agent est fonction du grade et de l'échelon de l'agent et qu'il évolue en raison de l'ancienneté de l'agent et non des fonctions qu'il occupe. C'est le régime indemnitaire de l'agent, la prime de fonction et de résultat pour les personnels de direction de la fonction publique hospitalière, qui permet de prendre en compte les fonctions occupées et les résultats obtenus. Ainsi, à fonction identique les agents peuvent prétendre à un régime indemnitaire identique.

Cette évolution salariale contrevient au principe d'égalité entre fonctionnaires et contractuels⁵⁸ en créant une différence de traitement manifestement disproportionnée.

La chambre demande à l'établissement de veiller à mettre en place des modalités de gestion et de rémunération de ses agents contractuels respectant le principe d'égalité entre les fonctionnaires et les contractuels.

9.6 Conclusion intermédiaire

La masse salariale est globalement contenue jusqu'en 2020 puis progresse très fortement en raison de la mise en œuvre des mesures Covid et des mesures du Ségur. Sa part dans les dépenses globales progresse ainsi fortement sans que la compensation financière ne soit totale, ce qui nécessite un pilotage accru sur les prochaines années pour encadrer son évolution.

Le suivi des personnels apparaît perfectible. Les données figurant dans les bilans sociaux ne sont pas fiables et doivent faire l'objet de correction. Le plan de formation ne fait pas l'objet d'un suivi de sa mise en œuvre.

Les personnels non médicaux ne réalisent pas les obligations légales relatives à la durée du travail puisqu'ils bénéficient en réduction de leurs obligations des jours chômés reconnus par le droit local d'Alsace Moselle ainsi que de trois journées vestiaires applicables à l'ensemble des agents de l'établissement sans décision du directeur portant obligation du port d'une tenue ni avis du CHSCT.

⁵⁸ CE 12 avr. 2022, Union nationale des syndicats autonomes – Éducation, n° 456068.

La politique d'attractivité des personnels médicaux conduit l'établissement à leur concéder des logements à titre gratuit en vertu de textes ne s'appliquant pas à cette catégorie de personnel.

Les conditions de recrutement et de rémunération des directeurs adjoints ne respectent pas les dispositions législatives et réglementaires.

10. LES ACHATS

10.1 Les marchés mutualisés au sein du GHT

L'article L. 6132-3 3° du CSP dispose que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure (...) pour le compte des établissements parties du groupement (...) la fonction achats* ».

L'article R. 6132-16 du CSP prévoit que la fonction achats mutualisée comprend les missions suivantes :

- l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat ;
- la planification et la passation des marchés ;
- le contrôle de gestion des achats.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la fonction achat est assurée par l'établissement support du GHT. À ce titre, ce dernier déploie au sein du GHT la stratégie définie par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre de son programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE). Les actions de mutualisation engagées s'inscrivent dans ce cadre et se traduisent par la passation de marchés par le GHT pour l'ensemble de ses membres, comme par exemple le marché de transport sanitaire de patients, ou le recours à des centrales d'achats, l'UGAP⁵⁹ et l'UniHA⁶⁰, pour divers équipements biomédicaux, informatiques, les fournitures bureautiques, les denrées alimentaires et les véhicules.

Il recourt également à des groupements de commandes tels que le RESAH⁶¹, le RAHL⁶² et le groupement de commande de Lorquin.

Concernant la filière achats généraux et hôtellerie, une stratégie d'achat par filière reste à définir, comme le mentionne le compte rendu de la réunion filière achats généraux et hôtellerie du 9 novembre 2021.

10.2 Le groupement de commandes de Lorquin

Le CHS de Lorquin est membre du groupement de commande de Lorquin, historiquement constitué pour répondre aux besoins de l'établissement en y associant des entités voisines telles que le Syndicat Inter-Hospitalier du Sud-Mosellan, devenu le Groupement de Coopération Sanitaire du Sud Mosellan (GCS), et la commune de Lorquin.

Il compte aujourd'hui 24 membres signataires de la convention en cours, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et qui court jusqu'au 31 décembre 2023.

Le GCS est désigné comme établissement coordonnateur du groupement. Le coordonnateur du groupement est l'administrateur du GCS et directeur du CHS de Lorquin.

⁵⁹ Union des groupements d'achats publics.

⁶⁰ Union des hôpitaux pour les achats.

⁶¹ Réseau des acheteurs hospitaliers.

⁶² Réseau des Acheteurs Hospitaliers Lorrains.

