



Lyon, le 11 septembre 2017

La présidente

N° D173065

Recommandée avec A.R.

Réf. : ma lettre n° D172532 du 17 juillet 2017

P.J. : 1

Madame la Directrice Générale,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion des Hospices civils de Lyon au cours des exercices 2010 à 2016. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

A l'issue du délai d'un mois fixé par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport, accompagné de votre réponse écrite.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, auquel doit être jointe votre réponse écrite, à votre assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Cette communication relève du président de votre établissement, auquel je transmets également une copie du rapport.

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 243-14 du code des juridictions financières, je vous serais obligée de me faire connaître à quelle date ladite réunion aura lieu et de me communiquer, en temps utile, copie de son ordre du jour.

Madame Catherine GEINDRE

Directrice générale des Hospices civils de Lyon
3 quai des Célestins
BP 2251
69229 LYON cedex 02

En application de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur régional des finances publiques Auvergne-Rhône-Alpes. Par ailleurs, le document est communiqué au directeur général de l'agence régionale de santé.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Marie-Christine DOKHÉLAR



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA
RÉPONSE**

**Hospices civils
de Lyon (69)**

Exercices 2010 à 2016

Observations définitives
délibérées le 22 juin 2017

SOMMAIRE

1-	LA GOUVERNANCE	7
1.1-	Présentation générale	7
1.1.1-	L'organisation en groupements hospitaliers	8
1.1.2-	L'organisation logistique et medicotechnique	9
1.1.3-	L'organisation en pôles d'activités	10
1.2-	Les projets d'établissement successifs	10
1.2.1-	Le projet d'établissement « Cap 2013 ».....	11
1.2.2-	Le projet d'établissement « Horizon 2017 »	12
1.3-	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM)	13
1.3.1-	Les principaux objectifs du CPOM 2007-2012	13
1.3.2-	Les avenants.....	13
1.3.3-	Le bilan du CPOM 2007-2012.....	14
1.3.4-	La signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier	14
1.4-	Conclusion sur la gouvernance.....	15
2-	ACTIVITE ET ATTRACTIVITE.....	15
2.1-	Une forte concurrence du secteur privé.....	15
2.2-	Le développement de l'activité	18
2.2.1-	Évolution et valorisation de l'activité d'hospitalisation.....	18
2.2.2-	Les taux d'occupation des lits.....	18
2.2.3-	La durée moyenne des séjours	19
2.2.4-	Les indicateurs de performance	20
2.2.5-	Les activités de chirurgie ambulatoire (ACHA)	21
2.3-	Conclusion sur l'activité et l'attractivité	21
3-	LA PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE.....	22
3.1-	Le positionnement au regard des autres CHU / CHR.....	22
3.2-	Le codage.....	23
3.3-	La gestion des blocs opératoires	25
3.3.1-	La performance des blocs	25
3.3.2-	Une démarche de structuration engagée par les HCL	26
3.3.3-	L'étude comparative régionale.....	26
3.4-	Conclusion sur la performance médico-économique.....	27
4-	LA FIABILITE DES COMPTES.....	27
4.1-	L'accompagnement	28
4.1.1-	Le recours à des intervenants extérieurs	28
4.1.2-	Positionnement, rôle et implication du comptable au sein du dispositif	29
4.1.3-	L'externalisation de la fonction d'audit interne	29
4.2-	La désignation du commissaire aux comptes	30
4.3-	De la fiabilisation à la certification des comptes	30
4.3.1-	Le déploiement d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers.....	30
4.3.2-	La fiabilisation des états financiers par la correction d'écritures comptables.....	31
4.4-	Conclusion sur la fiabilité des comptes.....	46
5-	ANALYSE FINANCIERE	46
5.1-	Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)	46
5.2-	La formation de la CAF brute.....	47
5.2.1-	La formation du chiffre d'affaires.....	47
5.2.2-	Le produit total.....	51
5.2.3-	La formation de la valeur ajoutée	51
5.2.4-	La formation de la marge brute d'exploitation	52
5.2.5-	La formation de la capacité d'autofinancement brute	53
5.3-	Le financement des investissements	54
5.3.1-	La formation de la capacité d'autofinancement nette	55
5.3.2-	La couverture des investissements par des financements propres	55

5.3.3-	Les principaux investissements réalisés ou en cours	56
5.3.4-	La variation du besoin en fonds de roulement	56
5.3.5-	La couverture du besoin de financement	57
5.4-	La situation patrimoniale.....	57
5.4.1-	Indication méthodologique	57
5.4.2-	Les ressources stables	58
5.4.3-	Les emplois stables	59
5.4.4-	La formation du fonds de roulement.....	60
5.4.1-	La formation de la trésorerie.....	60
5.5-	Le programme général de financement pluriannuel 2016-2025 (PGFP).....	61
5.5.1-	La marge brute : les hypothèses d'évolution des charges et des produits.....	61
5.5.2-	Le tableau de financement prévisionnel.....	64
5.5.3-	La situation patrimoniale prévisionnelle.....	66
5.6-	Conclusion sur la situation financière.....	66
6-	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	67
6.1-	Le suivi des précédentes recommandations de la chambre	68
6.2-	La gestion du personnel non médical.....	68
6.2.1-	Une baisse des effectifs.....	69
6.2.2-	Le recours accru aux agents contractuels et la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la précarisation de l'emploi public.....	70
6.2.3-	Des recours aux CDD non justifiés.....	71
6.2.4-	La gestion des heures supplémentaires	72
6.2.5-	L'absentéisme	75
6.2.6-	L'avancement.....	76
6.2.7-	Conclusion sur la gestion du personnel non médical	76
6.3-	La gestion du personnel médical.....	76
6.3.1-	Le recrutement et la gestion des praticiens	77
6.3.2-	L'organisation de la permanence des soins.....	79
6.3.3-	Les conséquences de la réforme du temps de travail des internes et des urgentistes	80
6.3.4-	Les contraintes financières et l'attractivité	81
6.3.5-	La mesure du temps de travail médical.....	82
6.3.6-	L'activité libérale des praticiens hospitaliers.....	82
6.3.7-	Les activités d'intérêt général des praticiens hospitaliers	91
6.3.8-	Les activités d'expertise judiciaire des praticiens hospitaliers	92
6.3.9-	Les autres activités accessoires des praticiens hospitaliers.....	92
6.3.10-	Conclusion sur la gestion du personnel médical	93
7-	LA GESTION DU PATRIMOINE DES HCL	94
7.1-	La stratégie immobilière	94
7.1.1-	La consistance du patrimoine privé de l'établissement.....	94
7.1.2-	Le plan directeur immobilier.....	95
7.2-	Les cessions de patrimoine.....	95
7.2.1-	Un préalable : la valorisation des biens	95
7.2.2-	La procédure mise en œuvre	96
7.2.3-	Le montant des cessions.....	96
7.3-	La gestion locative du patrimoine	96
7.3.1-	Les revenus procurés par la gestion du patrimoine.....	96
7.3.2-	Les loyers issus de la gestion des immeubles	97
7.3.3-	Les loyers issus de la gestion des terrains urbains	102
7.4-	Le musée des HCL et le domaine de la Croix-Valmer	103
7.4.1-	Le musée des HCL.....	103
7.4.2-	Le domaine de la Croix-Valmer.....	104
7.5-	L'Hôtel Dieu.....	104
7.6-	Conclusion sur la gestion du patrimoine	107
8-	ANNEXE.....	108

SYNTHESE

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme 2016, à l'examen de la gestion des Hospices civils de Lyon (HCL) pour les exercices 2010 à 2016. Ses diligences ont porté sur la gouvernance, l'activité et l'attractivité, la performance médico-économique, la fiabilité des comptes et la situation financière, la gestion des ressources humaines et la gestion du patrimoine. Le contrôle de la fonction achats de l'établissement, mené dans le cadre de l'enquête nationale sur les achats hospitaliers réalisée par la Cour, fait l'objet d'un cahier séparé.

Avec un budget consolidé de 1 718 M€ en 2015 qui en fait le deuxième centre hospitalier universitaire (CHU) de France, les HCL sont organisés en 14 hôpitaux pluridisciplinaires ou spécialisés, répartis en cinq groupements, qui ont connu et connaissent encore d'importants mouvements de restructuration et de modernisation des infrastructures. Ils constituent 23 pôles d'activité médicale dont le périmètre correspond globalement à celui des groupements hospitaliers, dont cinq pôles médicotecniques transversaux.

Les précédentes observations de la chambre, formulées en 2010, ont dans l'ensemble été suivies d'effet, notamment pour ce qui concerne la gestion du patrimoine de l'établissement, à travers une politique volontariste qui alimente la capacité d'autofinancement tout en fournissant un niveau élevé de recettes d'investissement. Concernant la gestion des ressources humaines, la chambre souligne la mise en extinction progressive de plusieurs primes et rémunérations irrégulières, tout en relevant qu'a succédé à ce dispositif l'indemnisation d'heures supplémentaires selon des modalités non réglementaires. La préparation de la certification des comptes, à laquelle les HCL sont soumis depuis l'exercice 2016, a quant à elle conduit à l'amélioration de la fiabilité des comptes.

Au cours de la période examinée, malgré un contexte très contraint par le nécessaire retour à l'équilibre financier, les HCL ont globalement respecté leurs engagements pris dans le cadre des projets d'établissements successifs. Les importantes restructurations médicales et logistiques conduites, menées en sites occupés, n'ont pourtant pas eu d'impact sur l'activité, qui a même progressé sur la période.

Le territoire de santé de Lyon dans lequel s'inscrivent les HCL se caractérise par une forte concurrence tant des établissements privés situés dans la Métropole de Lyon que d'autres établissements publics périphériques. Dans ce contexte, les HCL sont tout de même parvenus à accroître leur activité et leur chiffre d'affaires, tant en hospitalisation qu'en séances, et surtout en chirurgie ambulatoire. De manière générale, la chambre constate une amélioration des indicateurs de productivité et de performance. Pour la majorité d'entre eux, les HCL se situent à des niveaux équivalents ou proches de ceux des établissements les plus performants (taux d'occupation, de chirurgie ambulatoire, ...). Il subsiste cependant d'importantes marges de progression, notamment en ce qui concerne le taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire, et l'indice des coûts relatifs par salle d'opération, qui souligne une sous-production générale dans cette spécialité.

En matière de performance médico-économique, les HCL ont connu une évolution supérieure à la moyenne des autres centres hospitaliers universitaires (CHU) pour le nombre de séjours valorisés et les recettes tirées de ces séjours valorisées. En revanche, ils connaissent une stagnation de leur activité externe, et des recettes par séjour pour les trois premiers niveaux de sévérité, qui sont les plus fréquents. De manière générale, la performance des HCL est comparable à celle des autres CHU de la région. Mais des disparités importantes selon les groupements existent, justifiant un travail de convergence des pratiques au sein de l'établissement.

Soumis à un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) signé avec l'Agence régionale de santé (ARS) depuis 2013, les HCL ont connu un accroissement de leur chiffre d'affaires de 188 M€ entre 2010 et 2015, porté principalement par la progression des produits de l'activité hospitalière et par les subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité. Après être parvenus à respecter leurs engagements envers l'ARS en 2013, les HCL se sont éloignés de cette trajectoire au cours des exercices suivants. Malgré tout, fin 2015, le taux de marge brute a atteint 7,8 % (6,6 % retraité des aides) ; la CAF représentait 5,6 % du produit total, après avoir plus que doublé sur la période. L'endettement continue cependant de peser lourdement sur ces capacités de financement et donc d'investissement des HCL, au regard des ambitions de l'établissement entérinées dans le plan global de financement pluriannuel 2016-2025, qui portent sur 1 213,5 M€ de dépenses d'équipement financées à 70 % par son financement propre disponible.

Les HCL employaient 18 465 ETP en 2015, dont 1 612 ETP médicaux. La diminution de 1 000 ETP depuis 2008 a intégralement porté sur les effectifs de personnels non médicaux. Le recours parfois abusif à des agents contractuels, facteur de précarité, comme le versement d'heures supplémentaires forfaitaires et irrégulières, soulignent toutefois l'absence de contrôle interne suffisant de la part de la direction générale, pour veiller à la régularité de la gestion du personnel non médical dans les groupements.

Les effectifs de personnel médical ont légèrement augmenté sur la période, mais ont surtout connu une forte évolution de leur structure, qui s'explique notamment par une politique de revue annuelle des effectifs exigeante. À la suite de précédentes observations de la chambre concernant l'activité libérale des praticiens hospitaliers, les HCL se sont attachés à renforcer le contrôle de cette activité, notamment par le biais des commissions d'activité libérale. Cependant, des difficultés subsistent encore aujourd'hui du fait de l'impossibilité technique de comparer précisément les niveaux d'activité publique et privée des praticiens concernés. La chambre recommande aux HCL de poursuivre leurs efforts en ce sens, et ce d'autant plus que la promotion de l'activité libérale auprès des praticiens, afin de les fidéliser, est une ambition affichée par l'établissement. En revanche, la connaissance des autres activités annexes des praticiens demeure imparfaite, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'implication effective de certains praticiens dans leur activité clinique.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Revoir l'organisation de l'utilisation des blocs opératoires pour en améliorer la performance.

Recommandation n° 2 : Mettre en place un véritable contrôle de la gestion du personnel non médical par les groupements.

Recommandation n° 3 : Se doter d'outils de mesure de l'activité médicale personnelle publique et privée des praticiens afin d'harmoniser et d'accroître l'efficacité des contrôles de l'activité libérale.

Recommandation n° 4 : Achèver le processus de fiabilisation des comptes.

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion des Hospices civils de Lyon (HCL) pour les exercices 2010 à 2016, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle a été engagé par lettre du 2 février 2016, adressée à M. Dominique Deroubaix, directeur de l'établissement en fonctions du 2 janvier 2013 au 1^{er} mai 2017. Ses prédécesseurs sur la période contrôlée ont également été informés le même jour : MM. Alain Collombet, Daniel Moinard et Paul Castel. Par décision de la présidente de la chambre régionale des comptes du 4 mars 2016, à la demande de M. Collombet, qui a assuré l'intérim du 1^{er} novembre au 1^{er} janvier 2013, M. Deroubaix a été désigné pour l'assister ou le représenter.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ la gouvernance ;
- ♦ le diagnostic médico-économique et la performance ;
- ♦ la fiabilité des comptes ;
- ♦ l'analyse de la situation financière et de la dette ;
- ♦ la gestion des ressources humaines ;
- ♦ la gestion du patrimoine.

Le thème de contrôle relatif aux achats hospitaliers, qui s'inscrivait dans le cadre d'une enquête nationale commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, fait l'objet d'un cahier séparé.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 5 octobre 2016 avec M. Deroubaix. Il a également eu lieu avec M. Castel le 15 novembre 2016, et avec M. Moinard le même jour.

Lors de sa séance du 29 novembre 2016, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 31 janvier 2017 à M. Deroubaix, ainsi que, pour celles les concernant, à M. Castel, ancien ordonnateur du 17 janvier 2007 au 5 janvier 2011, à M. Moinard, ancien ordonnateur du 6 janvier 2011 au 31 octobre 2012, et aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites et procédé aux auditions demandées, la chambre, lors de sa séance du 22 juin 2017, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- LA GOUVERNANCE

1.1- Présentation générale

Avec un budget consolidé de 1 718 M€, les Hospices Civils de Lyon (HCL) sont le deuxième centre hospitalier universitaire (CHU) de France, après l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Ils assurent des activités de soins de proximité ainsi que des activités de recours¹ et de référence². Au-delà de leur vocation régionale, ils jouissent également d'une attractivité nationale et internationale. Outre leurs missions de soins, les HCL participent à la formation et à la recherche médicale, conformément à leur statut de CHU.

Au 31 décembre 2014, l'établissement disposait de 4 867 lits et places installés.

Tableau 1 : Répartition des lits et places par activités au 31/12/2014

Médecine	UHCD (1)	Chirurgie	Obstétrique	SSR (2)	Psy	USLD (3)	EHPAD (4)	Autres (Dialyses)	Total général
2 262	65	1 009	307	698	5	399	82	40	4 867

Source : HCL – (1) UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée - (2) SSR : Soins de suites et de réadaptation - (3) USLD : Unité de soins longue durée, (4) EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Durant le même exercice, les HCL ont enregistré 340 621 séjours, 1 306 873 consultations externes ainsi que 264 270 passages aux urgences.

L'établissement employait 18 465 agents en équivalents temps plein (ETP), dont 1 612 ETP médicaux, soit une baisse de 1 000 ETP depuis 2008.

Les produits de fonctionnement cumulés se montaient à 1 718 M€, dont 1 645 M€ pour le budget principal (budget H) et 73 M€ pour les budgets annexes (dotations non affectées, unité de soins longue durée, écoles et instituts de formation paramédicaux, EHPAD, centre de soins aux toxicomanes³).

1.1.1- L'organisation en groupements hospitaliers

En application des articles R. 6147-4 et suivants du code de la santé publique (CSP), le directeur général peut constituer un groupement d'hôpitaux placés sous une même direction. Il dispose également de la possibilité de décliner au sein de chaque groupement toutes les instances représentatives et consultatives (commission médicale, comité technique, soins infirmiers, ...).

Les HCL regroupent 14 hôpitaux pluridisciplinaires ou spécialisés, répartis sur cinq groupements, dont quatre sur l'agglomération lyonnaise. Trois de ces groupements sont généralistes et deux sont spécialisés.

¹ La notion de « recours » se conçoit comme une admission du malade en seconde intention, du fait de la difficulté technique du diagnostic ou du traitement, du besoin d'innovation, en raison d'une spécialité ou d'un équipement absent ailleurs, ou de la lourdeur des cas traités.

² La notion de « référence » s'applique aux éléments qui concourent à faire d'une institution un centre d'adressage incontournable ou privilégié pour certaines prises en charge. Elle se distingue de la précédente par l'existence d'une reconnaissance « officielle » (labellisation, missions réglementées comme les greffes, la réanimation, les activités soumises à autorisation restreinte). Définitions tirées du projet d'établissement 2005-2010 des HCL, que l'on retrouve dans le projet d'établissement « Cap 2013 » lorsqu'il évoque les pôles, les centres (labellisés) ou les laboratoires de références.

³ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie prévu à l'article L. 312-1 9° du Code de l'action sociale et des familles.

Tableau 2 : L'organisation des HCL en groupements hospitaliers (au 31/12/2015)

Groupement hospitalier	Composition	Domaines d'activités	Nombre de lits et places
Groupement Hospitalier Edouard Herriot	Hôpital Edouard Herriot	Urgence, médecine, chirurgie, Soins de suites et de réadaptation (SSR)	806
Groupement hospitalier nord	Hôpital de la Croix-Rousse	Urgence, médecine, chirurgie, obstétrique, SSR	745
	Service de consultation et de traitement dentaire	Odontologie	
Groupement hospitalier sud	Centre hospitalier Lyon Sud (CLHS)	Urgence, médecine, chirurgie, obstétrique	1 087
	Hôpital Henry Gabrielle	SSR	
Groupement hospitalier est	Hôpital Louis Pradel	Cardio-pneumo (médecine et chirurgie), SSR	1 220
	Hôpital Pierre Wertheimer	Neurologie et neurochirurgie	
	Hôpital Femme Mère Enfant (HFME)	Maternité, gynécologie, pédiatrie	
	Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique	Accueillir des enfants et des adolescents atteints de cancers ou de maladies du sang	
Groupement hospitalier de gériatrie	Hôpital Antoine Charial	Médecine gériatrique, soins de longue durée	778
	Hôpital des Charpennes		
	Hôpital Pierre Garraud		
	Hôpital Dr Frédéric Dugoujon		
	Services de court séjour de gériatrie d'HEH et du CLHS		
Hôpital Renée Sabran (Var)	Hôpital Renée Sabran	Médecine gériatrique, chirurgie orthopédique, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée	231

Source : HCL

Le management des HCL est centralisé : au siège se trouvent le conseil de surveillance, la commission médicale d'établissement centrale (CME), le comité technique central d'établissement, la commission centrale des marchés et le directoire. La gouvernance est assurée par le directeur général, dont dépendent les six groupements, et la CME.