Parmi les membres signataires figurent, outre les centres hospitaliers de Jury et de Lorquin, le centre hospitalier de Boulay, l'EHPAD de Creutzwald et l'établissement public départemental de santé de Gorze rattachés au GHT n° 6. Les centres hospitaliers de Saverne et de Sarrebourg et le centre de réadaptation spécialisé Saint-Luc d'Abreschviller, membres du GHT n° 10, sont signataires de la convention. S'y ajoutent des structures médico-sociales, principalement des EHPAD et le GCS.

Ce groupement « *a pour but de mettre en place une procédure groupée d'achats de denrées alimentaires, de fournitures, de services et consommables* ».

Un travail de convergence des achats est en cours au sein du GHT n° 6 en matière d'achats généraux et d'hôtellerie, qui pourrait aboutir à la mise en place d'un GCS unique à l'échelon régional. Ce travail permettra, selon des échéances restant à déterminer, à l'ensemble des membres du GHT de rejoindre les marchés conclus par ce GCS.

Dans ce contexte, l'activité du groupement de commande paraît devoir à terme être absorbée par le GHT.

L'ordonnateur indique avoir présenté aux membres du groupement, lors de l'Assemblée Générale du 13 décembre 2022, les différents scénarios envisagés dans le cadre des travaux conduits par l'ARS. À ce stade, ce dossier n'a pas connu d'avancée supplémentaire.

La chambre invite le coordonnateur du groupement à engager une réflexion sur la stratégie à moyen terme pour son groupement de commande.

10.3 Les achats hors marché

L'article R. 2122-8 du code de la commande publique dispose que « *L'acheteur peut passer un marché sans publicité ni mise en concurrence préalables pour répondre à un besoin dont la valeur estimée est inférieure à 40 000 euros hors taxes* ». L'acheteur est invité à choisir l'offre la plus pertinente et à ne pas recourir systématiquement au même opérateur économique.

Le décret n° 2020-893 du 22 juillet 2020⁶³ a relevé temporairement le seuil de dispense de procédure mentionné à l'article précité pour les marchés publics de travaux et de fourniture de denrées alimentaires.

Les articles R. 2121-1 et suivants du code de la commande fixent les modalités de calcul de la valeur estimée du besoin. L'article R. 2121-7 indique notamment que la valeur du besoin est estimée sur la base « *du montant hors taxes des prestations exécutées au cours des douze mois précédents ou de l'exercice budgétaire précédent* » soit au regard de « *la valeur estimée des prestations qui seront exécutées au cours des douze mois ou de l'exercice budgétaire qui suit la conclusion du marché* ».

Au CHS de Lorquin, les dépenses réalisées sans publicité ni mise en concurrence représentent, sur la période 2018-2021, près de 15 % des charges à caractère hôtelier et général. Cette part est en forte augmentation de près de 40 % entre 2020 et 2021 et s'explique en grande partie par le relèvement temporaire des seuils d'achat sans procédure ni mise en concurrence⁶⁴.

⁶³ Décret n° 2020-893 du 22 juillet 2020 portant relèvement temporaire du seuil de dispense de procédure pour les marchés publics de travaux et de fourniture de denrées alimentaires.

⁶⁴ Le relèvement temporaire des seuils courait jusqu'au 31 décembre 2021.

Tableau 41 : Part des achats hors marchés sur les dépenses à caractère hôtelier et général

	2018	2019	2020	2021
Charges à caractère hôtelier et général	4 317 354	4 835 117	4 686 703	5 118 934
Achats hors marché	575 740	687 979	608 703	849 948
Part des achats hors marché sur les charges à caractère hôtelier et général	13 %	14 %	13 %	17 %

Source : CRC – données CHS de Lorquin (tableau de suivi des dépenses hors marché)

Pour ses achats réalisés sans formalisme ou dans le cadre d'une procédure adaptée, le CHS de Lorquin a rédigé des procédures internes. Elles prévoient un recensement annuel des besoins centralisé par la direction des services économiques et des travaux. Elles prévoient un bon de commande à usage interne permettant de suivre et valider la commande. En revanche, elles ne précisent pas les modalités à mettre en œuvre par les services acheteurs afin de lancer des consultations auprès d'opérateurs économiques. L'établissement indique recourir dans la mesure du possible à une mise en concurrence en sollicitant plusieurs devis. Le choix du prestataire est réalisé sur le fondement de l'offre économiquement la plus avantageuse sans que la consultation s'appuie sur un cahier des charges communiqué aux différentes sociétés.