Dans chacun des groupements hospitaliers (GH) siègent une CME locale, un comité technique d'établissement local et un comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). La gouvernance est assurée par le directeur du GH, le président de la CME et les chefs de pôles. Certaines directions métiers (directions du personnel, des soins) ou efficience (affaires financières, contrôle de gestion, ou encore logistique) sont en partie décentralisées au sein des groupements.

Afin d'améliorer l'offre de soins et la qualité du service rendu aux patients, une restructuration et une modernisation des infrastructures hospitalières ont été entreprises depuis plusieurs années, notamment pour les hôpitaux Édouard Herriot (HEH) et Louis Pradel.

1.1.2- L'organisation logistique et médicotechnique

Lors du précédent contrôle, la chambre observait que le schéma directeur de 1999, rationalisant les activités de biologie par le regroupement des différents laboratoires sur quatre sites, n'était pas abouti puisqu'il restait à conduire le regroupement des laboratoires de l'hôpital Édouard Herriot, dans le cadre de la modernisation de l'établissement.

Désormais, les groupements Nord, Est, Sud et Centre disposent chacun d'un centre de biologie. Quatre centres de prélèvements sont ouverts aux patients non hospitalisés (CHLS, HEH, groupement hospitalier Est et groupement hospitalier Nord).

La quasi-totalité des activités logistiques a été regroupée sur le site de Saint-Priest ; stérilisation centrale depuis avril 2011, unité centrale de production alimentaire⁴ (UCPA) mise en service en 2010 et blanchisserie inter-hospitalière⁵ entrée en service en octobre 2014.

1.1.3- L'organisation en pôles d'activités

Conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, issu de l'ordonnance du 2 mai 2005⁶ relative à « la nouvelle gouvernance » des établissements de santé, les HCL sont organisés en pôles d'activités par regroupement des services existants.

23 pôles d'activités médicales (PAM), dont le périmètre correspond globalement à celui des groupements hospitaliers, ont été constitués, dont cinq pôles médicotecniques transversaux, dont l'activité intéresse l'ensemble des groupements hospitaliers⁷.

Les pôles disposent tous de projets et de contrats décrivant l'ensemble des objectifs annuels ou pluriannuels ainsi que les moyens et les ressources qui leur sont assignés. Ils sont conclus par le directeur général, le directeur du groupement, le chef de pôle, le président de la CME et le directeur référent, pour une période de quatre ans ou de façon annuelle, par le biais d'avenants.

Tous les contrats sont assortis d'objectifs quantifiables qui font l'objet d'indicateurs de suivi n'appelant pas de remarque particulière.

Tous les PAM disposent de comptes de résultats analytiques (CREA), desquels il est possible de dégager quelques constats.

Dans la majorité des cas, les pôles ont contenu l'évolution de leurs dépenses, lorsque celle-ci ne découle pas d'une hausse de l'activité. On peut relever une amélioration globale de la situation financière des PAM, à l'exception de cinq d'entre eux (chirurgie Sud, chirurgie Nord, chirurgie HEH, pédiatrie, médical HEH) qui enregistrent à eux-seuls près de 42 M€ de résultat déficitaire en 2014.

Les cas les plus préoccupants concernent les PAM de chirurgie et urgences Sud ainsi que le PAM chirurgie de HEH, dont les déficits se sont creusés en 2014, contrairement aux autres pôles déficitaires, en léger redressement.

Le pôle chirurgie de l'hôpital Édouard Herriot est le parfait exemple d'un PAM qui arrive à maîtriser ses dépenses (- 2 M€ entre 2013 et 2014) mais qui ne parvient pas à rehausser ses recettes. Celles-ci sont ainsi en baisse de 2,75 M€ entre 2013 et 2014, essentiellement due au niveau de l'activité d'hospitalisation (- 0,8 M€) et l'activité externe (- 2 M€).

1.2- Les projets d'établissement successifs

Malgré d'importantes difficultés financières, l'établissement a mis en place deux projets d'établissement successifs au cours de la période sous revue. Le premier, dénommé « Cap 2013 » a couvert la période 2009-2013, le second, « Horizon 2017 », en a pris la suite jusqu'en 2017. Les HCL ont cherché à dresser le bilan de ces projets d'établissement.

⁴ 15 000 repas par jour pour les patients et le personnel.

⁵ Constituée sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), elle traite le linge des HCL, des centres hospitaliers de Sainte-Foy-lès-Lyon, Givors, le Vinatier (à Bron), Bourgoin-Jallieu et Pont-de-Beauvoisin.

⁶ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Titre 1^{er} : dispositions relatives à la réforme des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé.

⁷ Voir liste des pôles en annexe.

1.2.1- Le projet d'établissement « Cap 2013 »

Le projet d'établissement « Cap 2013 » identifiait quatre objectifs majeurs :

- ♦ améliorer la qualité, la sécurité des soins aux patients, et l'écoute aux besoins des usagers ;
- ♦ renforcer le positionnement des HCL en matière de recherche médicale et d'innovation, tout en confortant les soins de proximité à la population de la métropole ;
- ♦ assainir la situation financière et retrouver, d'ici 2013, l'équilibre financier, grâce à la poursuite des efforts d'organisation interne, à la valorisation du patrimoine immobilier et au désendettement ;
- ♦ préparer l'avenir de l'établissement en poursuivant une politique d'investissement et de modernisation des structures de soins, en retrouvant une capacité d'autofinancement.

Le bilan effectué par les HCL a cherché à évaluer les réalisations et résultats obtenus, qui peuvent être regroupés selon quatre thématiques.

1.2.1.1- *Les restructurations, les regroupements de services, d'activités et l'innovation*

Au cours de la période 2008-2013, les équipements de tous les groupements hospitaliers ont été modernisés, par des constructions nouvelles et des rénovations.

En termes d'activité, le bilan souligne la progression de la chirurgie ambulatoire, permise notamment par une optimisation de la gestion des blocs, et l'augmentation du nombre de consultations par l'optimisation des plages d'occupation des salles et de l'occupation des lits.

En matière d'innovation, les HCL font valoir le développement des relations avec le monde industriel et l'investissement dans le développement de nouvelles techniques.

1.2.1.1- *Les relations entretenues avec les patients et les médecins de ville*

Les HCL se sont engagés dans une démarche d'amélioration des relations avec les patients et la médecine de ville qui a conduit à l'informatisation du dossier commun du patient, ou encore au développement d'une stratégie de groupe avec les centres hospitaliers environnants⁸ et la constitution de GCS ou de groupement d'intérêt économique (GIE) avec le secteur privé libéral⁹.

1.2.1.2- *Les préoccupations liées à la gestion des ressources humaines*

Le bilan souligne que le plan de retour à l'équilibre a conduit à supprimer en moyenne 200 postes non-médicaux chaque année, tandis que les restructurations précédemment évoquées ont entraîné de nombreux transferts de personnels (1 450 personnes depuis 2008), nécessitant un accompagnement social.

En parallèle, il évoque les diverses mesures prises pour améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel soignant et agir sur l'absentéisme.

⁸ Givors : biologie et SSR, Vienne : obstétrique et chirurgie, Bourg en Bresse : urologie, ophtalmologie et télé imagerie, Bourgoin-Jallieu : chirurgie vasculaire et Villefranche-sur-Saône avec un GCS pour le développement d'une activité d'angioplastie.

⁹ Centre Léon Bérard : oncopédiatrie (IHOP), médecine nucléaire (Est et Nord Lyon) et recherche (SIRIC/CRC), Libéraux : partage d'équipements lourds : robot chirurgical et laser femtoseconde (imagerie et médecine nucléaire) et ESPIC pour les filières SSR/post urgence avec les établissements de la mutualité.

1.2.1.3- L'évolution de la situation financière

En cinq ans, le déficit du compte principal a été réduit de 76 % et le budget consolidé ramené à l'excédent. Cette amélioration est expliquée par des actions sur les achats, le codage, la facturation et la gestion du patrimoine.

Alors qu'à la clôture de l'exercice budgétaire 2008 le déficit dépassait le seuil d'alerte de 2 %, atteignant 94 M€, la capacité d'autofinancement était trop faible pour envisager de nouveaux investissements. Fin 2013, la dette cumulée représentait 12,4 années de capacité d'autofinancement contre 77 ans en 2008. Le désendettement était amorcé (922 M€ en 2010, 913 M€ en 2011, 891 M€ en 2012).

Parallèlement l'établissement a retrouvé des marges de manœuvre, sa capacité d'autofinancement étant passée de 9 M€ à 72 M€.

1.2.2- Le projet d'établissement « Horizon 2017 »

Le projet d'établissement « Horizon 2017 » actuellement en vigueur (période 2013-2017) a pour objectif de conforter la dynamique engagée depuis 2009 selon quatre priorités :

- ♦ clarifier l'organisation médicale ;
- ♦ développer une organisation et une culture institutionnelle adaptée au patient ;
- ♦ conforter l'efficacité des organisations et diffuser une éthique de la performance ;
- ♦ structurer un management par la valorisation.

Les HCL ont dressé un bilan d'étape à mi-parcours, présenté en conseil de surveillance le 30 octobre 2015.

Ce bilan décline les réalisations obtenues fin 2015 et les objectifs restant à atteindre fin 2017 en quatre axes :

- ♦ les priorités médicales :
 - dont la modernisation des hôpitaux Édouard Herriot et Louis Pradel, le regroupement d'activités¹⁰ ou de services, la structuration, la restructuration ou réorganisation de spécialités¹¹, des prises en charge courtes par l'optimisation du fonctionnement et de l'utilisation de matériels¹² ou de pratiques nouvelles¹³ ou existantes¹⁴, la dynamisation de certains actes¹⁵.
- ♦ la recherche et les innovations technologiques avec comme thèmes :
 - le renforcement du pilotage institutionnel de la recherche,
 - l'accompagnement du développement de la cytogénétique moléculaire et de la bio-informatique,
 - la modernisation du service de radiothérapie,
 - le développement de la télémédecine et la mise en place d'un contrat global pour le parc d'imagerie.
- ♦ la prise en charge du patient par :
 - le déploiement du nouveau système d'information EASILY ;
 - le développement des chemins cliniques et des parcours de soins pour une standardisation des pratiques pour une même pathologie ;

¹⁰ Imagerie programmée et interventionnelle [HEH], urgences [HEH et GHLS], ORL, gériatrie, centre des brûlés...

¹¹ Cancérologie, cardiologie, neurologie et neurochirurgie, biologie, centre de prise en charge du sommeil, ...

¹² En ouvrant l'utilisation du robot chirurgical à d'autres disciplines.

¹³ Chirurgie à récupération rapide.

¹⁴ Chirurgie ambulatoire.

¹⁵ Prélèvements d'organes, transplantations hépatiques.

- le renforcement de l'accessibilité des services par des « hotlines » pour chaque spécialité ;
- le développement des services en lignes dont la prise de rendez-vous sur Internet ;
- l'optimisation du fonctionnement des secrétariats médicaux avec la simplification du processus d'accueil administratif et le déploiement d'un dossier de soin informatisé ;
- l'amélioration de certaines pratiques de soins avec une charte de bonnes pratiques du repas du patient ;
- la préparation de la sortie du patient avec un processus de sortie (utilisation de Trajectoire¹⁶ pour le SSR) ;
- le renforcement de la sécurité des soins, avec des actions de formation pour les PM.
- ♦ les ressources humaines :
 - l'amélioration de la qualité de vie au travail par un baromètre social avec diagnostic pour répondre aux problématiques du bien-être au travail, de la qualité de la prestation servie et de la bonne marche de l'hôpital ;
 - l'attraction et la fidélisation des ressources ;
 - la réduction de l'absentéisme et le développement d'une politique de présentisme ; la conduite d'une politique de modernisation de la fonction d'encadrement.

1.3- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM)

1.3.1- Les principaux objectifs du CPOM 2007-2012

Le précédent CPOM a été signé avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) le 28 septembre 2007, avec prise d'effet au 31 mars 2007 pour une durée de cinq ans. Les annexes au CPOM détaillent les objectifs et les engagements pris par les Hospices, à travers 117 fiches déclinées par thème.

Lors du contrôle conduit par la chambre sur la période 2004-2008, il avait été relevé que le contrat portant sur la période 2007-2012, ne traduisait « (...) *qu'indirectement ou de façon lacunaire les orientations du projet d'établissement* » et que le volet relatif au financement des objectifs contractuels n'était pas renseigné.

Sans revenir sur ce constat, il apparaît que depuis l'exercice 2008, de nombreux avenants sont venus préciser le CPOM.

1.3.2- Les avenants

Par un avenant non daté, la durée du CPOM 2007-2012 a été prorogée de six mois à compter du 30 novembre 2012, soit jusqu'au 31 mai 2013.

Outre l'avenant prolongeant le CPOM, 33 avenants ont été signés, dont 17 relatifs à des aides financières au cours de la période 2008-2012, pour un montant global de 39,34 M€, rendant à la fois complexe la lecture et le suivi du contrat.

¹⁶ Logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients d'une structure vers une autre en SSR ou HAD (hospitalisation à domicile).

1.3.3- Le bilan du CPOM 2007-2012

Selon l'article D. 6114-8 du code de la santé publique (CSP), une évaluation du CPOM est présentée dans un rapport annuel d'étape, qui doit permettre de mettre en place des actions correctrices ou des améliorations. Le résultat de ces évaluations est ensuite inclus dans un rapport final joint à la demande de renouvellement du contrat qui est adressée à l'ARS.

Des suivis et évaluations du SROS et du CPOM pour les années 2010 et 2012 ont été établis, ainsi qu'un rapport annuel d'étape pour 2010. Pour ce qui concerne l'hôpital Renée Sabran (PACA), des bilans du CPOM ont été dressés pour chacun des exercices 2010 à 2014.

L'analyse des deux bilans communiqués permet notamment de relever qu'un certain nombre d'objectifs assignés aux HCL ont été atteints :

- ♦ la participation des médecins libéraux à la régulation des appels au SAMU et le nombre de protocoles spécifiques élaborés au niveau régional pour l'orientation directe des patients, mis en place par le SAMU à HEH ;
- ♦ la formalisation de l'organisation de l'accueil des enfants dans la structure d'urgences ;
- ♦ le score atteint dans les actions correspondant à l'axe III du PRSP « améliorer la qualité de vie à domicile » ;
- ♦ le score atteint pour le contrôle de gestion de l'activité de MCO ;
- ♦ le score atteint en matière de politique d'achats.

Cependant, aucun bilan final de ce CPOM n'a pu être communiqué.

1.3.4- La signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier

En décembre 2013, un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) couvrant la période 2013-2016 a été signé avec l'ARS Rhône-Alpes. La signature de ce CREF, intervenue tardivement alors que les seuils d'alerte sur la situation financière de l'établissement étaient dépassés de longue date, fait suite à la difficulté de l'établissement d'atteindre les objectifs financiers inclus à son projet « Cap 2013 ». Il définit la trajectoire financière de retour à l'équilibre et de désendettement de l'établissement. Il doit aussi lui permettre de réaliser les investissements nécessaires à la poursuite de ses missions.

Ce CREF comporte trois volets. Le volet stratégique, en lien avec le projet d'établissement, définit des priorités en termes d'offre médicale et des objectifs d'amélioration de la performance. Le volet opérationnel détaille les actions à mener pour atteindre les objectifs précédemment identifiés. Le volet financier formalise des objectifs d'équilibre pour 2016¹⁷ et contractualise l'aide versée par l'ARS de 70,15 M€ sur la durée du contrat.

Malgré les efforts des HCL, la trajectoire financière s'est progressivement éloignée des objectifs ambitieux affichés, nécessitant la signature d'un avenant.

¹⁷ Ces objectifs pour 2016 portent sur une marge brute d'exploitation consolidée (hors aides et Lamda) d'au minimum 7 % soit 110 M€ ; une dette ramenée de 889 à 816 M€ pour une charge annuelle ne pesant que 5 % des produits d'exploitation maximum ; et un niveau de fonds de roulement porté dès 2013 de 58 à 75 M€. Voir en détails dans la partie consacrée à l'analyse financière.

1.4- Conclusion sur la gouvernance

Les outils de pilotage que sont les projets d'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et le contrat de retour à l'équilibre financier ont amené les HCL à se fixer des objectifs ambitieux en termes d'organisation médicale, logistique, d'activité et d'amélioration de sa situation financière. En dépit des mesures d'économies imposées par le CREF, les HCL ont globalement respecté les engagements pris dans le cadre des projets d'établissement successifs (Cap 2013 et Horizon 2017) et du CPOM signé avec l'ARS.

Les HCL ont notamment mené d'importantes restructurations tant sur les aspects médicaux (spécialisation des groupements, regroupements d'activités) que logistiques (laboratoires, lingerie, restauration, ...). Celles-ci se sont faites en sites occupés, avec l'obligation de maintenir la continuité du service public hospitalier, et ont été menées sans pénaliser l'activité sur la période.

2- ACTIVITE ET ATTRACTIVITE

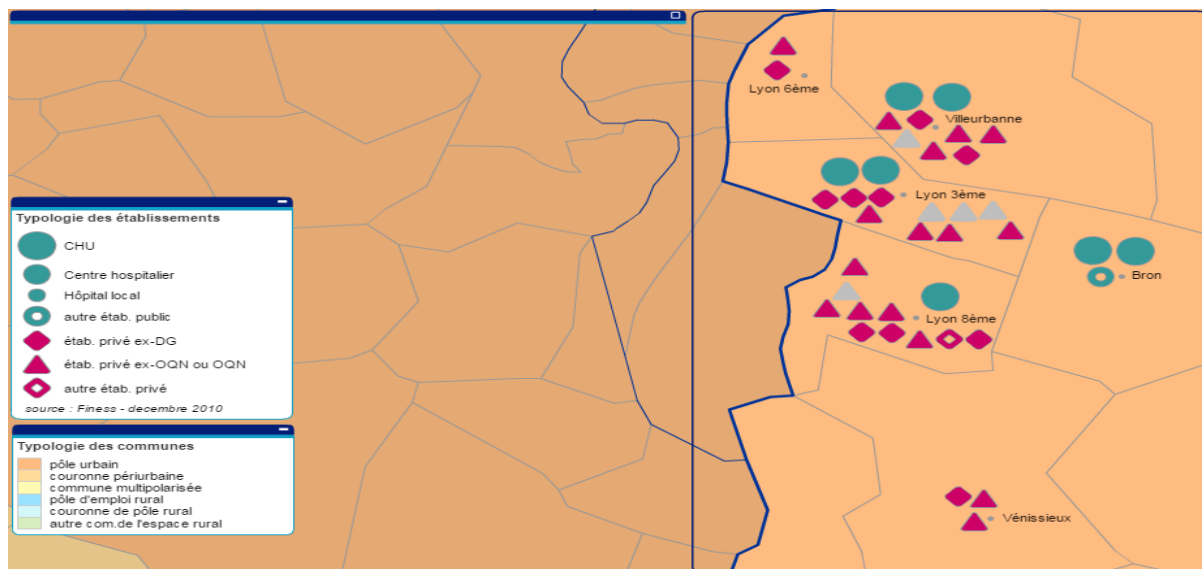
Lors de son précédent contrôle, la chambre avait examiné le développement de l'activité, qui constituait l'une des trois orientations majeures du projet médical 2005-2010. Elle avait relevé une mise en œuvre du projet médical et un respect des objectifs d'accroissement de l'activité difficiles, même si une amélioration avait été relevée.