L'établissement élabore également depuis 2018 un tableau de suivi de ses commandes hors marché. Ce tableau répond à une demande du GHT qui souhaitait, lors de la mise en place de la fonction achats mutualisée à l'échelon du GHT, disposer de cette information.

Malgré la tenue de ce tableau, la computation des seuils d'achats destinée à apprécier le caractère homogène d'un ensemble de fournitures ou de services n'est pas contrôlée. Dans ces conditions, l'établissement prend le risque de réaliser des achats de manière irrégulière. L'établissement ne dispose pas d'un système d'information chargé d'assurer la traçabilité annuelle et pluriannuelle de chaque commande.

L'examen du tableau de suivi des dépenses hors marché permet de dresser trois principaux constats.

D'une part, les informations saisies ne semblent pas être suffisantes pour assurer un suivi pertinent des dépenses hors marché. Les informations renseignées ne renvoient pas à une nomenclature unique et claire, ce qui ne permet pas d'apprécier l'homogénéité des fournitures ou des services commandés. Seule la date de mandatement figure dans ce tableau. Le service à l'origine de la commande n'est pas mentionné. De même, le libellé produit paraît sommaire et pourrait utilement renvoyer, pour chaque commande, à une famille et un segment d'achat permettant d'opérer des regroupements et de mener une réflexion sur les mutualisations à opérer.

Tableau 42 : Extrait du tableau de suivi des dépenses hors marché pour 2021

Date	Mois	N° de commande	Libellé Produit	Libellé fournisseur	Montant de la commande
27/01/2021	janv.-21	ECO 55	FOURNITURE ATELIER	SERVISTRORES	58,30 €
27/01/2021	janv.-21	ECO 36	FOURNITURE ATELIER	CS France	748,24 €
27/01/2021	janv.-21	ECO 65	THERMOMETRE REFRIGERATEUR	IHM MOINEAU	587,88 €
27/01/2021	janv.-21	ECO 69	SEL DENEIGEMENT	VERTUG POINT VERT	811,98 €
27/01/2021	janv.-21	ECO 85	SEL DENEIGEMENT	ALSA NOV	906,00 €
03/02/2021	févr.-21	ECO 101	FOURNITURE ATELIER	POINT P	392,09 €

Source : données CHS de Lorquin

D'autre part, le tableau recense, en plus des dépenses hors marchés, certaines dépenses réalisées dans le cadre de marchés formalisés et figurent à tort dans le tableau. C'est le cas, par exemple, des prestations de peinture qui ont été passées dans le cadre de deux marchés, l'un conclu par le CHS de Lorquin de juillet 2019 à décembre 2020, l'autre notifié par le GHT à compter du 1^{er} juillet 2021.

Enfin, certaines dépenses récurrentes dépassent le seuil annuel de mise en concurrence. C'est le cas des fournitures d'atelier dont la dépense annuelle moyenne sur la période 2018-2021 s'élève à près de 170 000 €. Depuis 2019, deux marchés mutualisés ont été conclus par le GHT, le premier avec CEDEO concernant la fourniture de matériel de plomberie et le second avec REXEL concernant la fourniture de matériels électriques. Malgré cela, plus de la moitié de la dépense est réalisée hors marché comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 43 : Détail des dépenses du CHS de Lorquin relatives aux fournitures d'atelier sur la période 2018-2021

en euro	2018	2019	2020	2021
Marché CEDEO		14 723,40	26 850,95	44 980,54
Marché REXEL		43 211,86	71 410,94	71 146,45
Dépense hors marché	130 739,41	101 032,21	67 935,20	107 515,40
Total	130 739,41	158 967,47	166 197,09	223 642,39

Source : données CHS de Lorquin

Les dépenses hors marché concernent principalement des achats de quincaillerie. L'analyse des dépenses par fournisseur montre une concentration des achats sur un faible nombre de fournisseurs. Le chiffre d'affaires annuel réalisé par les cinq principaux fournisseurs représente près de 50 % des dépenses hors marché en matière d'achat de fournitures d'atelier. La chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur à adhérer au premier trimestre 2023 à une offre d'une centrale d'achat nationale (Résah, Unia) pour couvrir les achats de quincaillerie passés actuellement hors marché.

Tableau 44 : Principaux fournisseurs en matière d'achat de fournitures d'atelier hors marché

Fournisseur	2018	2019	2020	2021	Total
POINT P	5 376,28	8 983,11	9 706,18	30 997,26	55 062,83
LEM 2000	34 507,79	13 609,57	208,01	126,00	48 451,37
BATIFER	5 554,06	11 891,83	10 657,15	12 790,57	40 893,61
GUERMONT WEBER	8 420,11	14 648,32	3 664,01	219,82	26 952,26
CEDEO	12 762,56	4 222,19			16 984,75
Total	68 638,80	55 374,02	26 255,35	46 154,65	188 344,82

Source : CRC vu les données du tableau de suivi des achats hors marché

L'ordonnateur indique que le GHT a lancé une procédure d'acquisition d'un système d'information des achats commun à l'ensemble des membres du GHT qui devrait permettre, selon lui, de contrôler la computation des seuils. Si la chambre prend acte de l'action lancée par le GHT, la lettre d'engagement ne mentionne pas expressément le volet computation des seuils.

La chambre rappelle à l'établissement qu'il a l'obligation d'assurer à son niveau un contrôle de la computation des seuils conformément aux dispositions des articles R. 2121-1 et suivants du code de la commande publique afin de garantir le respect des règles de mise en concurrence à l'échelle de l'établissement et du GHT.

Rappel du droit n° 10 : Mettre en place un contrôle de la computation des seuils conformément aux dispositions des articles R. 2121-1 à 9 du code de la commande publique.

10.4 Conclusion intermédiaire

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la fonction achats du CHS de Lorquin est assurée par son GHT de rattachement. La politique achats mise en place s'inscrit dans le cadre du programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE). L'établissement utilise les marchés mutualisés du GHT et ne passe plus de marchés hors marchés de travaux non mutualisés.

Le CHS de Lorquin est membre du groupement de commandes de Lorquin dont il est à l'origine. Le périmètre d'intervention de ce groupement de commandes, centré sur les achats de denrées alimentaires, de fournitures et de service, apparaît en conflit avec le périmètre de compétence du GHT. La chambre invite l'établissement à engager une réflexion sur l'avenir de son groupement de commande à l'issue de la convention en cours au regard des orientations prises par le GHT en matière d'achats généraux et hôteliers.

Enfin, le suivi des achats hors marché est perfectible. Si l'établissement s'est doté de procédures internes et d'un tableau de suivi, le manque de contrôle et d'analyse des achats réalisés conduit l'établissement à dépasser les seuils de mise en concurrence et publicité. La chambre recommande à l'établissement de mettre en place un contrôle effectif des achats hors marché et des procédures de consultation des opérateurs économiques pour les achats inférieurs aux seuils de mise en concurrence et de publicité.

ANNEXE 1 : ACTIVITÉ

Tableau 1 : Évolution capacitaire du CHS

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21 (en nbre)
Hospitalisation à temps complet (HC)							
Pôle de psychiatrie générale adultes Saint Avold et Nied	30	30	30	30	30	30	
Appartement thérapeutique de Creutzwald	10	10	10	10	10	10	
Lemire	20	20	20	20	20	20	
Pôle de psychiatrie générale adultes Moselle Sud (hors places)	145	102	105	105	115	105	- 40
Admission courte libre	27	27	27	27	27	27	
Plan Blanc					10		
Admission sous contrainte	19	19	19	19	19	19	
<i>Séjour thérapeutique réhabilitation</i>			4	4	4	4	4
Unité de soins post aigus	20	20	20	20	20	20	
Unité de soins prolongés	24	24	23	23	23	23	- 1
Unité B1	10						- 10
Unité temps plein réhabilitation	12	12	12	12	12	12	
Unité pour autistes et handicap mental	33						- 33
<i>Placement familial thérapeutique</i>	23	23	23	23	23	23	
Total lits et places établissement	198	155	158	158	168	158	- 40
<i>dont places</i>	23	23	27	27	27	27	4
Hospitalisation à temps partiel (HP)							
Nombre de places	144	144	144	144	144	144	
<i>dont Hospitalisation de jour</i>	72	72	72	72	72	72	
<i>dont Hospitalisation de Nuit</i>	6	6	6	6	6	6	
<i>dont Infanto juvénile</i>	42	42	42	42	42	42	
<i>dont SMPR</i>	24	24	24	24	24	24	