Le projet d'établissement suivant (Cap 2013) a placé la progression de l'activité au cœur des préoccupations des HCL. Le projet actuellement en cours (Horizon 2017) formalise encore davantage la nécessité d'une progression de l'activité sans pour autant chiffrer ou définir l'évolution attendue.

2.1- Une forte concurrence du secteur privé

Les HCL sont confrontés à une forte concurrence du secteur privé, lucratif et non lucratif, sur le territoire de la métropole de Lyon, où sont implantés la majorité de ses groupements hospitaliers. Ils subissent également la concurrence d'autres établissements publics situés en périphérie et qui se sont fortement développés ou ont été en grande partie reconstruits ces dernières années (hôpitaux de Bourgoin-Jallieu et de Villefranche-sur-Saône).

Carte 1 : Cartographie des établissements (territoire Lyon Est)



Source : ATIH

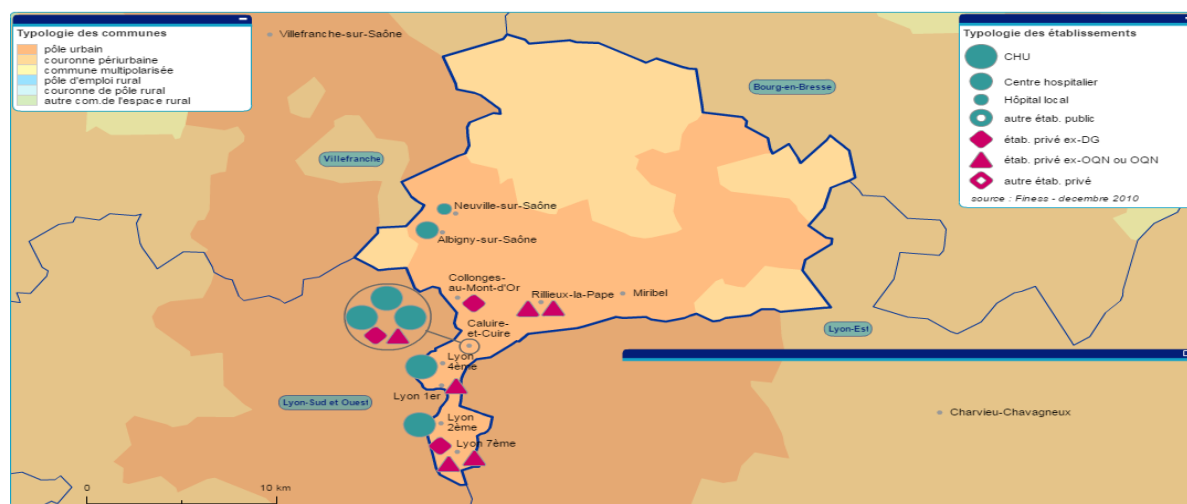
Précision Légende :

Ex DG : établissements privés antérieurement sous dotation globale car participant au service public hospitalier.

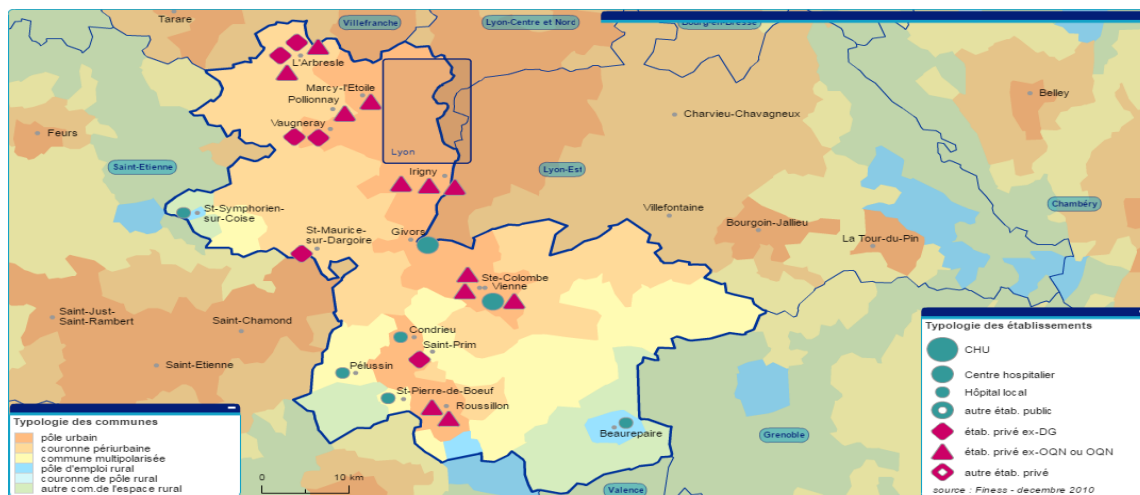
Ex OQN : antérieurement sous Objectif Quantifié National (établissements privés à but lucratif).

OQN : sous Objectif Quantifié National (article L. 162-22-2 du code de la Sécurité Sociale).

Carte 2 : Cartographie des établissements (territoire Lyon centre et Nord)



Source : ATIH

Carte 3 : Cartographie des établissements (territoire Lyon sud et ouest)

Source : ATIH

Au niveau départemental, les HCL subissent surtout la concurrence du secteur privé, mais seuls les autres établissements publics accroissent leurs parts de marchés.

Tableau 3 : Part de marché en MCO sur le département

	HCL			Privé 69			Autre Public 69		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Nombre de séjours ou séances	332 366	340 155	349 186	344 484	356 740	360 983	217 736	233 593	242 601
Total département	894 586	930 488	952 770	894 586	930 488	952 770	894 586	930 488	952 770
Part de marché	37,15%	36,56%	36,65%	38,51%	38,34%	37,89%	24,34%	25,10%	25,46%

Source : ScanSanté.

À un niveau plus fin, concernant l'hospitalisation complète, les parts de marché en médecine, à la fois sur la zone d'attractivité et la région, à l'inverse des activités de chirurgie et d'obstétrique, s'érodent.

Dans le cas de la chirurgie ambulatoire, les parts de marché qui diminuent sur la zone d'attractivité, bien qu'elles progressent sur la période, témoignent de l'activité des acteurs privés, qui enregistrent de fortes progressions (Hôpital privé Jean-Mermoz, Clinique du Val d'Ouest, Clinique du Tonkin).

Tableau 4 : Part de marché des HCL sur la zone d'attractivité

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	39,9%	38,4%	36,6%	36,2%	36,0%	36,0%
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	19,3%	19,4%	19,5%	19,2%	19,8%	20,2%
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	48,2%	48,1%	49,3%	49,9%	48,8%	49,4%
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	13,4%	14,1%	15,1%	14,0%	13,5%	13,3%
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	ND	30,8%	31,1%	30,0%	29,8%	29,8%
Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	24,9%	24,8%	27,5%	28,0%	29,4%	30,3%

Source : Hospidiag

2.2- Le développement de l'activité

Dans un contexte de restructuration et de modernisation engagées au cours de la période 2009-2013, devant se poursuivre jusqu'en 2020, l'examen a porté sur les évolutions de l'activité entre 2010 et 2015. L'activité est ici évaluée notamment au regard des établissements de même type, c'est-à-dire ceux qui présentent des caractéristiques proches des HCL en termes d'éventails des cas traités.

2.2.1- Évolution et valorisation de l'activité d'hospitalisation

Sur la période considérée, l'activité d'hospitalisation a progressé de manière significative (+ 10 %), tout particulièrement en médecine (séances de radiothérapie et de chimiothérapie, + 30 %) et en chirurgie ambulatoire (+ 53 %).

La valorisation des séjours évolue quant à elle de manière plus importante (+ 13%), portée par un développement prononcé de la chirurgie ambulatoire (+ 93 %).

La médecine représente en moyenne 74 % des séjours, la chirurgie 18 % et l'obstétrique près de 6 %. En valeur, leur part respective est de 54 % ; 40 % et 6 %.

Les urgences connaissent une hausse marquée de fréquentation (+ 23 %). Un quart des entrées en hospitalisation complète provenaient des urgences en 2015 (37,5 % pour les établissements de même type les moins performants).

Le nombre des consultations externes a crû de 26 % et a entraîné une hausse de 39 % des recettes, soit près de 7 M€ de ressources supplémentaires en 2015 par rapport à 2010.

2.2.2- Les taux d'occupation des lits

Avant d'aborder les taux d'utilisation et d'occupation, il convient de rappeler la réduction de près de 4 % du nombre de lits, en cohérence avec le développement de l'ambulatoire.

Les HCL ressortent parmi les établissements les plus performants en matière de taux d'utilisation et d'occupation des lits en MCO.

Tableau 5 : Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)

	HCL	Établissements de même type	
		20% Les moins performants	20% Les plus performants
2010	77,4	71,9	79,5
2011	77,9	72,7	77,9
2012	76,2	73,5	76,8
2013	77,1	70,3	76,2
2014	74,1	67,3	74,5

Source : Hospidiag.

Le constat est identique en matière de chirurgie en hospitalisation complète, avec des données très proches de celles des structures les plus performantes.

Tableau 6 : Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)

	HCL	Établissements de même type	
		20% Les moins performants	20% Les plus performants
2010	91,1	69,2	93
2011	96,2	70	96,2
2012	94,8	70,6	95,8
2013	97,7	67,2	98,5
2014	103,4	66,3	107,5

Source : Hospidiag.

En obstétrique, le taux d'occupation demeure toujours inférieur à celui des établissements les plus performants, et ce malgré une baisse de près de 20 lits sur la période.

Tableau 7 : Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)

	HCL	Établissements de même type	
		20% Les moins performants	20% Les plus performants
2010	63,9	63,8	81,7
2011	64,6	65,3	78,9
2012	68,7	66,1	79,7
2013	67,7	66,9	80,3
2014	70,2	66	82,7

Source : Hospidiag.

2.2.3- La durée moyenne des séjours

La durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours, correspond au nombre de journées de soins, jours de 24 heures consacrés aux examens, traitements et soins des patients, divisé par le nombre d'hospitalisations, séjours d'au moins 24 heures, durant lesquels un lit est occupé pendant une nuit.

Selon les données fournies par les tableaux d'application de cartographie de l'activité MCO (Hospidiag) pour le département du Rhône et la région Rhône-Alpes, la DMS des HCL apparaît globalement supérieure à celle relevée dans le département ou la région.

Tableau 8 : Évolution de la durée moyenne de séjour

DMS en jours	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variation 2010/2015
HCL	3,11	3,09	3,07	3,02	2,96	2,90	-7,24 %
Rhône	2,56	2,50	2,44	2,36	2,25	2,18	-17,43 %
Région Rhône-Alpes	2,91	2,80	2,76	2,69	2,62	2,51	-15,93 %

Source : Hospidiag – base complète MCO

Cette situation est en partie la conséquence de séjours dits « sévères » et qui nécessitent des durées d'hospitalisation plus importantes. Pour autant, il convient de souligner que leur proportion était de 10,45 % en 2015, à un niveau inférieur à celui des établissements les plus confrontés à ce type de séjours (17,10 %).

2.2.4- Les indicateurs de performance

2.2.4.1- L'indice de performance de la durée moyenne des séjours

L'indice de performance de la durée moyenne des séjours¹⁸ (IP-DMS), permet de rapprocher la DMS d'un établissement de la DMS de référence définie pour chaque séjour de médecine, chirurgie et obstétrique. Idéalement, l'indice doit avoir une valeur inférieure à « 1 ».

Les IP-DMS témoignent de performances bonnes en médecine, satisfaisantes en chirurgie mais moins en obstétrique.

Pour autant, une marge de manœuvre existe en chirurgie, spécialité qui a connu une baisse de 168 lits et dont le taux d'occupation / utilisation des lits en 2014 était de 103,40 %. Ce taux, supérieur à 100 %, laisse supposer que des patients présentant une pathologie de chirurgie sont hospitalisés dans des lits appartenant à d'autres spécialités.

Tableau 9 : Les indices de performance de la durée moyenne des séjours

	Établissement						Typologie 2015	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	20% Plus performant	20% Moins performant
IP - DMS médecine	0,955	0,965	0,965	0,969	0,964	0,965	0,886	1,008
IP - DMS chirurgie	1,038	1,022	1,025	1,043	1,025	1,009	0,925	1,066
IP - DMS obstétrique	1,041	1,046	1,088	1,074	1,089	1,091	0,958	1,092

Source : Hospidiag.

2.2.4.2- L'indice des coûts relatifs

L'indice des coûts relatifs (ICR) rapporte les coûts d'utilisation au nombre de salles d'opération ou à un effectif. Il permet de mettre en évidence une sous ou sur utilisation des salles de blocs disponibles. Les valeurs doivent être les plus importantes possibles, afin de traduire une forte utilisation de l'outil de production.

L'ICR par salle d'intervention chirurgicale croît sur l'ensemble de la période. Cette amélioration est cependant artificielle car elle est due à la baisse du nombre de salles (- 13). Le nombre d'ICR, qui correspond aux actes réalisés aux blocs, n'a que très peu évolué (+ 1,43 %).

La performance des Hospices est proche de celle des établissements de même type les moins performants (2^{ème} décile) et demeure éloignée des plus performants, et notamment des CHU de Nice (351 555), de Rennes (368 576) ou la Pitié-Salpêtrière (383 339).

Le constat est inverse pour ce qui concerne le nombre d'ICR par chirurgien pour lesquels les HCL figurent parmi les établissements de même type les plus productifs.

¹⁸ Calculé ainsi : IP-DMS = nombre de journées réelles/nombre de journées théoriques.

Tableau 10 : Les indices de coûts relatifs

	Établissement						Typologie 2015	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	20% Moins performant	20% Plus performant
ICR par salle d'intervention chirurgicale	222 735	219 171	248 192	263 447	284 150	276 037	286 391	463 654
Nombre d'ICR par chirurgien	110 958	119 674	121 716	121 553	123 980	126 010	102 463	119 596

Source : Données Hospidiag retraitées CRC.

2.2.5- Les activités de chirurgie ambulatoire (ACHA)

Les projets médicaux successifs des HCL ont fait du développement de la chirurgie ambulatoire une priorité. Sur la période 2009-2011, deux structures ont été mises en service, au sein du groupement Édouard Herriot et du groupement Nord.

L'ambition d'accroissement de cette activité passe par l'augmentation du nombre de plateaux techniques et de consultations et par la mise en service dans chaque groupement de centres de prélèvements en biologie.

Pour accompagner et informer les patients devant subir une intervention chirurgicale ambulatoire, un passeport d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire a été mis en place.

Le virage ambulatoire est notable, les HCL étant proches des établissements de même catégorie les plus performants en la matière, y compris pour ce qui est des 18 gestes marqueurs, considérés comme des interventions chirurgicales pouvant être réalisées exclusivement en ambulatoire. Les résultats relevés restent toutefois en-deçà du potentiel de 90 % communément admis.

Le taux d'utilisation des places reste quant à lui éloigné de celui des établissements les plus performants (CHU de Grenoble 159 %, CHU de Saint-Etienne 169 %, CHU d'Angers 135 %). Avec une valeur inférieure à 100 %, il traduit une rotation des places moyennement satisfaisante et une sous-utilisation des places au regard de leur capacité, ce qui peut s'expliquer par la forte concurrence du secteur privé sur ce segment.

Tableau 11 : Évolution de l'activité en chirurgie ambulatoire des HCL

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	20% Les moins performants (Catégorie 2015)	20% Les plus performants (Catégorie 2015)
Taux de chirurgie ambulatoire	22,36%	24,78%	27,37%	28,44%	29,62%	30,85%	16%	31,11%
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	48,84%	54,46%	58,58%	60,24%	63,95%	65,22%	42,80%	66,63%
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	84,30%	80,30%	79,20%	80,80%	85%	98,90%	71,50%	126,70%

Source : Hospidiag.

2.3- Conclusion sur l'activité et l'attractivité

La chambre relève une amélioration des indicateurs de productivité et de performance. Pour la majorité d'entre eux, les HCL se situent à des niveaux équivalents ou proches de ceux des établissements les plus performants (taux d'occupation, IPDMS, taux de chirurgie ambulatoire).

Dans un contexte de forte concurrence sur le territoire de santé, la chambre note la hausse de l'activité et du chiffre d'affaires correspondant.

Tout en ayant progressé entre 2010 et 2015, de 84,3 % à 98,90 %, le taux d'occupation¹⁹ des places de chirurgie ambulatoire demeure en-deçà des objectifs que les HCL se sont fixés et des objectifs nationaux, et traduit une sous-utilisation des places. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que cet indicateur fait l'objet d'un suivi attentif, et qu'en 2016, le taux de rotation²⁰ des plateformes de chirurgie ambulatoire est en progression pour la quasi-totalité des plateformes existantes aux HCL.

3- LA PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE

3.1- Le positionnement au regard des autres CHU / CHR

La base inter-CHU permet de comparer la performance des 32 centres hospitaliers régionaux et universitaires²¹ de France à travers 18 indicateurs. Ceux-ci montrent que les HCL parviennent à des résultats globalement dans la moyenne des autres établissements de cette catégorie.

Quatre indicateurs se démarquent sensiblement des résultats des autres CHU et méritent d'être soulignés.

Tableau 12 : Base inter-CHU à fin décembre 2015

	HCL	Moyenne des CHU / CHR	Rang
Évolution du nombre de séjours valorisés	+3 %	+2,5 %	11/32
Évolution des recettes des séjours valorisés	+2 %	+1,4 %	14/32
Recettes par séjour, selon niveau de sévérité	<u>Niveau 1</u> : 2 290 € <u>Niveau 2</u> : 4 981 € <u>Niveau 3</u> : 7 897 € <u>Niveau 4</u> : 18 774 € <u>Ambulatoire</u> : 1 193 €	<u>Niveau 1</u> : 2 351 € <u>Niveau 2</u> : 5 359 € <u>Niveau 3</u> : 8 043 € <u>Niveau 4</u> : 18 615 € <u>Ambulatoire</u> : 1 150 €	<u>Niveau 1</u> : 21/32 <u>Niveau 2</u> : 27/32 <u>Niveau 3</u> : 17/32 <u>Niveau 4</u> : 14/32 <u>Ambulatoire</u> : 10/32
Évolution de l'activité externe	+0,7 %	+2,1 %	27/32

Source : base inter-CHU.

L'évolution du nombre de séjours valorisés et des recettes est due à la hausse de l'activité, et à l'amélioration du codage des séjours, sur lequel l'établissement a effectué un important travail. Pour ces deux indicateurs, les HCL se situent dans la première moitié de classement. On peut toutefois relever une stagnation de l'activité externe, mais également des recettes par séjour, qui sont moins favorables sur les trois premiers niveaux de sévérité, les plus importants en nombre.

¹⁹ Le taux d'occupation des places en chirurgie ambulatoire est calculé en rapportant le nombre de séjours en ambulatoire d'une part, au nombre de places en chirurgie ambulatoire multiplié par 220 jours (valeur définie par défaut comme étant le nombre de journées exploitables en ACHA après déduction des samedis, dimanches, jours fériés et congés annuels).

²⁰ Le taux de rotation des plateformes de chirurgie ambulatoire s'obtient par le rapport entre le nombre de patients journaliers d'une part, calculé en moyenne sur le total des journées d'ouverture, et le nombre de fauteuils/lits disponibles sur la plateforme d'autre part.

²¹ 30 CHU (trois en Rhône-Alpes, un en Auvergne) et deux CHR.

Le niveau de recettes de séjours pourrait s'expliquer, en partie seulement, par le non-respect des bornes de facturation²².

La non atteinte des bornes basses, selon les données de facturations, a atteint plus de 64 M€ sur la période. Depuis 2010, année du pic du nombre de séjours en-deçà de ces bornes, les HCL ont effectué un travail ayant permis d'en limiter substantiellement le nombre. Pour autant, les séjours concernés, représentaient chacun en moyenne 2 581 € de sous-valorisation en 2015.

Le dépassement des bornes hautes fait l'objet d'un financement moins important que si un même lit était occupé par un nouveau patient. Ces dépassements, sur lesquels les HCL ont également travaillé, s'expliquent principalement par les difficultés à trouver des lits d'aval (longue durée, services de rééducation) ou de sortie au domicile.

Tableau 13 : Incidence du non-respect des bornes de durées des séjours

Exercice	Nombre total séjours	Nombre EXB et %	Valorisation EXB	Nombre EXH et %	Valorisation EXH
2010	306 727	8 148 (2,65%)	-13,40 M€	4 448 (1,45%)	12,43 M€
2011	311 011	6 764 (2,17%)	-10,76 M€	3 867 (1,24%)	12,96 M€
2012	314 625	6 996 (2,22%)	-11,49 M€	3 851 (1,22%)	12,15 M€
2013	318 970	5 590 (1,75%)	-9,81 M€	3 847 (1,20%)	13,42 M€
2014	327 136	3 992 (1,22%)	-9,07 M€	3 604 (1,10%)	12,43 M€
2015	336 925	3 912 (1,16%)	-10,10 M€	3 395 (1%)	12,32 M€
TOTAL	1 915 394	35 402 (1,85%)	-64,63 M€	23 012 (1,20%)	75,71 M€

Source : CRC à partir des données PMSI.

3.2- Le codage

La qualité du codage peut se mesurer à l'aune de plusieurs types d'indicateurs et de données. Les sanctions et indus imposés par l'Assurance maladie constituent un premier indicateur de la qualité du codage. La procédure « Lamda », qui permet à un établissement de compléter, pendant un an, les données de facturation des séjours de l'exercice antérieur (séjours non codés, séjours recodés), en constitue le deuxième. Lorsque les montants des corrections sont importants, on peut en déduire des difficultés dans la procédure du codage, celui-ci n'ayant pas été exhaustif.

Enfin, un troisième indicateur mesure quant à lui l'exhaustivité du codage à 15, 20 ou 30 jours, selon la cible définie par l'établissement, l'objectif étant d'atteindre 100 % des séjours codés avec un diagnostic principal, 15-20-30 jours après la sortie du patient de l'unité. Les résultats inférieurs à cette valeur traduisent des difficultés et sont générateurs d'oublis et d'erreurs, constitutifs d'un manque à gagner pour l'établissement.

Suite aux contrôles de l'Assurance maladie, les HCL ont subi 8,78 M€ d'indus et sanctions en 2011, pour un total de 11 M€ sur l'ensemble de la période contrôlée. Les Hospices citent « *de nombreux séjours d'hôpital de jour de médecine dont la facturation a été reconvertie en actes et consultations externes* » et soulignent une situation d'insécurité juridique dans la mesure où « *l'Assurance maladie ne produit pas de doctrine écrite sur les séjours acceptés ou refusés* ».

²² Pour la facturation, chaque séjour est associé à un tarif et deux bornes exprimées en termes de durée, une basse (extrêmement bas « EXB ») et une haute (extrêmement haut « EXH »). Un séjour dont la durée n'atteint pas la borne EXB ou dépasse la borne EXH voit sa facturation pénalisée, et les recettes liées minorées.

Tableau 14 : Indus et sanctions de l'Assurance maladie

Année de versement	Montant
2010	500 000 €
2011	8 783 429 €
2012	110 675 €
2013	1 098 017 €
2014	506 767 e
2015	87 814 €
Total	11 086 702 €

Source : HCL.

L'utilisation de la procédure Lamda a permis à l'établissement de récupérer entre 9 M€ et 13 M€ sur chaque exercice, après correction des éléments de codage. Le cumul des montants perçus en 2015 au titre de l'année 2014, et qui pourront être corrigés jusqu'en 2017, étaient de 4,39 M€. Ils plaçaient les HCL au 3^{ème} rang des plus gros montants de Lamda parmi les CHU, en cohérence avec l'activité produite. Les corrections concernent principalement les forfaits GHS et suppléments (3,13 M€) et les actes et consultations externes (1,20 M€).

Malgré les efforts déployés, le taux d'exhaustivité du codage apparaît médiocre dans certains groupements (gériatrie) et en repli pour d'autres (Édouard Herriot, Est et Lyon Sud).

Tableau 15 : Taux d'exhaustivité du codage des séjours par groupement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Groupement Édouard Herriot	72,86%	81,60%	82,70%	81,60%	80,20%	78,10%
Groupement Hôpitaux du Nord	82,41%	88,30%	89,10%	88,80%	89,60%	87,30%
Groupement Hôpital Renée Sabran	98,34%	94,80%	94,80%	89,70%	92,80%	89,50%
Groupement hospitalier Est	73,49%	79,20%	80,60%	82,40%	80,90%	80%
Groupement Gériatrie	52,61%	58%	62,20%	54,50%	67,20%	64,40%
Groupement hospitalier Sud	80,37%	80,70%	80,20%	86,10%	83,20%	82%
Total HCL	76,52%	81,40%	82,20%	84,10%	82,70%	81,40%

Source : HCL.

S'agissant du groupement Édouard Herriot, certains centres de responsabilités se distinguent par des taux d'exhaustivité relativement bas avec pour conséquence de faire baisser le taux relevé dans les pôles d'activités médicales et les groupements concernés.

Tableau 16 : Taux d'exhaustivité les plus bas du groupement Édouard Herriot

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct.	Nov.	Déc	Moy.
HEPATO GASTRO ENTERO	36,9	36,2	33,7	40,4	27,9	29,8	36,4	35	29	32,1	48,2	46,1	36,1
MED TRANSPL IMMUNO CLIN	26,2	39,2	38,3	42,9	38,8	51,5	50	62	28,6	39,6	34,9	42,3	40,8
MALADIES INFECTIEUSES TROPICALES	45,8	88,9	63,9	85,7	72	31,6	14,3	50	22,2	80	0	0	53,8
SOINS PALLIATIFS	6,3	53,8	4,8	7,1	0	0	9,1	20	0	0	0	13,6	8,1

Source : HCL.

Ces résultats détonnent fortement avec ceux d'autres centres de responsabilités appartenant au même groupement (néphrologie 99 %, urologie 91 %) ou à d'autres (gynécologie Nord 96 %, réanimation Nord 98 %, chirurgie orthopédique Nord 99 %, ...).

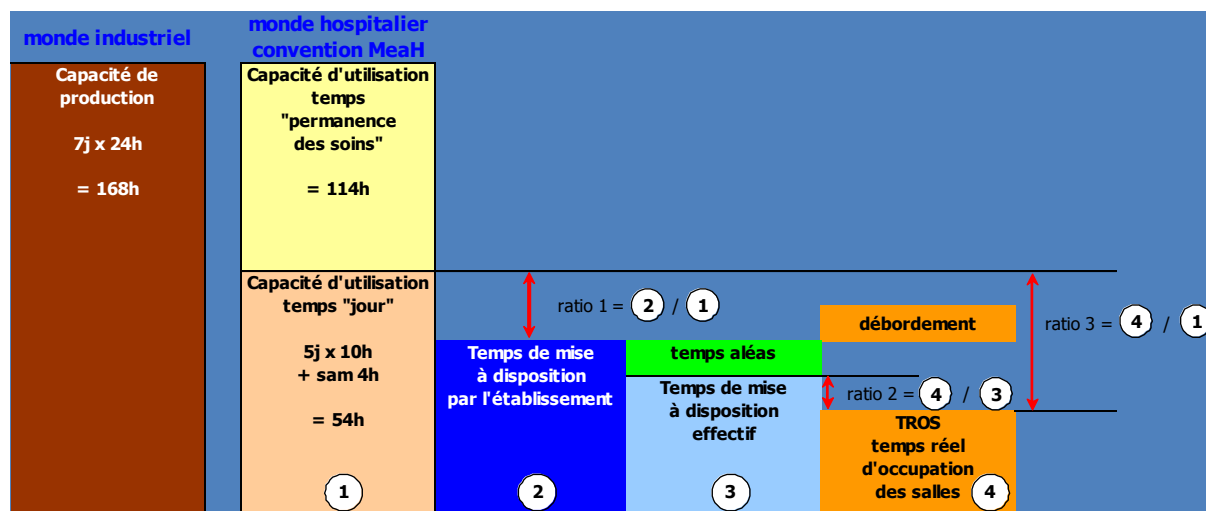
Si l'ordonnateur a souligné en réponse aux observations provisoires que l'exhaustivité est toujours atteinte à la clôture de l'exercice, il est nécessaire de disposer d'une exhaustivité du codage des séjours le plus tôt possible, au risque d'entraîner des pertes de recettes ainsi que des rectifications a posteriori chronophages et consommatrices de ressources.

3.3- La gestion des blocs opératoires

3.3.1- La performance des blocs

La performance d'un bloc opératoire est évaluée à partir de plusieurs indicateurs.

Figure 1 : Méthode d'évaluation de la performance d'un bloc opératoire



Source : ANAP.

Le temps de vacation offert au(x) praticien(s) (TVO) est le temps compris entre l'entrée théorique en salle du premier patient et la sortie de salle théorique du dernier patient de la journée. Le temps de fermeture de la salle (en fin de journée) ou de bio nettoyage entre la fin de vacation du matin et le début de vacation de l'après-midi n'est pas compris dans le TVO. C'est donc le temps pendant lequel une activité chirurgicale, financée par la tarification à l'activité, est possible.

Le temps réel d'occupation des salles (TROS) correspond à la part du temps de mise à disposition des salles par l'établissement, réellement occupé par des interventions chirurgicales. Il est constitué de cinq temps (préparation du patient, induction, acte chirurgical, durée du pansement, remise en état de la salle).

Le taux d'occupation des salles par la formule $TROS/TVO$ permet de mesurer la capacité des équipes chirurgicales à utiliser au mieux les capacités de travail offertes (capacité de programmation). La valeur seuil est de 75 %.

Le temps de mise à disposition (TMD) est une décision de l'établissement, calculé en fonction des plages (déclarées par l'établissement) d'ouverture des salles.

Le « temps de débordement » est le temps d'intervention qui déborde au-delà de la fin du temps de mise à disposition (TMD). Le taux de débordement mesure la capacité des équipes chirurgicales à réguler le temps d'utilisation des salles, c'est également un indicateur de perturbation des unités de soins : les débordements engendrent des retours tardifs qui dégradent à la fois les conditions de travail des soignants et la qualité de prise en charge du patient en unité de soins. Ils génèrent également des heures supplémentaires, donc des surcoûts.

3.3.2- Une démarche de structuration engagée par les HCL

Depuis 2010, les HCL ont engagé une démarche d'optimisation du fonctionnement des blocs et de développement de l'activité ambulatoire, qui a conduit notamment à la création de conseils de blocs ainsi que de comités de pilotage transverses (2010), « ambulatoire » (2012) et « récupération rapide après chirurgie » (2013).

Chaque groupement dispose d'une charte de blocs depuis 2013, dont le but est d'en harmoniser la gouvernance et l'organisation, mais ces chartes sont hétérogènes.

Les HCL utilisent le module IPOP²³, logiciel d'optimisation et d'organisation du fonctionnement des blocs opératoires. Son évolution est envisagée en vue du futur « *Easily Blocs* ». Le logiciel IPOP permet la confection de tableaux de bord déclinant un ensemble d'indicateurs et de cibles définis en interne, diffusés chaque semaine par courriel (durées d'ouverture et d'interventions, le nombre total d'interventions, nombre d'ICR, ...).

3.3.3- L'étude comparative régionale

L'ARS a mené une étude régionale dont le recueil des données s'est déroulé en mars 2015. Tous périmètres confondus (blocs et/ ou unité de chirurgie ambulatoire) 59 établissements y ont participé et ont fait l'objet d'une restitution par l'ARS.

Les HCL figurent généralement parmi les 20 % des établissements les plus performants, mais quelques pistes d'amélioration subsistent.

- ♦ Adéquation entre vacation et activité

Cet indicateur résulte du rapport entre le nombre d'interventions programmées (prévues avant la veille au soir de sa réalisation) et le nombre total d'interventions. Il mesure ainsi le respect de la programmation ainsi que la bonne utilisation des blocs et des moyens humains.

La valeur enregistrée au sein de chaque groupement dépasse systématiquement 90 %, à l'exception du GH Est Neuro Cardio. Les HCL se situent en tête des CHU participant à l'étude.

- ♦ Le taux d'ouverture

Le taux d'ouverture est obtenu par le rapport entre le taux de vacation horaire (TVO), qui est le temps pendant lequel des activités opératoires sont possibles, et le temps conventionnel ANAP de 54 heures par semaine²⁴.

²³ IPOP permet pour chaque ressource, humaine ou matérielle, de définir des plages de disponibilité ou d'indisponibilité, puis les combine pour proposer la planification d'une intervention.

²⁴ Soit 10h/jour en semaine et 4h le samedi matin.

L'étude identifie une sous-occupation « nette et générale » par rapport à la capacité globale théorique définie par l'ANAP. Les HCL sont ainsi nettement en retrait par rapport au CHU de Grenoble, avec un résultat proche de 55 % pour le groupement Édouard Herriot, le faisant figurer parmi les 20 % d'établissements les moins performants. Cette faible performance témoigne de problèmes organisationnels et doit pouvoir être améliorée en revoyant le règlement d'utilisation des blocs. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué la volonté de l'établissement de généraliser l'exploitation des salles opératoires en « salles longues »²⁵, au détriment des « salles courtes », ce qui devrait augmenter le taux d'ouverture des salles des HCL.

- ♦ La programmation

Le taux de débordement rapporte les temps d'intervention programmée qui ont fait l'objet d'un dépassement de la borne horaire (débordement) et le TVO. Plus le taux est élevé, plus il entraîne d'heures supplémentaires et de pénibilité.

Les résultats des Hospices dépassent ceux des autres CHU participants, mais figurent dans la médiane régionale.

Peu de problèmes de programmation sont constatés en matière de démarrage tardif des blocs, qui pourraient nuire à la qualité des soins et entraîner des annulations d'interventions, si les retards venaient à se répéter. Les résultats sont satisfaisants, à l'exception de ceux du groupement Est Neuro-Cardio.

Il en va de même pour ce qui est des fins précoces, pour lesquelles les HCL sont dans la moyenne des établissements régionaux.

3.4- Conclusion sur la performance médico-économique

La performance des HCL se situe dans la moyenne de celle des autres CHU de la région.

Cependant, l'étude régionale a permis de mettre en évidence de fortes disparités dans les résultats entre groupements, ainsi qu'une sous-utilisation des blocs opératoires, liée à de faibles taux d'ouverture et taux d'occupation, et pouvant influencer sur l'activité en chirurgie ambulatoire. Il convient en conséquence de revoir l'organisation générale de l'utilisation des blocs.

4- LA FIABILITE DES COMPTES

En vertu de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, « *les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés* ». « *Sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs* », selon les dispositions des articles D. 6145-61-7 et D. 6145-61-8 du code de la santé publique.

²⁵ Les salles dites « courtes » sont les salles opératoires dédiées principalement à la chirurgie ambulatoire, à la différence des salles dites « longues » qui sont dédiées à l'activité conventionnelle. A cela s'ajoutent les salles opératoires d'urgence, non intégrées ici dans la mesure où elles sont par nature ouvertes 24h/24h.

Dans les faits, une approche par phases a été retenue pour tenir compte du degré de préparation des établissements. Les HCL font partie des 33 établissements publics de santé soumis à la certification des comptes pour les comptes de l'exercice 2016 dont la liste a été déterminée par l'arrêté du 29 octobre 2015.

Le contrôle de la fiabilité des comptes a été effectué dans ce contexte. Les observations suivantes sont nécessairement incomplètes puisque fondées, pour le dernier exercice, sur le compte financier et le bilan de clôture 2015, la chambre regrettant de n'avoir pu prendre connaissance de manière documentée des corrections demandées par les commissaires aux comptes au cours de l'année 2016.

4.1- L'accompagnement

4.1.1- Le recours à des intervenants extérieurs

Pour préparer la certification de leurs comptes, les HCL ont recouru aux services d'un prestataire extérieur, qu'ils ont choisi au terme d'une remise en concurrence des titulaires de l'accord cadre « Mission d'accompagnement et de préparation à la certification des comptes » conclu par l'UNIHA. Trois cabinets ont candidaté. Parmi ces trois offres, une a été éliminée pour cause d'annexe financière incomplète.

Sur la base d'un marché en date du 27 septembre 2012, le cabinet KPMG, lauréat de la consultation, a été missionné pour la réalisation :

- d'une tranche ferme comprenant un audit des processus et des états financiers sur la fiabilisation des comptes avec remise de diagnostic et préconisations ;
- d'une tranche conditionnelle n° 1 portant sur l'élaboration d'un plan d'action détaillé et un accompagnement dans la mise en œuvre du plan d'action et dans la montée en compétence des acteurs concernés ;
- d'une tranche conditionnelle n° 2 portant sur la réalisation de journées de formation-action.

Le choix d'une méthodologie basée sur les risques a permis au cabinet KPMG de présenter une offre « plus resserrée en terme de délai » et donc moins onéreuse malgré des taux moyens journaliers plus importants que ceux pratiqués par le cabinet PWC. Cette stratégie n'a pas été neutre dans une procédure pour laquelle une pondération de 60 % a été affectée au critère du prix. Dans leur analyse des offres, les HCL soulignaient, toutefois, que *« cette offre n'est pas dénuée de tout risque de transfert de charges sur le client »*.

Ce marché a été conclu pour une durée de deux ans reconductible deux fois par période de 12 mois. Il a été attribué pour un montant annuel de 84 899 € TTC.

Le diagnostic du cycle « immobilisation » a donné lieu à l'établissement d'un plan d'action dont les HCL ont confié la réalisation à un deuxième prestataire extérieur, le cabinet Lowendal Masai. Choisi le 23 octobre 2013 au terme d'une procédure adaptée, cet intervenant a pour mission d'établir :

- l'état des lieux, la formulation de recommandations et mise en place des règles de suivi des immobilisations de façon à pérenniser la démarche (tranche ferme, partie n° 1) ;
- la mise à jour de l'actif comptable sans inventaire selon une méthode à préciser par le candidat (tranche ferme, partie n° 2) ;
- l'inventaire physique et étiquetage des actifs mobiliers nécessaires (tranche conditionnelle).