Source : données CHS

ANNEXE 2 : FINANCES

Tableau 1 : Rattachement des charges à l'exercice - budget consolidé

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
charges d'exploitation rattachées (c/408 : fournisseurs, factures non parvenues)	194 807	258 668	69 445	1 130 492	1 245 585	1 315 799
charges d'exploitation (c/60+c/61+c/62)	6 295 244	5 332 309	6 060 893	6 049 140	6 092 978	6 710 517
taux de rattachement sur charges d'exploitation	3,1 %	4,9 %	1,1 %	18,7 %	20,4 %	19,6 %
charges de personnel rattachées	997 204	964 345	821 708	72 387		
dont prime de service à payer c/ 4281	798 151	0	667 542	0	0	0
comptes de rémunération du personnel et de charges consolidés	31 220 241	30 367 659	31 300 880	32 223 248	34 733 190	36 351 009
taux de rattachement sur charges de personnel	3,2 %	3,2 %	2,6 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
taux de rattachement global	3,2 %	3,4 %	2,4 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 2 : Rattachement des produits à l'exercice - produits consolidés

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Produits à recevoir (c/418, c/4287, c/4387, c/4487 et c/4687)	89 809	70 590	80 976	214 955	110 324	481 070
dont produits "séjours à cheval » c/4182						
Total produits d'exploitation (c/70 à 75)	41 140 356	40 346 175	41 378 011	41 371 691	43 930 032	44 757 649
Taux de rattachement en %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	1,1 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 3 : Charges reportées - budget consolidé

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Charges de personnel c/67218	58 368	13 334	32 926	55 218	98 875	19 525
Charges à caractère médical c/67228	6 668	14 380	14 337	8 005	1 950	10 588
Charges à caractère hôtelière c/67238	178 573	12 805	12 938	10 504	33 852	14 405
Autres charges c/6728	2 896	17 781	11 714	37 291	57	2 155
Total report de charges	246 504	58 300	71 915	111 019	134 733	46 672
Charges totales (c/60 à 65, c/661, c/67218, c/67228, c/67238, et c/ 6728)	37 120 022	35 992 792	37 642 407	38 795 896	41 172 880	42 818 919
Taux de charges reportées	0,7 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 4 : Autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/20
Produits activité hosp complète	146 394	136 870	157 541	238 529	171 929	201 419	37,6 %
Forfaits journaliers PSY	720 648	657 243	735 800	724 415	677 985	695 055	- 3,6 %
Prestations soins délivrées aux patients étrangers	92 775	58 129	121 021	62 607	72 584	156 147	68,3 %
Total titre 2	959 817	852 242	1 014 362	1 025 551	922 498	1 052 621	9,7 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 5 : Autres produits (titre 3)

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Remboursement de charges de personnel	5 541	8 658	2 915	78 384	41 412	679	- 87,8 %
Variation des stocks	75 921	72 485	77 550	92 918	93 211	104 739	38,0 %
Ventes de produits fabriqués dont mise à disposition du personnel facturé	3 219 709	2 381 274	2 444 290	2 496 114	2 640 700	2 454 486	- 23,8 %
Rétrocession de médicaments	0	0	0	0	98	314	
Remboursement frais des budgets annexes	176 831	244 903	620 951	345 797	343 087	419 562	
Subventions exploitations	308 281	173 282	223 363	354 600	418 085	339 379	10,1 %
Autres produits de gestion courante	324 814	388 931	358 659	465 707	467 062	484 266	49,1 %
Produits exceptionnels	434 914 ⁶⁵	96 238	143 016	233 710	220 751	260 888	
Reprise sur amortissement et provisions	9 179	38 439	76 087	536 662	157 393	116 593	
Total titre 3	4 555 191	3 404 210	3 946 831	4 603 892	4 381 800	4 180 906	- 8,2 %

Source : comptes financiers du CHS

⁶⁵ Vente de bâtiments

Tableau 6 : Dépenses en personnel (titre 1)

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Charges de personnel	28 238 926	27 545 300	28 601 912	28 440 682	30 323 781	31 610 003	11,9 %
dont Mesures Ségur Budget H					1 323 996	2 952 829	
Charges de personnel hors Ségur					28 999 785	28 657 174	
dont rémunération du personnel non médical c/641	16 069 262	15 410 383	16 125 914	15 885 171	17 160 733	17 575 710	9,4 %
dont rémunération du personnel médical c/ 642	2 213 955	2 497 337	2 637 105	2 638 800	2 782 763	2 966 689	34,0 %
dont personnel extérieur à l'établissement c/621	111 696	138 871	115 988	88 288	46 673	75 901	- 32,0 %

Source : comptes financiers et données du CHS

Tableau 7 : Charges à caractère médical (titre 2)