Le marché a été conclu pour 92,5 k€ TTC, en ce qui concerne la tranche ferme, et 67 k€ TTC, en ce qui concerne la tranche conditionnelle (soit un total de 160 k€ HT), sur la base de 30 000 actifs à inventorier. En tout état de cause la réalisation de la tranche conditionnelle ne devra pas porter le montant total du marché au-delà de 200 k€ HT²⁶. Un avenant en date du 9 juin 2015 complète la mission du cabinet Lowendal Masai. Il s'agit de vérifier la fiabilité de l'actif, en auditant les travaux ayant eu lieu dans l'année et de mettre à jour l'actif. Il a été, conclu sans mise en concurrence, pour un montant forfaitaire de 13 600 € HT.

4.1.2- Positionnement, rôle et implication du comptable au sein du dispositif

La fiabilisation des comptes et des états financiers est le premier des quatre « axes de progrès » définis à la convention de services comptables et financiers signée le 14 novembre 2013 entre les Hospices civils de Lyon et la direction générale des finances publiques.

La convention définit les actions à mettre en œuvre conjointement par l'ordonnateur et le comptable, avec l'appui d'un conseil, pour fiabiliser les comptes et les états financiers du centre hospitalier. Il s'agit de réaliser un diagnostic partagé de la qualité comptable et des procédures, de formaliser des actions de contrôle interne coordonnées, de former et sensibiliser conjointement les collaborateurs de l'ordonnateur et du comptable à la mise en œuvre des dispositifs de contrôle interne, et d'améliorer le suivi des biens inscrits à l'inventaire.

Si le comptable est associé au projet de fiabilisation des comptes de l'hôpital, dans les faits il ne participe qu'à deux groupes de travail, « Mise à jour de l'actif » et « Corrections comptables » et son intervention apparaît étonnamment marginale, par rapport à celle des prestataires externes, et au regard de ses missions de recouvrement des recettes, d'imputation des dépenses à l'exercice et au compte appropriés, et plus généralement de tenue de la comptabilité.

4.1.3- L'externalisation de la fonction d'audit interne

Les HCL ont choisi d'externaliser la fonction d'audit interne en charge de garantir la performance des procédures et contrôles mis en place. À la suite d'une procédure d'appel d'offres ouvert organisée en fin d'année 2015, et auquel seuls deux cabinets ont répondu, ils ont à nouveau sélectionné comme prestataire extérieur le cabinet KPMG pour une durée de trois ans pour un montant total de 301 644 € TTC.

Pourtant, l'accord-cadre « Mission d'accompagnement et de préparation à la certification des comptes » prévoyait déjà la possibilité d'une tranche conditionnelle n°3 consistant en une mission d'audit à blanc. Le cahier des clauses administratives particulières de l'accord-cadre stipulait à ce sujet explicitement que *« pour cette tranche d'audit à blanc, l'établissement bénéficiaire a la possibilité soit d'en faire une tranche conditionnelle 3 à son marché subséquent, soit d'en faire un marché subséquent à part. Dans cette dernière hypothèse, le titulaire du 1^{er} marché subséquent sera exclu de la remise en concurrence pour la réalisation de la mission d'audit à blanc. »*

La chambre relève que c'est ainsi en méconnaissance des dispositions de l'accord-cadre initial que les HCL ont de nouveau contracté avec KPMG pour ce marché.

²⁶ Le seuil alors en vigueur pour la mise en œuvre des procédures formalisées est de 207 000 € HT.

4.2- La désignation du commissaire aux comptes

Après consultation des attributaires de l'accord-cadre conclu par UNIHA, le conseil de surveillance des HCL, lors de sa séance du 7 mars 2016, a désigné comme commissaire aux comptes le cabinet Deloitte et associés pour un mandat de six ans. Ce marché a été attribué pour un montant de 1 587 180 € HT (1 904 616 € TTC).

Sur les dix attributaires de l'accord-cadre consultés, seuls cinq ont répondu.

Si le cabinet Deloitte et associés a présenté une offre technique équivalente à son concurrent direct (le cabinet Ernst & Young), il a proposé un nombre inférieur d'heures minimum garanties (19 200 h contre 21 450 h). L'application des critères de sélection définis à l'occasion de l'accord-cadre passé par UNIHA (avec une pondération du critère prix de 30 %) a conduit à choisir une offre supérieure de 480 k€ à l'offre la moins-disante.

Le marché est composé d'une tranche ferme et d'une tranche conditionnelle. La tranche ferme comprend la planification de l'audit (lettre de mission comprenant le plan de mission et le calendrier de l'intervention), la phase préliminaire (synthèse des points de contrôle interne, recommandations à mettre en œuvre), un audit des états financiers (synthèse des points d'audit, support de présentation au conseil de surveillance, rapport légal sur les comptes annuels). La tranche conditionnelle concerne l'exécution de diligences directement liées à la mission de commissaire aux comptes : attestations, consultations, revue approfondie du contrôle interne, revue ciblée du système d'information suite à un changement d'application...

La mission du commissaire au compte a débuté par la certification du bilan d'ouverture de l'exercice 2016.

4.3- De la fiabilisation à la certification des comptes

4.3.1- Le déploiement d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers

La maîtrise des risques comptables et financiers a pour objectif d'obtenir un degré de maîtrise raisonnable des risques liés aux processus et aux procédures comptables mises en œuvre au sein de la structure.

La démarche de maîtrise des risques comptables et financiers s'articule en quatre phases principales correspondant aux missions d'accompagnement confiées au cabinet KPMG : la phase d'analyse et de diagnostic de l'organisation, la phase d'élaboration du plan d'action, la phase de mise en œuvre accompagnée d'une action de communication, la phase d'évaluation des actions mises en place.

Pour faciliter l'identification des principaux risques susceptibles de compromettre la qualité des comptes et permettre l'élaboration d'un diagnostic et d'un plan d'action de maîtrise de ces risques, l'activité ayant une incidence comptable a dans un premier temps été cartographiée en niveaux de classement :

- ♦ les activités ont été classiquement divisées en six cycles : personnel, immobilisations, recettes, achats, endettement et trésorerie, fonds déposés ;
- ♦ les cycles décomposés en processus ;
- ♦ chaque processus décliné en procédures ;
- ♦ chaque procédure en tâches, niveau auquel se situent les opérations comptables.

La mission d'accompagnement confiée au cabinet KPMG, qui a débuté en 2013, s'articule en quatre phases principales :

- ♦ diagnostic du dispositif de contrôle interne et des systèmes d'information, appréciation de la qualité comptable des états financiers ;
- ♦ formation de plus de 100 agents aux enjeux de la certification et au contrôle interne ;
- ♦ mise en œuvre du projet par la formalisation du dispositif de contrôle interne, du plan d'action relatif aux systèmes d'information, par les travaux de mise à jour de l'actif, et les corrections d'écritures comptables aux bilans des 31 décembre 2013 et 2014 ;
- ♦ finalisation par le déploiement et la pérennisation du dispositif de contrôle interne et la préparation du bilan d'ouverture de l'exercice 2016.

La coordination du projet a été assurée par la direction des affaires financières (DAF) des HCL et par KPMG sous la forme d'un comité de projet « certification » qui s'est réuni une quinzaine de fois depuis 2012. La DAF a également piloté deux autres groupes de travail plus spécifiques, l'un consacré au suivi des immobilisations et à la mise à jour de l'actif, l'autre aux corrections comptables.

Après l'établissement d'une cartographie des risques, le dispositif de contrôle interne mis en place en mars 2016 concernait 9 cycles²⁷, 143 procédures et 260 points de contrôle à tester. Il était susceptible d'évoluer suite aux tests de cheminement prévus en mars et avril 2016 au terme desquels un plan de contrôle devait être établi.

Un organigramme fonctionnel et nominatif a été produit pour les cycles achats, personnel, immobilisations-DNA, recherche, auquel est intégré le comptable public. Une centaine d'agents ont été formés au travers d'un stage d'une journée au contrôle interne dans les EPS ou d'un stage de deux jours à la sensibilisation à la certification des comptes et au contrôle interne dans les EPS.

Parallèlement à la mise en place d'un dispositif de contrôle interne, les HCL ont mené des travaux de fiabilisation de leurs comptes qui les ont conduits à passer des écritures comptables rectificatives.

4.3.2- La fiabilisation des états financiers par la correction d'écritures comptables

Les HCL ont procédé à d'importantes corrections d'écritures comptables au cours des exercices 2014 et 2015. Ces écritures ont porté sur des masses financières de l'ordre de 206,5 M€ (hors sorties de l'actif). 193,8 M€ ont été corrigés au bilan et 12 M€ l'ont été au compte de résultat.

Ces écritures ont eu une incidence sur le bilan, sans être, cependant, déterminantes dans l'évolution de ses différents postes. Les compléments d'amortissement et les rattachements de charges et produits ont mobilisé les réserves (compte 1068) à hauteur de 57 M€, alors que ce poste s'accroissait, au cours de la période examinée, passant de 316,4 M€ en 2010 à 427 M€ en 2015. L'ajustement des provisions à la hausse a concouru à la dégradation du report à nouveau déficitaire (compte 119) pour 18,4 M€ ; celui-ci passant de 237,4 M€ en 2010 à 404,9 M€ en 2015. Le compte de résultat 2014 a été indûment abondé de 12 M€ par la reprise des provisions pour renouvellement d'immobilisations qui aurait dû s'imputer au bilan. Par ailleurs, 169,5 M€ d'actifs ont été sortis du bilan.

²⁷ Le nombre et la nature des cycles ont été adaptés aux enjeux de l'établissement. Ils concernent : les recettes, les achats, le personnel médical, le personnel non médical, les immobilisations, les provisions, endettement, recherche, direction des affaires domaniales.

Le travail préparatoire à la certification du bilan d'ouverture 2016 n'était cependant pas totalement abouti au 31 décembre 2015.

Tableau 17 : Corrections d'écritures– Exercices 2014 et 2015

Comptes	Débit	Crédit	Solde débiteur	Solde créditeur
1068 Réserves	91 358 779,57	34 356 203,07	57 002 576,50	
119 Report à nouveau déficitaire	43 261 414,37	24 878 814,56	18 382 599,81	
12 Résultat		12 087 903,00		12 087 903,00
1022 Apports	1 258 491,80	0,00	1 258 491,80	
131 Subventions d'investissement	1 632 088,90	203 017,14	1 429 071,76	
139 Subventions d'investissement inscrites au compte de résultat	417 522,72	1 617 270,47		1 199 747,75
142 Provisions pour renouvellement immo	12 087 903,00		12 087 903,00	
15 Provisions	23 246 725,66	33 864 965,26		10 618 239,60
491 Provisions pour créances douteuses	0,00	9 193 431,97		9 193 431,97
28 Amortissements	169 187 522,13	64 780 141,12	104 407 381,01	
20/21/23 Immobilisations	0,00	169 391 082,08		169 391 082,08

Sources : Décisions du directeur général n° 15-29 du 30 janvier 2015, n° 16/31 du 12 février 2016 et 16/37 du 15 février 2016

4.3.2.1- *Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits*

4.3.2.1.1- *Le rattachement des charges à payer*

Le rattachement des charges à l'exercice découle du principe d'annualité budgétaire et d'indépendance des exercices. Selon l'instruction comptable M21, applicable aux établissements de santé : « *Toutes les dépenses d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice au cours duquel elles ont été engagées dès lors qu'elles correspondent à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice* ».

4.3.2.1.2- *Les dépenses engagées non mandatées*

Le rattachement des charges engagées non mandatées concerne normalement les commandes passées en fin d'exercice ayant donné lieu à service fait mais dont la facture n'est pas parvenue avant la clôture. Pour mesurer la performance dans ce domaine, un taux de rattachement des charges est calculé en comparant le solde créditeur du compte 408 « fournisseurs-factures non-parvenues » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60 « Achats », 61 « Services extérieurs » et 62 « Autres services extérieurs ». Il est traditionnellement considéré comme acceptable, lorsqu'il est compris entre 5 à 10 % de leur montant, ce qui est globalement le cas en l'espèce.

Tableau 18 : Calcul du taux de rattachement des charges

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SC 408 Fournisseurs - Factures non parvenues	22 280	20 936	17 991	21 204	34 368	20 398
SD 60 Achats	307 884	310 473	323 124	334 405	393 598	398 736
+ SD 61 Services extérieurs	67 565	63 152	63 287	64 371	68 922	69 292
+ SD 62 Autres services extérieurs	35 524	38 009	38 088	38 133	43 671	43 410
- SD 6286 Participation aux charges communes	0	0	0	0	0	0
Total consolidé	410 973	411 636	424 500	436 909	506 193	511 440
Taux de rattachement	5,4%	5,1%	4,2%	4,9%	6,8%	4,0%

Source : comptes financiers

4.3.2.1.3- Les heures supplémentaires et compte épargne temps à payer

Les droits financiers acquis par les personnels en complément de leur traitement indiciaire, comme les heures supplémentaires rémunérées, donnent lieu à comptabilisation d'une charge à payer.

Toutefois, les HCL n'étant pas en mesure d'évaluer de façon certaine en fin d'exercice, dans leur logiciel de paie, les heures supplémentaires à rémunérer, ils ont fait le choix, pour valoriser ce passif social, de l'évaluer de façon statistique et de le provisionner. Cette méthode aurait été validée par le commissaire aux comptes dans le cadre du bilan d'ouverture 2016.

L'établissement a ainsi constitué, au cours de l'exercice 2015, une provision en situation nette, sans passer par le compte de résultat, de 457 920,82 €.

L'indemnisation des CET rattachée à l'exercice 2015 s'établit, quant à elle, à 2 379 387 €.

4.3.2.1.4- Les charges sociales patronales

Les HCL ne pratiquent le rattachement des charges sociales à l'exercice au cours duquel naissent les droits à rémunération qu'à compter de 2014. À la clôture de cet exercice, ils ont notamment régularisé au bilan en situation nette 4 654 156,87 € de charges sociales patronales nées au cours d'exercices antérieurs pour le personnel non médical et 1 540 000 € pour le personnel non médical.

4.3.2.1.5- Les charges sur exercices antérieurs

« Répondant à un double objectif de sincérité budgétaire et de qualité comptable, l'utilisation du compte 672 doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné : elle a donc un caractère tout à fait exceptionnel » (instruction M21).

L'indicateur R45 du tableau de bord financier des établissements publics de santé mesure le taux de charges sur exercices antérieurs. Cet indicateur, selon les recommandations nationales, doit se situer en-deçà de 0,2 %. Ce seuil est dépassé en 2015, exercice au cours duquel il s'établit à 0,5 %, suite à la régularisation de paiements de licences ORACLE pour près d'1 M€ (litige provisionné) et une insuffisance de rattachement des dépenses engagées par les gestionnaires²⁸.

²⁸ Parmi celles-ci, 297 025 € au profit de l'Inserm, 152 301 € au profit de GDF Suez, 179 608 €, 90 634 € au profit de Dalkia, 145 000 € au profit de l'association vaincre la mucoviscidose, 160 014 € au profit du SDIS (convention), 90 000 € au profit de la Fondation pour l'université de Lyon.

Tableau 19 : Charges sur exercices antérieurs

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Indicateur R45				0,1	0,2	0,5
6721 Charges de personnel	638	348	421	592	424	601
6722 Charges à caractère médical	475	828	1 036	488	1 098	447
6723 Charges à caractère hôtelier et général	670	1 051	638	984	1 716	4 007
6728 Autres charges	39	39	35	14	93	124
Total 672	1 824	2 268	2 132	2 079	3 332	5 179

Sources : Tableaux de bord financiers des établissements publics de santé (TBFPS) et comptes financiers

4.3.2.1.6- Les charges constatées d'avance

« Le compte 486 est débité en fin d'exercice, du montant des charges d'exploitation enregistrées au cours de cet exercice, alors qu'elles ne se rapportent pas ou qu'elles ne se rapportent qu'en partie à la gestion en cours, par le crédit des comptes de la classe 6 qui ont supporté la dépense. Cette opération donne lieu à émission d'un mandat de réduction ou d'annulation. ».

Tableau 20 : Charges constatées d'avance en €

2010	2011	2012	2013	2014	2015
0	0	0	130 455	106 703	375 856

Sources : Comptes financiers

Les HCL utilisent la procédure des charges constatées d'avance à partir du seuil de 10 k€. Elles concernent des abonnements, forfaits, cotisations, des contrats de maintenance de logiciels. En 2015, deux nouvelles licences informatiques accroissent de façon significative le montant des charges constatées d'avance qui passe de 130,4 k€ en 2013 à 375,8 k€ en 2015.

4.3.2.1.7- Les rattachements de produits à l'exercice

Le rattachement des produits à l'exercice découle également du principe d'annualité budgétaire et d'indépendance des exercices : « Toutes les recettes d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice en cours dès lors qu'elles correspondent à un droit acquis avant le 31 décembre dudit exercice »

Tableau 21 : Produits rattachés à l'exercice

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
4181 Produits à recevoir - Hospitalisés et consultants	4 585	3 820	3 826	5 141	5 901	3 636
4182 Produits à recevoir - Caisse d'assurance maladie	60 300	61 923	64 000	72 035	90 950	101 508
4684 Produits à recevoir sur ressources affectées	371	332	0	8 183	0	889
4687 Autres produits à recevoir	12 810	11 652	12 070	15 353	17 153	21 585
Total	78 067	77 730	79 897	100 714	114 004	127 620
Produits bruts d'exploitation	1 463	1 388	1 398	1 442	1 518	1 660
	079	955	450	837	257	226
Taux de rattachement	5,3%	5,6%	5,7%	7,0%	7,5%	7,7%

Sources : Comptes financiers

Le rattachement des produits de l'activité versés par l'assurance maladie s'est amélioré suite au plan d'action établi dans le cadre du projet d'établissement CAP 2013 visant à parfaire la qualité et l'exhaustivité du codage de même que le processus de facturation. Le rattachement d'une partie des financements perçus au titre des conventions de recherche pluriannuelles a été mis en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2013 pour 8,2 M€. L'établissement rattache par ailleurs à l'exercice le produit des séjours non achevés à la fin de l'exercice à compter de l'exercice 2014.

4.3.2.1.8- Les produits sur exercices antérieurs

Tableau 22 : Produits sur exercices antérieurs

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
7721 Réémission titres sur exercices clos	4 255	6 164	5 612	5 457	5 429	5 221
7722 Produits exercices antérieurs assurance maladie			18 147	18 413	7 830	4 214
7728 Autres	4 095	5 995	5 538	5 585	5 136	6 386
Total général	8 351	12 160	29 298	29 456	18 395	15 821

Sources : Comptes financiers

En 2012 et 2013, les HCL ont utilisé la possibilité offerte par la procédure Lamda de rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie afin de rattraper une sous valorisation. Les gains obtenus ont été comptabilisés en produits sur exercices antérieurs pour 18 M€. L'amélioration du rattachement des produits de l'activité à l'exercice a consécutivement diminué les produits sur exercices antérieurs. En 2014 et 2015, ces produits ne s'établissent plus qu'à 7,8 M€ puis à 4,2 M€.

4.3.2.1.9- Les produits constatés d'avance

« Le compte 487 est crédité en fin d'exercice du montant des produits enregistrés au cours de cet exercice alors qu'ils ne se rapportent pas ou qu'ils ne se rapportent qu'en partie à la gestion en cours, par le débit des comptes de la classe 7 qui ont supporté la recette. Cette opération donne lieu à émission d'un titre de réduction ou d'annulation. Il est débité, au cours de l'exercice suivant, par le crédit du compte de produits approprié. ».

Tableau 23 : Produits constatés d'avance

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SC487	115	32 236	32 737	29 833	33 108	32 332

Sources : Comptes financiers

Les financements notifiés au titre de projets d'exploitation qui s'étalent sur plusieurs exercices doivent être comptabilisés comme des produits constatés d'avance. Suite à une régularisation demandée par le comptable (courrier en date du 11 février 2013), « les crédits historiquement mis en provisions au 31 décembre 2011 au titre de la recherche » ont été retraités en situation nette sous forme de produits constatés d'avance. Ainsi au 31 décembre 2013, sur 29,8 M€ de produits constatés d'avance, 13,5 M€ concernaient les financements pluriannuels attribués au titre des contrats recherche.

4.3.2.2- Le principe de prudence et la constitution des provisions

4.3.2.2.1- Méthode de constitution des provisions

Le tableau de suivi annuel comptable des dotations et des reprises a, dans un premier temps, de 2010 à 2012, été complété par un rapport explicatif des provisions constituées.

Suite au diagnostic réalisé par KPMG dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, les HCL ont mis en place un tableau de recensement préalable adressé aux gestionnaires des secteurs concernés par les provisions, afin d'améliorer la connaissance du passif à provisionner. Depuis 2015, une fiche comportant les justifications et les éléments de calcul des provisions est constituée pour chacune d'entre elle.

4.3.2.2.2- Les provisions constituées

La revue analytique des provisions réalisées dans le cadre de la fiabilisation des comptes a conduit à procéder à des corrections comptables à hauteur de 20 M€, au cours de l'exercice 2014, et à hauteur de 4 M€, au cours de l'exercice 2015. Concernant des erreurs commises au cours d'exercices antérieurs, ces corrections ont été constatées en situation nette suivant l'avis n° 2011-04 du 27 mai 2011 du Conseil de Normalisation des Comptes Publics (CNoCP). La régularisation de provisions non enregistrées au bilan ou constatées à tort est alors imputée directement sur les fonds propres, sans comptabilisation au compte de résultat de l'exercice au cours duquel elles sont constatées.

Tableau 24 : Provisions – Exercices 2010 à 2015

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2015
142 Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations						
Stock au 1 ^{er} janvier	36 047 903	28 920 483	21 820 483	17 087 903	12 087 903	0
Dotations (68)	20 000	900 000	1 140 000	0	0	0
Reprises (78)	0	8 000 000	5 872 580	5 000 000	12 087 903	
Régularisation en situation nette						
Stock au 31 décembre	28 920 483	21 820 483	17 087 903	12 087 903	0	
143/153 Provisions réglementées pour charges de personnel CET						
Stock au 1 ^{er} janvier	14 610 817	20 175 895	27 608 323	31 973 780	34 700 711	37 337 298
Dotations (68)	0	7 800 000	4 690 000	6 800 000	5 343 632	7 105 073
Reprises (78)	0	367 572	324 543	4 073 069	4 593 159	6 473 841
Régularisation en situation nette	5 565 078				1 886 113	-923 609
Stock au 31 décembre	20 175 895	27 608 323	31 973 780	34 700 711	37 337 298	37 044 921
1518 Autres provisions pour risques						
Stock au 1 ^{er} janvier	12 365 842	13 206 561	7 821 438	12 666 221	12 223 317	13 414 213
Dotations (68)						
Reprises (78)	2 282 929	6 322 123	2 539 523	2 724 108	2 911 299	8 003 058
Régularisation en situation nette					2 135 580	7 352 575
Stock au 31 décembre	13 206 561	7 821 438	12 666 221	12 223 317	13 414 213	28 525 200
1572 Provisions pour gros entretiens et grandes révisions						
Stock au 1 ^{er} janvier	1 166 432	1 186 432	1 186 432	1 186 432	3 186 432	12 289 635
Dotations (68)	20 000	20 000	0	2 000 000	280 000	0
Reprises (78)	0	20 000	0	0	4 608 473	145 760
Régularisation en situation nette					13 431 676	-10 515 790
Stock au 31 décembre	1 186 432	1 186 432	1 186 432	3 186 432	12 289 635	1 628 085
158 Autres provisions pour charges						
Stock au 1 ^{er} janvier	33 759 042	34 626 587	37 621 366	17 349 655	16 893 760	14 845 899
Dotations (68)	8 066 967	13 243 936	2 369 504	7 358 763	12 564 158	13 055 279
Reprises (78)	8 937 172	10 249 157	9 664 326	7 814 658	11 858 658	12 052 864
Régularisation en situation nette	1 737 750		-12 976 889		-2 753 361	
Stock au 31 décembre	34 626 587	37 621 366	17 349 655	16 893 760	14 845 899	15 848 314

Sources : comptes financiers et réponses de l'ordonnateur

Les provisions pour renouvellement d'immobilisations (compte 142)

Les dotations de l'assurance maladie sont comptabilisées au compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations », lorsque ces financements correspondent à une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par de nouveaux investissements.

Tableau 25 : C/142 - Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stock au 1 ^{er} janvier	36 047 903	28 920 483	21 820 483	17 087 903	12 087 903	0
Dotations (68)	20 000	900 000	1 140 000	0	0	0
Reprises (78)	0	8 000 000	5 872 580	5 000 000	12 087 903	
Régularisation en situation nette						
Stock au 31 décembre	28 920 483	21 820 483	17 087 903	12 087 903	0	

Source : comptes financiers et réponses de l'ordonnateur

Au 31 décembre 2013, l'établissement présentait un stock de provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations d'un montant de 12 087 k€. La revue analytique des provisions réalisées dans le cadre de la préparation à la certification des comptes a conclu à l'absence d'objet de ces provisions, soit parce que les aides provisionnées n'avaient pas été renouvelées, soit parce qu'il était devenu impossible d'individualiser les provisions par programmes d'investissement concernés.

Suite à ce constat, les provisions constituées au compte 142 ont été apurées à la clôture de l'exercice 2014 par une reprise sur provisions, comptabilisée au compte de résultat pour un montant de 12 087 k€.

Or, les provisions ayant été constituées sans justification au cours d'exercices antérieurs, elles auraient dû être apurées en situation nette, c'est-à-dire en abondant les réserves, au bilan, et non pas le résultat. L'écriture comptable passée par les HCL est donc irrégulière et a par conséquent indûment majoré le résultat comptable de l'exercice 2014 de 12 087 k€.

Les provisions pour compte-épargne-temps (compte 153)**Tableau 26 : C/143 et 153 - Provisions réglementées pour charges de personnel CET**

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stock au 1 ^{er} janvier	14 610 817	20 175 895	27 608 323	31 973 780	34 700 711	37 337 298
Dotations (68)	0	7 800 000	4 690 000	6 800 000	5 343 632	7 105 073
Reprises (78)	0	367 572	324 543	4 073 069	4 593 159	6 473 841
Régularisation en situation nette	5 565 078				1 886 113	-923 609
Stock au 31 décembre	20 175 895	27 608 323	31 973 780	34 700 711	37 337 298	37 044 921

Source : comptes financiers et réponses de l'ordonnateur

L'ordonnateur indique disposer de compteurs distinguant les CET des personnels médicaux de ceux des personnels non médicaux pour lui permettre d'ajuster les provisions conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Malgré ces instruments de recensement, les provisions pour comptes épargne temps ont fait l'objet de nombreuses corrections.

La réévaluation des droits à compte épargne temps arrêtés à la fin de l'exercice 2013 a conduit l'ordonnateur à constituer, en 2014, un complément de provision de 1 579 093 € pour le personnel médical et de 307 020,80 € pour le personnel non médical. Ces erreurs trouvant leur origine dans les faits antérieurs au 1^{er} janvier 2014, l'établissement a donc procédé à leur correction en situation nette.

Toutefois, lors du calcul de la dotation 2015, il s'est avéré que le complément de dotation effectué en situation nette au cours de l'exercice précédent avait été surévalué. Une nouvelle régularisation a alors été opérée directement sur les fonds propres pour - 923,60 k€. À la suite de ces ajustements, la provision constituée au titre des comptes épargne-temps s'établit à 37 M€ au 31 décembre 2015.

Au cours de l'exercice 2016, une nouvelle demande d'ajustement de la provision a été faite par le commissaire aux comptes. En effet, la réconciliation entre le nombre de jours inscrits dans le logiciel de gestion du temps et le montant de la provision inscrite au bilan au 31 décembre 2015 a fait apparaître une sur-dotation de 1,1 M€, qui a été reprise en situation nette.

La méthode de calcul de la provision validée par le commissaire aux comptes est la suivante : le nombre de jours inscrits dans le logiciel de gestion du temps est multiplié par les montants fixés par catégorie de personnel par les arrêtés des 6 et 27 décembre 2012, auxquels s'appliquent un taux de charge de 46,8 % pour le PM, 20 % pour le PNM titulaire et 54 % pour le PNM contractuel.

L'ordonnateur devra désormais indiquer la méthode de calcul retenue dans l'état PF1 « Principes et méthodes comptables » des comptes financiers.

Les provisions pour risques (compte 1518)

Tableau 27 : Compte 1518 – Autres provisions pour risque

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stock au 1er janvier	12 365 842	13 206 561	7 821 438	12 666 221	12 223 317	13 414 213
Dotations (68)						
Reprises (78)	2 282 929	6 322 123	2 539 523	2 724 108	2 911 299	8 003 058
Régularisation en situation nette					2 135 580	7 352 575
Stock au 31 décembre	13 206 561	7 821 438	12 666 221	12 223 317	13 414 213	28 525 200

Source : comptes financiers et réponses de l'ordonnateur

Dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, d'importantes corrections ont été apportées en situation nette aux provisions pour risques, au cours des exercices 2014 et 2015. Elles sont répertoriées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 28 : Provisions pour risques – compte 151 – corrections d'écritures comptables

En €	2014	2015
Apurement en situation nette		
provisions pour risques financiers	2 300 000	
provision pour propre assureur	1 636 557	
provision pour litiges fiscaux	1 808 338	
provision pour litiges T2A	1 678 512	
provision pour litiges agents	871 615	
Total	8 295 022	
Constitution en situation nette		
provision pour litiges fiscaux	650 648	
provision pour litiges T2A	3 922 109	
provision pour litiges agents	1 764 546	7 338 619
provision pour litiges patients	1 551 599	
provision pour litiges fournisseurs	2 541 700	
Total	10 430 602	

Source : réponse de l'ordonnateur

Au cours de l'exercice 2014, les HCL ont apuré 8,3 M€ de provisions pour risques. Certaines étaient devenues sans objet :

- ♦ provisions pour risques financiers (2,3 M€) ;
- ♦ provisions pour litiges anciens sur TVA (1,8 M€) ;
- ♦ provisions pour sanctions et indus T2A suite au contrôle effectué en 2011 (1,7 M€).

D'autres étaient irrégulières, comme les provisions pour propre assureur (1,6 M€).

En 2014, les HCL ont également constitué 10,4 M€ de provisions non enregistrées au bilan pour des risques survenus avant 2014 :

- ♦ risques et sanctions d'indus consécutifs à un contrôle T2A effectué en 2013 (3,9 M€) ;
- ♦ litige relatif à la rémunération d'un informaticien (1,7 M€) ;
- ♦ litiges avec les fournisseurs IBM et Oracle pour (2 M€).

En 2015, les HCL ont procédé à la constitution de provisions en situation nette pour 7,3 M€. Il s'agit du provisionnement de plusieurs passifs sociaux : heures supplémentaires à rémunérer provisionnées pour 457,9 k€, cotisations patronales afférentes à la validation des services des agents non titulaires provisionnées pour 3,9 M€, allocations d'aide au retour à l'emploi provisionnées pour 3 M€. C'est à tort que ces régularisations ont été comptabilisées au compte 1518 « Autres provisions pour risques ». En effet, selon la fiche n° 18 DGFIP/DGOS « Les passifs sociaux dans les EPS », ces provisions auraient dû être constatées au compte 158 « Autres provisions pour charges ».

Les provisions pour gros entretien et grandes réparations (compte 1572)

L'instruction M21 précise que ces provisions sont destinées à couvrir « des charges d'exploitation importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement ». Elles doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien.

Tableau 29 : Compte 1572 – Provisions pour gros entretien et grandes révisions

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stock au 1 ^{er} janvier	1 166 432	1 186 432	1 186 432	1 186 432	3 186 432	12 289 635
Dotations (68)	20 000	20 000	0	2 000 000	280 000	0
Reprises (78)	0	20 000	0	0	4 608 473	145 760
Régularisation en situation nette					13 431 676	-10 515 790
Stock au 31 décembre	1 186 432	1 186 432	1 186 432	3 186 432	12 289 635	1 628 085

Source : comptes financiers et réponses de l'ordonnateur

Une provision a été constatée à tort en 2014, en situation nette, à hauteur de 13 431 676 € pour travaux de désamiantage comptabilisés à l'actif. Elle a été en conséquence apurée au cours de l'exercice suivant pour 10 515 700 €. Le solde de la provision constaté au 31 décembre 2015, soit 1 628 k€, concerne la rénovation d'ascenseurs débutée en 2013. Toutefois, le plan pluriannuel de travaux des HCL ne concernant que des opérations à caractère immobilier comptabilisées en classe 2, il ne permettait pas de constituer une telle provision. Le plan pluriannuel d'entretien pour 2015-2019 produit par l'ordonnateur en réponse aux observations provisoires ne peut expliquer le solde de la provision constaté au 31 décembre 2015, mais justifie que celle-ci participe désormais au financement dudit plan.

« Les autres provisions pour charges (compte 158) »

Tableau 30 : Compte 158 – Autres provisions pour charges

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2015
158 Autres provisions pour charges						
Stock au 1 ^{er} janvier	33 759 042	34 626 587	37 621 366	17 349 655	16 893 760	14 845 899
Dotations (68)	8 066 967	13 243 936	2 369 504	7 358 763	12 564 158	13 055 279
Reprises (78)	8 937 172	10 249 157	9 664 326	7 814 658	11 858 658	12 052 864
Régularisation en situation nette	1 737 750		-12 976 889		-2 753 361	
Stock au 31 décembre	34 626 587	37 621 366	17 349 655	16 893 760	14 845 899	15 848 314

Sources : comptes et financiers et réponses de l'ordonnateur

De 2010 à 2015, les autres provisions pour charges ont diminué de plus de la moitié, passant de 34 626 587 € à 15 848 314 €, sous l'effet d'importantes régularisations passées en situation nette. En 2012, 8 M€ de provisions concernant des financements pluriannuels perçus au titre des contrats recherche ont été apurés, de même que les provisions irrégulières constituées au titre des crédits ciblés pour 3 217 361 €²⁹ et de capital décès pour 300 000 €. L'établissement a complété la provision constituée pour les contrats de recherches antérieurs à 2014 dont le montant avait été sous-évalué de 739 000 €. En 2015, 2 753 361 € ont été provisionnés pour des contrats recherche. Ainsi, au 31 décembre 2015, les autres provisions pour charges s'établissaient à 15 848 314 €, dont 15 718 314 € au titre de contrats recherche.

Or, le fait de provisionner des financements perçus en une fois destinés à des projets s'étalant sur plusieurs exercices n'est pas conforme à l'objet d'une provision de droit commun, qui est de couvrir une charge probable ou certaine.

Ces produits auraient dû être comptabilisés, en toute logique, comme des produits constatés d'avance, ce qui a été confirmé par la fiche DGOS-DGFIP n° 17, éditée courant 2016. A la faveur de cette directive, les HCL affirment avoir comptabilisé l'ensemble des financements pluriannuels perçus au titre des contrats recherche en produits constatés d'avance.

²⁹ Maladies rares centre de référence, mutualisation PSH, dispositif d'accompagnement du projet d'établissement, médecine légale.

4.3.2.1- Les créances irrécouvrables

L'instruction M21 prévoit que « le compte 4152 enregistre à son débit, par le crédit du compte de restes à recouvrer intéressé, le montant des créances admises en non-valeur par l'ordonnateur. L'ordonnateur formalise l'admission en non-valeur des créances présentées par le comptable public par une décision qu'il joint au mandat avec l'état des créances admises. » Il est alors crédité par le débit du compte 654 « pertes sur créances irrécouvrables » du mandat de paiement correspondant émis par l'ordonnateur à l'appui de sa décision d'admission en non-valeur. Il doit donc y avoir égalité entre le crédit du compte 4152 et le débit du compte 6541.

Au cours de la période examinée, cette égalité n'a été vérifiée que pour l'exercice 2011. Pour les exercices 2010, 2012, 2013 et 2014, le compte 4512 a été mouvementé d'un montant supérieur à celui du compte 654, respectivement pour 190 177 €, 226 376 €, 79 116 € et 142 424 €, ce qui ne permet pas de ramener le montant des restes à recouvrer à leur juste valeur.

Par ailleurs, jusqu'en 2013, l'établissement a insuffisamment provisionné ses créances douteuses, majorant d'autant son résultat. La démarche de fiabilisation des comptes a conduit les HCL à compléter la provision pour créances douteuses de 9 193 432 €. Alors que les créances douteuses n'étaient provisionnées qu'à hauteur de 0,5 M€ en 2013, elles l'étaient à hauteur de 12,1 M€ au 31 décembre 2015.

La méthode d'évaluation des provisions pour créances douteuses désormais mise en œuvre repose sur plusieurs critères : nature juridique du débiteur, lieu de résidence du débiteur, nature de la créance (activité médicale, loyers), ancienneté de la créance, enjeux et risques des titres restant à recouvrer. La provision constituée au 31 décembre 2015 selon ces modalités correspond à deux fois le montant des créances sur exercices antérieurs.

Tableau 31 : Les créances irrécouvrables – en k€

Comptes	Libellés	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Solde 4152	Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	0	0	0	0	0	0
Crédit 4152	Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	1 481	2 664	3 317	2 580	3 699	3 872
654	Pertes sur créances irrécouvrables	1 291	2 664	3 090	2 500	3 556	3 632
78174	Reprises sur dépréciations des actifs circulants - Créances	0	423	400	0	9 667	10 117
Débit 491	Dépréciation des comptes de redevables	0	423	400	0	9 667	10 117
68174	Dotations aux dépréciations des actifs circulants - Créances	1 084	63	0	0	10 117	12 165
Crédit 491	Dépréciation des comptes de redevables	1 084	63	0	0	19 311	12 165
Solde 491	Dépréciation des comptes de redevables	1 234	874	474	474	10 117	12 165
Solde 496	Dépréciation des comptes de débiteurs divers	0	0	0	0	0	0
Solde 49	Dépréciation des comptes de tiers	1 234	874	474	474	10 117	12 165

Source : comptes financiers, retraitement CRC

4.3.2.2- Les immobilisations

Suite au diagnostic du cycle « immobilisation » réalisé par le cabinet KPMG, les HCL ont établi un plan d'action qu'ils ont mis en œuvre avec l'assistance d'un deuxième intervenant extérieur, le cabinet Lowendal Masai. Ce plan d'action vise à fiabiliser tant le recensement des immobilisations que leur amortissement.

4.3.2.2.1- *Le recensement des immobilisations*

Devant l'impossibilité d'établir, de façon certaine, un inventaire exhaustif des immobilisations de l'établissement, les intervenants extérieurs ont combiné méthodes statistiques – pour les mobiliers administratifs et hôteliers et une partie des matériels informatiques et biomédicaux – et inventaire physique – pour les biens immobiliers et le reste des matériels informatiques et biomédicaux.

Ce travail de recensement a conduit à de nombreuses mises au rebut ou sorties d'actifs. Le bilan des HCL a ainsi été expurgé de 169 186 397 € d'actifs, en valeur brute (4 825 307 € en valeur nette en 2014, et 9 174 43 € en valeur nette en 2015). De nouvelles sorties d'actifs, de moindre importance, devraient être constatées courant 2016.