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21	TVAM
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	196 120	189 905	280 276	250 047	206 786	234 647	19,6 %	3,7 %
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	18 355	18 070	15 652	18 134	25 735	31 599	72,2 %	11,5 %
Variations des stocks à caractère médical	39 716	32 245	33 484	29 776	33 472	38 643	- 2,7 %	- 0,5 %
Fournitures médicales	3 931	4 646	7 354	8 923	8 545	1 630	- 58,5 %	- 16,1 %
Sous-traitance générale	213 123	226 070	235 110	196 901	204 713	207 753	- 2,5 %	- 0,5 %
Locations à caractère médical	4 583	7 607	10 737	6 545	4 729	4 764	3,9 %	0,8 %
Entretiens et réparations de biens à caractère médical	3 897	1 081	2 132	1 734	2 586	1 704	- 56,3 %	- 15,3 %
Total titre 2	479 726	479 624	584 744	512 060	486 566	520 739	8,5 %	1,7 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 8 : Charges à caractère hôtelier et général (titre 3)

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évol 16/21
Achats stockés autres approvisionnement	447 049	495 649	480 085	493 113	540 944	622 496	39,2 %
Variations des stocks	63 325	43 676	39 001	47 774	59 446	54 568	- 13,8 %
Achats non stockés matières et fournitures	731 205	719 560	860 871	909 988	859 411	1 107 694	51,5 %
Services extérieurs	1 185 897	936 900	1 020 733	1 141 539	1 202 618	1 178 735	- 0,6 %
Autres services extérieurs	1 811 820	1 770 766	1 823 374	1 944 877	1 889 120	2 039 609	12,6 %
Impôts et taxes	9 124	8 995	7 339	4 311	5 962	7 824	- 14,3 %
Autres charges	78 233	99 138	85 951	293 515	129 202	108 008	38,1 %
Total titre 3	4 326 654	4 074 685	4 317 354	4 835 117	4 686 703	5 118 934	18,3 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 9 : CAF nette

En €	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Résultat net consolidé	- 304 379	48 682	26 073	26 734	1 484 023	301 623	- 199 %
+ Amortissements (68)	4 761 127	4 437 654	4 051 816	3 173 718	1 541 101	1 500 404	- 68 %
- Reprises sur provisions (78)	24 896	38 439	85 487	536 662	157 393	123 460	
+ VNC (675)			33 755	2		40 869	
- Produits des cessions (775)	278 200	1 089	10 250	1 650	4 000	170 000	- 99 %
- Quote part des subventions (777)	11 187	11 187	13 190	25 348	31 944	47 406	186 %
CAF brute	4 142 466	4 435 620	4 002 717	2 636 794	2 831 786	1 502 030	- 32 %
Remboursement du capital de la dette (164 et 163)	551 662	555 364	559 243	568 828	586 957	586 957	6 %
CAF nette	3 590 803	3 880 257	3 443 474	2 067 966	2 244 829	915 073	- 37,5 %

Source : comptes financiers CHS

Tableau 10 : Poids de la dette

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Annuité de la dette en capital	551 662	555 364	559 243	568 828	586 957	586 957	6,4 %
Frais financiers	293 755	269 475	239 387	226 264	195 148	169 298	- 42,5 %
Nouveaux emprunts	0	0	0	0	0		
Total service de la dette	845 418	824 839	798 629	795 092	782 105	756 255	- 10,5 %
Capital restant dû	6 406 051	5 850 687	5 291 444	4 722 616	4 135 658	3 548 701	- 44,6 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 11 : Indicateurs d'endettement

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
Capital restant dû	6 406 051	5 850 687	5 291 444	4 722 616	4 135 658	3 548 701	- 35,4 %
Durée apparente de la dette (capital restant dû/CAF)	1,5	1,3	1,3	1,8	1,5	2,4	
Ratio d'indépendance financière (capital restant dû/capitaux permanents)	21 %	18 %	15 %	13 %	11 %	9 %	