4.3.2.2.2- *Les durées d'amortissement*

Les durées d'amortissement n'ont pas été formellement arrêtées par une décision du directeur. Elles n'apparaissent pas non plus en annexe des comptes financiers (annexe dédiée IC2).

A la faveur de la préparation à la certification, les durées d'amortissement ont été revues à la baisse : certains bâtiments hospitaliers étaient encore affectés d'une durée d'amortissement de 50 ans. L'amortissement progressif a été supprimé et l'amortissement par composants généralisé pour les projets de plus de 10 M€. La durée de 50 ans pour l'amortissement du gros œuvre a été validée par le commissaire aux comptes.

Ces changements de méthode comptable ont généré, au cours des exercices 2014 et 2015, de nombreuses corrections. L'abandon des amortissements progressifs a conduit l'établissement à constater des dotations d'amortissement complémentaires à hauteur de 17,7 M€, les frais d'études, de recherche et d'insertion correspondant à des projets abandonnés ont été amortis pour 7,4 M€. Les corrections de durée d'amortissement liées au retraitement par composants ont conduit à constater 20,5 M€ d'amortissements supplémentaires, et la correction de la durée d'amortissement de 33 immobilisations présentant une durée supérieure à 50 ans, une dotation complémentaire de 4,1 M€.

Par ailleurs, l'absence de tout système de blocage dans le logiciel utilisé par les HCL a conduit l'établissement à pratiquer des amortissements trop importants ce qui aboutit à constater parfois des valeurs nettes comptables négatives qui seront à régulariser.

L'amortissement au prorata temporis a été reporté à 2017, exercice à partir duquel l'instruction budgétaire et comptable M21 le rend obligatoire.

4.3.2.2.3- *L'intégration des immobilisations en cours*

Tableau 32 : Intégration des immobilisations par exercice

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses d'équipement de l'exercice (a)	161	101	74	81	97	
Immobilisations en cours - stock (b)	102	33	32	32	50	
Transfert du compte 23 au compte 21 (b/a)	0,6	0,3	0,4	0,4	0,5	

Sources : Comptes financiers

Le rapport entre le montant des dépenses d'équipement de l'exercice et le montant des immobilisations au bilan met en évidence un transfert satisfaisant du compte 23 au compte 21, ce qui conforte la fiabilisation des dotations aux amortissements.

4.3.2.3- Le recouvrement et les délais de paiement

4.3.2.3.1- La facturation et le recouvrement des créances

Tableau 33 : Indice de facturation

2011	2012	2013	2014	2015
6,4	8,6	6,9	6	13

Source : base de données Hospidiag

L'indice de facturation (indicateur P15 Hospidiag) évalue l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement en mettant en évidence le manque à gagner, lié à une facturation tardive des séjours à l'Assurance Maladie. L'objectif est de se rapprocher de 0.

L'indice de facturation de l'établissement issu de la base de données Hospidiag est satisfaisant. Il s'établit à 6 en 2014, ce qui place les HCL dans les établissements les plus performants tant de leur catégorie que de leur typologie³⁰. L'amélioration constante de cet indice depuis 2012, exercice au cours duquel il s'élevait à 8,6, traduit l'importance accordée par le centre hospitalier à l'organisation de la chaîne de codage et de facturation pour l'amélioration de sa trésorerie. En 2015, la performance de l'établissement a pâti de la bascule sur un nouvel applicatif de gestion des malades. La bascule du logiciel GEMA sur le progiciel PASTEL, réalisée fin avril 2015, a bloqué la facturation, allongeant ainsi de façon conjoncturelle les délais de facturation.

Tableau 34 : Créances « patients et mutuelles » non recouvrées

	2011	2012	2013
En nombre de jours d'exploitation	176,2	176,8	159,4

Source : base de données Hospidiag

Tableau 35 : Restes à recouvrer au 31/12

En k€ - Budget principal	2011	2012	2013	2014	2015
Restes à recouvrer amiables (a)	140 905	126 645	164 975	129 114	145 379
Restes à recouvrer contentieux (b)	5 985	5 180	6 838	6 432	5 721
Restes à recouvrer totaux	146 890	131 825	171 814	135 546	151 100
Restes à recouvrer sur exercices antérieurs (N-2 et plus)	10 336	6 226	5 547	5 347	5 096
RAR sur Hospitalisés et consultants ©	16 560	17 684	16 331	15 736	14 969
Produits nets d'exploitation (d)	1 388 955	1 398 450	1 442 837	1 518 257	1 505 143
Taux de RAR contentieux (b/d)	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%
Taux de RAR sur Hospitalisés et consultants (c/d)	1,2%	1,3%	1,1%	1,0%	1,0%
Provisions pour dépréciation des comptes de redevables	874	474	474	10 117	12 164

Sources : Comptes financiers

Ces efforts sont confortés par un recouvrement des créances en progression mais encore perfectible. En effet, si, selon la base de données Hospidiag, l'indicateur « des créances patients et mutuelles non recouvrées » des HCL s'établit à 160 jours d'exploitation en 2014, contre 176 en 2011, il demeure au-deçà des valeurs habituellement constatées pour les établissements de même typologie, soit entre 121,2, pour le 2^{ème} décile, et 140,8 jours, pour le 8^{ème} décile.

³⁰ Établissements de même catégorie = CHU. Établissements de même typologie : hôpitaux prenant en charge en moyenne le même case-mix que les HCL.

Par ailleurs, le risque d'irrecouvrabilité s'amenuise. La part des restes à recouvrer sur exercices antérieurs a fortement décru, passant de 10,3 M€ en 2011 à 5,3 M€ en 2014 (20 à 13 % des RAR totaux), rendant les diligences en matière de recouvrement moins incertaines. Les créances contentieuses ne représentent que 0,5 % des produits d'exploitation (sous réserve de la bonne imputation des créances par le comptable), ce qui confirme la bonne tenue du recouvrement des créances de l'établissement.

Suite à la démarche de fiabilisation de leurs comptes, les HCL ont été conduits à ajuster fortement le montant des provisions pour dépréciation des comptes de redevables, qui est passé, ainsi, de 0,5 à 12 M€ de 2013 à 2015, mais celui-ci ne correspond qu'à 1 % des produits d'exploitation de l'établissement. De même, l'appréciation des créances admises en non-valeur, + 1,2 M€ de 2010 à 2015, ne remet pas en cause le constat d'un recouvrement en voie d'amélioration.

Tableau 36 : Créances admises en non-valeur

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ANV	1 481	2 664	3 090	2 500	3 698	3 872
En % des produits nets d'exploitation		0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%

Sources : Comptes financiers

4.3.2.3.2- Les délais de paiement

Tableau 37 : Délai de rotation des dettes fournisseurs

En k€ et nombre de jours	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Solde 4011 Fournisseurs-exercice courant (a)	40 664	43 916	46 130	58 203	63 722	77 448
C 4011 Fournisseurs-Exercice courant (b)	458 930	410 024	427 975 0	440 527	518 203	529 125
Délai de rotation des dettes fournisseurs en jours (c = a*365/b)	32,34	39,09	39,34	48,22	44,88	53,43

Source : comptes financiers et Hospidiag

De 2010 à 2015, l'établissement a significativement allongé son délai de règlement, qui passe de 32 à 53 jours, tout en demeurant proche du délai usuel de référence de 50 jours. Il a ainsi bénéficié d'une trésorerie supplémentaire de 36,8 M€ au cours de cette période.

Tableau 38 : Régularité du mandatement de la taxe sur les salaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taxe sur les salaires	62 399 923	59 466 742	59 987 517	60 563 387	61 083 654	57 258 524
Rémunération du PM et du PNM	647 121 351	644 220 824	646 513 925	652 381 421	662 552 410	647 327 251
Ratio	9,6%	9,2%	9,3%	9,3%	9,2%	8,8%

Sources : Comptes financiers

Le rapport de la taxe sur les salaires sur les rémunérations versées aux personnels médicaux et non médicaux permet de s'assurer de l'absence de retard de paiement de la taxe sur les salaires lorsqu'il est inférieur à 9 %. Pour les HCL, le ratio de régularité de mandatement de cette taxe est légèrement supérieur à 9 % sans toutefois que cela soit révélateur d'un défaut de régularité. Il s'améliore, d'ailleurs, en 2015, pour s'établir à 8,8 %.

4.3.2.4- Autres points de fiabilité des comptes

4.3.2.4.1- Les subventions d'investissement

Dans le cadre de la fiabilisation des comptes, des subventions inscrites au compte 131 pour 1,6 M€ n'ont pu être justifiées. Elles ont été apurées par une correction en situation nette au compte de report à nouveau. Des subventions transférables au compte de résultat étaient amorties sur une durée plus longue que celle des biens subventionnés. Un rattrapage des annuités d'amortissement a été opéré pour un montant de 2,5 M€.

4.3.2.4.2- Les rétrocessions de médicaments

Tableau 39 : Rétrocessions de médicaments

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
6021 Achats de produits pharmaceutiques et à caractère médical	135 815	136 308	142 398	152 081	210 002	199 973
7071 Rétrocessions de médicaments	40 661	42 809	45 596	44 066	96 438	80 143
6071 Achats de marchandises à caractère pharmaceutiques	0	0	0	0	0	0

Sources : Comptes financiers

Les achats de médicaments faisant l'objet d'une rétrocession doivent être inscrits au compte 607 « achats de marchandises » et le produit de la vente enregistrée au compte 7071 « rétrocessions de médicaments ». Lorsque la destination desdits médicaments n'est pas connue en cours d'exercice, l'achat est enregistré au compte d'achat classique 6021 puis basculé au compte 607. Cette écriture permet ainsi de connaître le montant des achats de médicaments ayant servi directement à l'activité hospitalière, en excluant ceux revendus dans l'année.

Alors que sur la période contrôlée, les rétrocessions de médicaments réalisées par l'établissement ont doublé, passant de 40 à 80 M€ de 2010 à 2015, le compte 6071 « achats de marchandises à caractère pharmaceutique » n'a pas été mouvementé.

4.3.2.4.3- Les remboursements de frais par les budgets annexes

Tableau 40 : Remboursements des budgets annexes

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Remboursement de frais par les BA	13 718	13 183	13 136	12 982	13 305	13 926	-1,8%
Remboursement de frais par le BP ou les BA	12 324	16 204	15 403	20 231	11 995	403	18,0%
Dont budgets B, E, J	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Dont budget C	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Dont budget L, M, N, P	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Dont budget A	12	16	15	20	11	0	18,0%
Remboursement de frais consolidé	13 730	13 200	13 152	13 002	13 317	13 926	-1,8%
en % du produit total	1,0%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	

Sources : Comptes financiers

Les remboursements de frais des budgets annexes au budget principal s'établissent à 13,9 M€ en 2015. Leur montant est demeuré relativement constants au cours de la période 2010 à 2015. Leur méthode de calcul faisait l'objet d'une actualisation au moment de l'instruction, en lien notamment avec une mise à plat de la comptabilité analytique.

4.4- Conclusion sur la fiabilité des comptes

En conclusion, les Hospices civils de Lyon ont entrepris un important travail de fiabilisation de leurs comptes au cours de la période sous revue, qui les a conduits à passer des écritures correctrices portant sur des masses financières conséquentes (200 M€). L'essentiel de ces corrections (188 M€) ayant été réalisées en situation nette n'ont donc pas eu d'incidence sur le compte de résultat, à l'exception d'une provision pour renouvellement des immobilisations, reprise à tort au compte de résultat pour un montant de 12 M€, majorant d'autant le résultat comptable de l'exercice 2014.

Ces écritures ont eu une incidence sur le bilan, sans être, cependant, déterminantes dans l'évolution de ses différents postes. Les compléments d'amortissement et les rattachements de charges et produits ont mobilisé les réserves (compte 1068) à hauteur de 57 M€, alors que ce poste s'accroissait, au cours de la période examinée, passant de 316,4 M€ en 2010 à 427 M€ en 2015. L'ajustement des provisions à la hausse a concouru à la dégradation du report à nouveau déficitaire (compte 119) pour 18,4 M€, celui-ci passant de 237,4 M€ en 2010 à 404,9 M€ en 2015. 169,5 M€ d'actifs ont également été sortis du bilan à la faveur d'un travail de fiabilisation de l'état de l'actif.

Malgré les progrès réalisés, certains points restent à améliorer. Il en est ainsi du maintien de certaines provisions irrégulières, de la comptabilisation des passifs sociaux en provisions pour risques en lieu et place des provisions pour charges (7,3 M€), ou de l'utilisation encore incomplète des produits constatés d'avance.

5- ANALYSE FINANCIERE

5.1- Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)

Les HCL et l'ARS ont signé un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) le 17 décembre 2013 portant sur la période 2013-2016. La trajectoire financière définie dans ce document fixe, à l'horizon 2017, un objectif minimal de marge brute d'exploitation³¹ de 7 % (hors aides et hors Lamda) (pour couvrir les frais financiers et financer une part des investissements courants), un désendettement ramenant l'encours de dette de 889 M€ à 816 M€ et les frais financiers à 5 % au plus des produits d'exploitation, un niveau de fonds de roulement de 75 M€ dès 2013. Cette trajectoire impliquait un surcroît de marge brute de l'ordre de 20 M€ par an et une optimisation des investissements dont le financement devait bénéficier d'une aide totale de 70,1 M€.

Les actions nécessaires au retour à l'équilibre financier ont été reprises dans les projets d'établissement successifs, Cap 2013 et Horizon 2017. Il s'agit principalement, dans le cadre d'opérations de restructuration, de regrouper les activités dans de nouveaux bâtiments afin de générer des économies de fonctionnement et notamment réduire les effectifs de personnels non médicaux. Ainsi peut-on relever la centralisation des activités logistiques (restauration, blanchisserie), le regroupement des activités de recours (un seul site de pédiatrie, un seul site de chirurgie thoracique, un seul site d'hématologie clinique, un seul site de transplantations rénales, regroupement des laboratoires de spécialité de biologie...), la restructuration du secteur gériatrie, la fermeture et le transfert des activités de l'Hôtel Dieu vers les sites Nord, Sud et Est.

³¹ Hors aides et hors « lamda ».

Si les comptes 2013 de l'établissement ont respecté les engagements contractés avec l'ARS, l'exercice 2014 et les premières données d'exécution de l'EPRD 2015 n'ont pas suivi la même trajectoire, ce qui a conduit les deux parties à réviser les termes du CREF et à le prolonger jusqu'en 2019, par un avenant en date du 17 juin 2016.

En effet, les contraintes extérieures à l'établissement, « *baisse attendue sur les recettes sous tarification ou dotation ...et hausse de la masse salariale liée à l'effet prix des mesures réglementaires et catégorielles accordées aux personnels médicaux et non médicaux et à l'effet volume de la hausse du numerus clausus sur les internes et étudiants* » ont profilé un effet de ciseaux nécessitant la révision tant des objectifs financiers et de leur échéancier que des mesures d'accompagnement. La clôture de l'exercice 2015 a, cependant, présenté une situation financière plus favorable. Les objectifs initiaux ayant été revus à la baisse, ils semblent désormais en mesure d'être respectés.

L'effort demandé aux HCL fait désormais l'objet d'un plan d'efficience pluriannuel dégressif, échelonné à hauteur de 35 M€ annuels de 2016 à 2017, de 30 M€ de 2018 à 2019 puis de 25 M€. Cet effort a été formalisé dans le plan général de financement pluriannuel (PGFP) 2016-2025, approuvé par l'ARS le 26 juillet 2016. Cette trajectoire doit permettre d'atteindre un niveau de marge brute hors aides de 7,3 % des produits d'exploitation du budget principal en 2019 puis de 8,1 % en 2021. L'établissement est autorisé à emprunter 130 M€ sur la période 2016-2019. Il doit atteindre un niveau de fonds de roulement de 70 M€ et de 15 jours d'exploitation courante à compter de 2019. De 2017 à 2019, l'ARS apportera une aide de 48 M€, dont 36 M€ en investissement et 12 M€ en exploitation.

5.2- La formation de la CAF brute

Au cours de la période 2010-2015, les HCL ont doublé leur marge brute d'exploitation. Elle passe ainsi de 62,1 M€ à 124 M€, atteignant un niveau satisfaisant de 7,8 % du produit total, au-delà du taux cible de 5,2 % fixé par le CREF (6,9 % initialement).

Cette bonne performance financière repose à la fois sur une réelle progression de l'activité hospitalière et de ses produits annexes et une maîtrise des charges de personnel.

Cette amélioration est toutefois minorée par les effets de la restructuration du volet médico-social de l'activité gériatrique, l'appréciation de la sous-traitance et des achats (hors médicaments rétrocédés), des frais financiers et des créances admises en non-valeur.

5.2.1- La formation du chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires des HCL s'apprécie de 188 M€, de 2010 à 2015, principalement sous l'effet de la progression des produits de l'activité hospitalière (+ 99 M€), des subventions d'exploitation en contrepartie d'une activité³² (+ 35 M€), de la forte hausse des rétrocessions de médicaments (+ 39,5 M€). Toutefois, les produits issus de la rétrocession de médicaments correspondent à des charges équivalentes et ne contribuent pas, par conséquent, à la formation de l'autofinancement.

³² Du fait du transfert en 2012 de certains financements jusque-là perçus au titre des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), comptabilisés en produits de l'activité vers le Fonds d'intervention régionale (FIR), comptabilisé en subventions d'exploitation en contrepartie d'activité.

Tableau 41 : La formation du chiffre d'affaires

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Produits de l'activité hospitalière	1 272 118	1 299 101	1 274 796	1 299 523	1 334 446	1 376 850	1,6%
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	36 008	33 786	32 392	31 005	30 799	30 494	-3,3%
= Produits de l'activité (a)	1 308 126	1 332 887	1 307 188	1 330 528	1 365 246	1 407 344	1,5%
Produits annexes du budget H	25 850	26 784	29 077	30 497	29 600	35 678	6,7%
+ Pdts annexes des budgets annexes	81	82	81	82	82	229	23,1%
= Produits annexes (b)	25 931	26 866	29 158	30 579	29 682	35 907	6,7%
Prestations services, tvx, études, divers (c)	5 051	4 945	5 225	5 096	5 963	9 129	12,6%
Ventes de marchandises (d)	43 090	45 790	49 721	47 355	99 173	83 171	14,1%
Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité (e)	8 848	10 212	18 075	38 659	36 882	43 759	37,7%
= Chiffre d'affaires (a+b+c+d+e)	1 391 046	1 420 700	1 409 366	1 452 216	1 536 946	1 579 311	2,6%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

5.2.1.1- Les produits de l'activité hospitalière

Tableau 42 : Détails des produits de l'activité hospitalière

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Produits de la tarification à l'activité (a)	723 649	748 926	759 917	786 443	815 239	844 569	3,1%
Dont pdts de la tarification des séjours	647 733	675 882	682 412	690 636	714 447	735 531	2,6%
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	75 916	73 044	77 504	95 806	100 792	109 038	7,5%
en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Produits forfaitaires (b)	369 357	357 807	315 140	306 128	308 702	313 756	-3,2%
Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations	17 555	17 946	20 701	20 976	19 945	20 631	3,3%
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	270 602	258 864	214 115	204 206	207 126	211 562	-4,8%
Dont dotations annuelles de financement (DAF)	81 199	80 997	80 324	80 947	81 631	81 564	0,1%
Produits de l'hospitalisation (a+b=c)	1 093 006	1 106 733	1 075 057	1 092 571	1 123 941	1 158 326	1,2%
Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	69 911	72 725	76 685	77 769	80 968	82 341	3,3%
Dont consultations externes	65 446	67 337	70 407	70 292	73 664	75 897	3,0%
Dont forfait accueil et traitement des urgences	3 791	4 583	5 075	5 261	4 819	4 744	4,6%
Dont autres forfaits	674	804	1 202	2 216	2 485	1 700	20,3%
Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)	1 162 917	1 179 458	1 151 742	1 170 340	1 204 910	1 240 666	1,3%
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)	109 201	119 643	123 054	129 183	129 537	136 184	4,5%
Dt pdts à la charge des patients et complémentaires santé	79 583	86 662	92 854	95 243	91 831	98 277	4,3%
Dt pdts sur patients étrangers et autres établissements	29 619	32 980	30 200	33 939	37 706	37 907	5,1%
Produits de l'activité hospitalière (e+f)	1 272 118	1 299 101	1 274 796	1 299 523	1 334 446	1 376 850	1,6%
en % du produit total	91,2%	91,3%	90,3%	89,3%	86,6%	87,0%	

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

Les produits de l'activité hospitalière s'établissent à 1 376,8 M€ en 2015 contre 1 272,1 M€ en 2010, soit une évolution de 104,7 M€. Jusqu'en 2013, ils ont représenté plus de 90 % du chiffre d'affaires. Cette part s'est contractée à 87 % à compter de 2014 du fait de la forte augmentation des produits issus de la rétrocession des médicaments.