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 12 : Évolution du financement des investissements de 2016 à 2020

en euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cumul
titre 1 : remboursement des dettes financières	551 662	555 364	559 243	568 828	586 957	586 957	2 822 055
titre 2 : immobilisations	757 190	922 557	2 160 820	632 155	966 219	1 264 721	5 438 941
<i>dont immobilisations incorporelles (20)</i>	219 302	60 833	48 106	68 148	40 489	118 041	436 878
<i>dont terrains (211)</i>			104 380				104 380
<i>dont agencements et aménagement de terrains (212)</i>		10 510	21 592				32 102
<i>dont constructions sur sols propres (213)</i>	245 091	69 473	67 187	124 027	397 559	360 501	903 338
<i>dont installations techniques matériel, outillage (215)</i>	191 400	199 991	176 152	152 724	190 412	215 453	910 679
<i>dont autres immobilisations corporelles (218)</i>	65 378	160 738	118 299	278 135	152 964	190 559	775 515
<i>dont immobilisations en cours (23)</i>	36 018	421 012	1 625 104	9 120	184 795	380 166	2 276 049
titre 3 : autres emplois				1 100		0	1 100
total des emplois	1 308 852	1 477 921	2 720 063	1 202 083	1 553 176	1 851 678	8 262 096
capacité d'autofinancement brute	4 142 466	4 435 620	4 002 717	2 636 794	2 831 786	1 502 030	18 049 383
titre 1 : emprunts	0	0	0	0	0	0	0
titre 2 : dotations et subventions	11 548	0	492 030	82 170	175 647	79 445	761 395
<i>dont apports-fonds associatifs (102)</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>dont subventions d'équipements reçus (131)</i>	11 548	0	492 030	82 170	175 647	79 445	761 395
titre 3 : autres ressources	278 200	1 089	10 250	1 650	4 000	170 249	295 189
<i>dont cessions d'immobilisations (775)</i>	278 200	1 089	10 250	1 650	4 000	170 000	295 189
<i>dont annulation de mandats sur exercices clos (773)</i>	0	0	0	0	0	249	0
total des ressources	4 432 214	4 436 709	4 504 997	2 720 614	3 011 433	1 751 724	19 867 362
apport (+) ou prélèvement (-) au fonds de roulement	3 123 361	2 958 789	1 784 934	1 518 531	1 458 257	- 99 955	11 605 267

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 13 : Fonds de roulement net global

En euros	2016	2017	2018	2019	2020	2021	évol 16/21
+ Apports réserves et reports	13 228 370	12 923 991	12 972 672	12 998 745	13 025 478	14 509 501	9,7 %
+ Résultat de l'exercice	- 304 379	48 682	26 073	26 734	1 484 023	301 623	- 199,1 %
+ Subventions d'investissement	1 101 487	1 090 300	1 569 141	1 615 962	1 759 665	1 791 704	62,7 %
+ Droits de l'affectant	0	0	0	0	0	0	
+ Provisions réglementées	1 089 223	4 339 223	7 169 223	8 769 223	8 769 223	8 769 223	705,1 %
+ Provisions pour risques et charges	8 885 731	8 885 731	8 839 236	8 740 383	8 984 217	9 214 369	3,7 %
+ Dépréciations compte de tiers	199 897	211 458	205 540	205 540	198 731	186 410	- 6,7 %
+ Dettes financières (emprunts et dépôts et cautionnement)	6 406 051	5 850 687	5 291 444	4 722 616	4 135 658	3 548 701	- 44,6 %
+ Amortissements	25 641 827	26 626 264	27 195 878	27 651 461	28 286 073	28 615 927	11,6 %
+ Dépréciations des immobilisations	0	0	0	0	0		
= Ressources (a)	56 248 207	59 976 335	63 269 207	64 730 663	66 643 069	66 937 458	19,0 %
+ Immobilisations d'exploitation hors créance art 58	38 031 863	38 801 202	40 309 141	40 260 966	40 715 114	41 109 458	8,1 %
+ Créances art 58	2 919 574	2 919 574	2 919 574	2 919 574	2 919 574	2 919 574	0,0 %
+ Immobilisations financières	1 832 599	1 832 599	1 832 599	1 833 699	1 833 699	1 833 699	0,1 %
+ Charges à répartir	0	0	0	0	0		
= Emplois (b)	42 784 036	43 553 376	45 061 314	45 014 240	45 468 388	45 862 732	7,2 %
Fonds de roulement (a-b=c)	13 464 171	16 422 960	18 207 893	19 716 424	21 174 681	21 074 726	56,5 %

Source : comptes financiers du CHS

Tableau 14 : Besoin en fonds de roulement

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Emplois	Ressources										
c/ 3 Stocks en cours	75 921	0	72 485		77 550		92 918		93 211		104 739	
c/ 40 fournisseurs et comptes rattachés		1 000 806		1 043 701		1 000 293		2 476 749		2 810 588		2 959 161
c/ 41 Redevables et comptes rattachés (hors article 58)	4 422 547		1 700 136		2 212 012		2 271 896		2 433 778		2 277 065	
c/42 personnel et comptes rattachés	0	925 394		915 974		839 196		168 527		184 764		192 391
c/43 sécurité sociale et autre organismes sociaux		106 447		117 825		98 910		67 731		175 604		84 374
c/ 44 opérations particulières avec état, coll pub hors c/ 443)		332 453		338 507	425 030	342 833	21 743	265 218		302 861		245 833
c/ 46 Débiteurs et créiteurs dv hors c/ 463	1 177 954	15 720	1 725 121	49 022	1 290 316	32 089	1 187 692	64 343	1 407 859	22 882	1 729 792	19 747
c/47 comptes transitoires	0	36 006		21 003		12 912	102 845	31 501		86 235		311 034
c/48 comptes de régularisation	0	0				165 009		280 609		324 964		574 724
	5 676 422	2 416 825	3 497 742	2 486 032	4 004 908	2 491 242	3 677 094	3 354 678	3 934 849	3 907 899	4 111 596	4 387 264
BFDR		3 259 598		1 011 711		1 513 667		322 416		26 950		- 275 668

Source : comptes financiers du CHS

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE

ARS	agence régionale de santé
ASTP	assistant spécialiste à temps partagé
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BFR	besoin en fonds de roulement
CAF	capacité d'autofinancement
CAH	comptabilité analytique hospitalière
CAL	commission de l'activité libérale
CASF	code de l'action sociale et des familles
CASD	centre d'accueil et de soins aux dépendances
CCATP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CET	compte épargne temps
CGLPL	contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH	centre hospitalier
CHR	centre hospitalier régional
CHS	centre hospitalier spécialisé
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLACT	contrat local d'amélioration des conditions de travail
CME	commission médicale d'établissement
CMP	centre médico-psychologique
COPS	commission d'organisation de la permanence des soins
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT	communauté psychiatrique de territoire
CREA	compte de résultats et d'exploitation analytique
CRJA	centre de réhabilitation de jour pour adultes
CSP	code de la santé publique
CTE	comité technique d'établissement
CTI	complément de traitement indiciaire
DAF	direction des affaires financières
DAF	dotation annuelle de financement
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGFIP	direction générale des finances publiques
DIM	département d'information médicale
DMS	durée moyenne de séjour
DPC	développement professionnel continu
DPI	dossier patient informatisé
DRH	direction des ressources humaines
EFE	excédent de financement d'exploitation
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPDS	établissement public départemental de santé
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
EPS	établissement public de santé
EPSOLOR	établissement public social de Lorquin
ESAT	établissement et service d'aide au travail
ETP	équivalent temps plein
ETPR	équivalent temps plein rémunéré

FHF	fédération hospitalière de France
FIR	fonds d'intervention régional
FJH	forfait journalier hospitalier
FRNG	fonds de roulement net global
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHT	groupement hospitalier de territoire
HAS	haute autorité de santé
HC	hospitalisation complète
HIA	hôpital d'instruction des armées
HP	hospitalisation à temps partiel
HSPT	loi hôpital, patients, sante et territoires
ICNE	intérêts courus non échus
IESPE	indemnité d'engagement de service public exclusif
MAS	maison d'accueil spécialisée
MIG	mission d'intérêt général
MIGAC	missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
NAS	nécessité absolue de service
NOTRÉ	loi portant nouvelle organisation territoriale de la république
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PGE	provision pour gros entretien
PHARE	performance hospitalière pour des achats responsables
PMSP	projet médico-soignant partagé
PRS	plan régional de santé
PTSM	projet territorial de santé mentale
RESAH	réseau des acheteurs hospitaliers
RAHL	réseau des acheteurs hospitaliers lorrains.
RH	ressources humaines
RIA	rapport infra-annuel
RIGTT	règlement intérieur de gestion du temps de travail
RSA	résumé de sortie anonyme
RTC	fichier de retraitement comptable
SA	section d'analyse
SIG	soldes intermédiaires de gestion
SIH	syndicat inter-hospitalier
SMPR	service médico psychologique régional
SSC	soins sans consentement
TBFEPS	tableau de bord des indicateurs financiers des établissement public de santé
TTA	temps de travail additionnel
T2A	tarification à l'activité
UGAP	union des groupements d'achats publics
UM	unité médicale
UNIHA	union des hôpitaux pour les achats
US	utilité de service
USPA :	unité de soins post aigus
USP	unité de soins prolongés



« 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