La progression des produits de l'activité hospitalière résulte d'une augmentation de l'activité, confortée par une appréciation du chiffre d'affaire par séjour. Ainsi, au cours de la période, l'évolution de la valorisation T2A est plus dynamique que celle de l'activité en volume (+ 13,4 % contre 9,7 % de 2010 à 2015), ce qui s'explique par une augmentation de la sévérité des cas traités (ou poids moyen du cas traité). En effet, 10 % des séjours sont de niveaux 3 et 4 en 2014 contre 8,4 % en 2011.

L'augmentation de l'activité est essentiellement soutenue par une augmentation du nombre de séjours en hospitalisation de jour (chirurgie ambulatoire, séances de chimiothérapie, autres séance) et dans une moindre mesure en hospitalisation complète, mais également par celle des produits des médicaments et dispositifs facturés en sus (+ 33 M€), et des consultations externes (+ 10,4 M€).

L'établissement pourrait encore accroître les produits issus de l'activité hospitalière en améliorant les taux d'occupation des lits de médecine et d'obstétrique, les taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire, et des blocs opératoires qui demeurent insuffisants. De même, la réduction des durées moyennes de séjour, notamment en obstétrique, permettraient d'optimiser les produits issus de l'activité hospitalière.

Les produits de l'activité pris en charge par les patients et mutuelles ou patients étrangers, s'accroissent de façon plus dynamique que les produits à la charge de l'assurance maladie, + 4,3 % contre 1,3 % en variation annuelle moyenne. Néanmoins, leur évolution s'est ralentie à compter de 2014 en raison du gel des tarifs journaliers de prestation et des réformes du financement des patients étrangers en situation irrégulière (AME).

5.2.1.2- Les produits forfaitaires

L'appréciation de l'activité hospitalière compense l'atonie des produits forfaitaires. Le montant de la dotation annuelle de financement s'établit à 81 M€ sur toute la période. Si les aides versées au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC) diminuent à compter de 2012 suite au transfert de certaines d'entre elles au Fonds d'intervention régional (FIR), il apparaît, toutefois, que globalement, les montants perçus par l'établissement au titre des MIGAC et du FIR ont décliné de 36 M€ de 2010 à 2015, passant de 270,6 M€ à 244,9 M€.

Les dotations liées aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ont notamment évolué à la baisse alors que les indicateurs de production de recherche SIGAPS³³ et SIGREC³⁴ ont progressé³⁵.

³³ SIGAPS : Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques, qui a pour objectif d'aider les établissements ayant des activités de recherche médicale à recenser et analyser les publications scientifiques référencées. L'indicateur définit le niveau convenable de la production scientifique de ces établissements.

³⁴ SIGREC : Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques. Il s'agit à la fois d'un outil de suivi des essais en cours réalisés au sein d'un établissement, et d'un outil de production d'indicateurs normalisés concernant les essais cliniques.

³⁵ Les MERRI se sont établies à 149,7 M€ en 2014 contre 151,7 M€ en 2013.

Au sein des MIGAC, l'établissement perçoit l'aide financière de 70,1 M€ que l'ARS lui attribue en contrepartie des efforts financiers définis dans le cadre du CREF 2013-2016. Il s'agit d'une aide annuelle de 10,3 M€ afin de prendre en charge les surcoûts financiers des investissements antérieurs (en compensation de l'absence d'engagements au titre des plans H2007 et H2012), de 5,7 M€ destinés à soutenir des investissements ciblés et d'une aide annuelle dégressive afin d'accompagner de façon transitoire la réforme de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) (3,4 M€ en 2013, 2 M€ en 2014).

5.2.1.3- Les ventes de marchandises : les rétrocessions de médicaments

Les ventes de marchandises des HCL sont principalement constituées des rétrocessions de médicaments qui ont doublé en 2014, passant de 45 M€ en moyenne, de 2010 à 2013, à 99 M€ au cours de cet exercice. Ce changement de périmètre est essentiellement lié aux nouveaux traitements de l'hépatite C. Les dépenses pharmaceutiques correspondantes ont été remboursées à l'euro près par l'assurance maladie. L'établissement n'ayant pas négocié des prix inférieurs aux tarifs de responsabilité, il n'a pu bénéficier d'une marge d'intéressement.

5.2.1.4- Les produits annexes

En 2015, l'hôpital bénéficie de produits annexes à hauteur de 35 M€ qu'il a notamment optimisés en maximisant les produits issus de la majoration pour chambre particulière, qui s'établissent à 15,2 M€ en 2015 contre 6,9 M€ en 2010³⁶, et ceux des locations de téléviseurs.

Tableau 43 : Les produits annexes

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Produits annexes du budget H	25 850	26 784	29 077	30 497	29 600	35 678	6,7%
+ Pds annexes des budgets annexes	81	82	81	82	82	229	23,1%
= Produits annexes (b)	25 931	26 866	29 158	30 579	29 682	35 907	6,7%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

5.2.1.5- Les prestations de services

Jusqu'en 2013, les produits des prestations de services s'établissent en moyenne à 5 M€. Ils correspondent alors pour moitié aux remboursements de frais de formation et droits d'inscription perçus par l'institut de formation. En 2015, ils s'apprécient de plus de 3 M€ grâce au développement des produits issus des parkings hospitaliers mais également des prestations informatiques au titre de la gestion du logiciel Cristalnet au profit d'autres établissements.

Tableau 44 : Les produits des prestations de services

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Prestations services, tvx, études, divers (c)	5 051	4 945	5 225	5 096	5 963	9 129	12,6%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

³⁶ Grâce notamment au développement d'une conciergerie hospitalière (Happytal) ayant permis le déploiement de différents services « à la carte » auprès des patients.

5.2.1.6- Dotations et produits de l'activité des budgets annexes

Les dotations et produits de l'activité des budgets annexes ont fortement pâti de la réorganisation du pôle gériatrique qui aboutit à ramener le nombre de lits d'EHPAD installés, de 184 au 1^{er} janvier 2010 à 82 au 1^{er} janvier 2015. Les produits issus de l'activité gériatrique (budgets B et E) se contractent ainsi de 5,7 M€. La dotation globale de financement soins versée par l'assurance maladie, au titre de cette activité, décroît notamment de 4,8 M€ et ce malgré un redéploiement des capacités vers les unités de soins de longue durée. Si le passage de 324 à 399 places d'unité de soins de longue durée (USLD) a généré un produit supplémentaire de 2,2 M€, les dotations et produits perçus par place de soins de longue durée ont nettement décru passant de 71,5 k€ en 2010³⁷ à 63,6 k€ en 2015³⁸, au titre de la convergence tarifaire.

5.2.1.7- Les subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité

Les HCL perçoivent des subventions d'exploitation en contrepartie d'activités. Elles concernent la médecine légale pour 1 M€, la subvention à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) par le conseil régional pour 8,5 M€, et, depuis 2012 le fonds d'intervention régional (FIR) qui remplace certaines des aides à la contractualisation, versées notamment au titre de la permanence des soins.

Tableau 45 : Détail des subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Fonds d'intervention régionale (FIR)	0	0	8 395	28 810	27 289	33 406	ns
+ Subvention de fonctionnement médecine légale	0	1 586	936	1 159	1 100	1 886	ns
= Subventions d'ex. versées en contrepartie d'activités au titre du budget H	0	1 586	9 331	29 969	28 389	35 291	ns
Subventions versées par le conseil régional (budget C)	8 848	8 625	8 744	8 690	8 493	8 468	-0,6%
= Subventions d'ex. versées en contrepartie d'activités au titre du budget C	8 848	8 625	8 744	8 690	8 493	8 468	-0,6%
Subventions d'exploitation consolidées versées en contrepartie d'activités	8 848	10 212	18 075	38 659	36 882	43 759	63,5%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

5.2.2- Le produit total

Le produit total est constitué du chiffre d'affaires et des travaux immobilisés (en régie). Ces derniers avoisinent les 3 M€ au cours de la période examinée.

5.2.3- La formation de la valeur ajoutée

La valeur ajoutée s'établit à 1 078,4 M€ en 2015, en hausse de 92,3 M€ par rapport à 2010, du fait d'une progression du chiffre d'affaires plus soutenue que celle des consommations intermédiaires et de la sous-traitance. Malgré cette évolution positive, la valeur ajoutée, exprimée en proportion du produit total, s'est contractée de 2,5 points.

³⁷ 23 185,6 k€/324 = 71,5 k€.

³⁸ 25 372,8 k€/399 = 63,6 k€.

La progression de la valeur ajoutée du budget H, + 98 M€, est entamée par le recul de l'activité gériatrique dont la valeur ajoutée diminue de 5,5 M€ et par un déficit apparent de valeur ajoutée du budget A de 5 M€.

La sous-traitance médicale et médico-sociale s'établit à 20,1 M€ en 2015. Au cours de cet exercice, elle s'est brusquement appréciée de 2,7 M€, en lien avec le développement de certaines activités, telles la nutrition parentérale à domicile, la thérapie cellulaire...

Les consommations intermédiaires s'établissent à 483,5 M€ en 2015. Elles ont progressé de 90 M€ depuis 2010, soit une augmentation annuelle moyenne de 1,9 % par an supérieure à l'inflation. Cette augmentation, totalement imputable au budget principal, doit toutefois être appréciée au regard des produits qui la compensent. Ainsi, de 2010 à 2015, les achats nets sont passés de 285,6 M€ à 304,3 M€ soit une progression de 6,5 % sur cinq ans et non de 20 % en données brutes.

Les trois quarts de cette augmentation, soit 67 M€, concernent les achats de produits pharmaceutiques et produits à usage médical, et plus spécialement les spécialités pharmaceutiques sous autorisation temporaires d'utilisation (ATU). Ces achats, qui sont financés forfaitairement par des MIGAC, ont notamment cru en 2014 de 51 M€. L'établissement a pu toutefois atténuer cette évolution par des rabais obtenus de l'ordre de 5,8 M€ mais aussi et surtout par des rétrocessions de médicaments.

Tableau 46 : Achats et financements des spécialités pharmaceutiques sous ATU

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ATU	855 502	3 188 956	7 004 947	6 027 013	56 923 500	
MIG ATU	2 371 300	2 541 799	580 746	2 099 995	1 873 463	4 749 447

Source : HCL

Au cours de la période 2010-2015, d'autres postes de dépenses ont fortement évolué. Les locations mobilières ont plus que doublé, passant de 2,1 à 5,5 M€³⁹. Les autres prestations à caractère non médical ont augmenté de 4,8 M€, soit de 43 %, notamment suite à l'externalisation du nettoyage des locaux. Les transports de biens et de personnel ont cru de 2,4 M€, soit 80 %⁴⁰, les services extérieurs relatifs à l'informatique de 2,1 M€⁴¹, soit multipliés par trois, les services bancaires de 60 à 448 k€ suite à la forte appréciation des frais de dossier et des commissions de non utilisation des lignes de trésorerie.

Des économies ont été réalisées sur les primes des contrats d'assurances, à hauteur de 1,5 M€, les frais postaux 0,6 M€. Après une forte dépense en 2010 de 8 M€, les études et recherches réalisées par des prestataires extérieurs ont progressivement décru de 2,4 à 1,5 M€.

5.2.4- La formation de la marge brute d'exploitation

Conjuguée à une évolution maîtrisée des charges de personnel (+ 32 M€, soit 3,2 % de 2010 à 2015), l'amélioration de la valeur ajoutée permet de multiplier par deux la marge brute d'exploitation, qui passe de 62,1 M€ en 2010 à 124 M€ en 2015.

³⁹ + 1 M€ sur la location de logiciels et progiciels non médicaux imputée jusqu'alors en classe 2 ; + 2 M€ sur la location d'équipements biomédicaux, alternative mise en place dans un contexte contraint en matière d'investissement.

⁴⁰ Les HCL prennent notamment en charge les frais de transport des personnels affectés aux nouvelles unités logistiques (Blanchisserie, UCPA) situées à Saint Priest.

⁴¹ Gestion du logiciel Cristalnet, développement du logiciel Easily, basculement en classe 6 des prestations d'assistance informatique précédemment imputées en classe 2.

Cette évolution favorable est confortée par une augmentation constante des autres subventions d'exploitation de l'ordre de 5,7 M€, perçues notamment au titre des contrats recherche (+ 3 M€) et un accroissement des remboursements de frais perçus par le budget principal. Les revenus locatifs du patrimoine immobilier assurent un produit récurrent de 14,5 M€.

Alors qu'au cours des exercices précédents l'établissement peinait à dégager un niveau de marge brute propre à assurer son indépendance financière, il présentait, fin 2015, une marge brute d'exploitation représentant 7,8 % de son produit total. Retraité des aides perçues de l'ARS (18 M€ en 2015) et des recettes issues de la mise en œuvre de la procédure Lambda (4,2 M€ en 2015), le taux de marge brute s'établit à 6,6 % et dépasse le niveau cible fixé par le CREF, soit 5,2 % (6,9 % initialement).

Les charges de personnel, qui représentent une part décroissante du produit total, 64,5 % en 2015 contre 70,9 % en 2010, n'ont progressé que de 0,6 % par an en moyenne, suite à une nette contraction des effectifs non médicaux. Parallèlement, les HCL ont favorisé le recrutement de personnels médicaux nécessaires à l'accroissement de l'activité.

Tableau 47 : Formation de la marge brute d'exploitation

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Valeur ajoutée	986 095	1 014 545	990 978	1 021 087	1 036 746	1 078 390	1,8%
<i>en % du produit total</i>	70,7%	71,3%	70,2%	70,2%	67,3%	68,2%	-0,7%
+ Autres subventions	14 582	15 460	18 459	17 389	17 523	20 300	6,8%
- Charges totales de personnel*	988 601	983 618	985 871	998 545	1 016 500	1 020 633	0,6%
+ Remboursement de frais entre budgets	13 730	13 200	13 152	13 002	13 317	13 927	0,3%
= Résultat économique brut	25 807	59 587	36 719	52 933	51 086	91 984	28,9%
<i>en % du produit total</i>	1,9%	4,2%	2,6%	3,6%	3,3%	5,8%	25,7%
+ Autres produits de gestion	40 516	44 215	45 747	49 907	48 865	43 905	1,6%
- Autres charges de gestion	4 214	5 554	7 221	5 590	8 870	11 843	23,0%
= Marge brute d'exploitation	62 109	98 248	75 245	97 251	91 081	124 046	14,8%
<i>en % du produit total</i>	4,5%	6,9%	5,3%	6,7%	5,9%	7,8%	12,0%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

5.2.5- La formation de la capacité d'autofinancement brute

La forte appréciation de la marge brute permet de couvrir des frais financiers en hausse et de multiplier par deux l'autofinancement. En effet, la capacité d'autofinancement fait plus que doubler de 2010 à 2015, exercice pour lequel elle atteint 89,3 M€, soit 5,6 % du produit total, et ce en dépit d'une nette progression des frais financiers.

Tableau 48 : Formation de la CAF brute

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Marge brute d'exploitation	62 109	98 248	75 245	97 251	91 081	124 046	14,8%
<i>en % du produit total</i>	4,5%	6,9%	5,3%	6,7%	5,9%	7,8%	12,0%
- Frais financiers nets réels	24 109	26 750	27 979	28 847	28 089	29 236	3,9%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	28 439	29 439	53 276	43 693	34 346	34 666	4,0%
- Charges exceptionnelles réelles	25 669	39 714	28 655	27 858	32 598	40 133	9,3%
= Capacité d'autofinancement brute	40 770	61 223	71 887	84 238	64 739	89 344	17,0%
<i>en % du produit total</i>	2,9%	4,3%	5,1%	5,8%	4,2%	5,6%	14,1%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

Les frais financiers, qui s'établissent à 29,2 M€ en 2015, se sont accrus de plus de 20 % depuis 2010, alors même que l'établissement se désendette. Pour autant, le taux apparent de la dette, qui s'établit à 3,5 % en 2015, demeure acceptable et les frais financiers ne représentent plus que 23,6 % de la marge brute d'exploitation contre 38,8 % en 2010.

Le résultat exceptionnel, structurellement positif, se dégrade notablement en 2015 par la constatation d'importantes charges sur exercices antérieurs et accuse un déficit de 5,4 M€.

Il convient de souligner l'apport important de la gestion du patrimoine à l'autofinancement des HCL. Le budget A présente une CAF de plus de 7 M€ au cours de la période examinée, soit 11 % de la CAF consolidée.

5.3- Le financement des investissements

Tableau 49

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	40 770	61 223	71 887	84 238	64 739	89 344	412 202
- Annuité en capital de la dette	37 781	41 603	45 370	47 847	58 812	49 277	280 690
= Capacité d'autofinancement nette (a)	2 989	19 620	26 517	36 392	5 927	40 067	131 512
<i>en % du produit total</i>	0,2%	1,4%	1,9%	2,5%	0,4%	2,5%	0
+ Apports en capital	1 426	565	158	-154	152	286	2 433
+ Subventions d'équipement reçues	170	127	557	23 728	11 720	24 895	61 197
+ Produits de cession	27 741	36 447	43 396	23 371	14 498	10 436	155 889
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	29 337	37 139	44 111	46 945	26 370	35 617	219 518
= Financement propre disponible (a+b)	32 325	56 759	70 628	83 337	32 297	75 684	351 030
<i>Fi propre dispo / Dépenses d'équipement (y c. tvx en régie)</i>	20,1%	55,9%	95,1%	102,0%	33,1%	83,5%	0
- Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)	161 135	101 449	74 278	81 696	97 435	90 653	606 647
- Prises de participations nettes	0	1	0	789	0	92	882
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	46	-44	46	-46	-23	11	-11
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	-128 856	-44 647	-3 696	897	-65 114	-15 072	-256 488
+/- Var. du solde des opérations pour compte de tiers		-1 365	-878	-1 461	4 183	-333	146
- Var. du besoin en fonds de roulement global (hors fonds en dépôt)		-20 979	-11 668	44 920	-32 779	-7 535	-28 041
= Besoin (ou disponible) après financement des inv. et du cycle d'exploitation, dit BAFIC (ou DAFIC)	-128 856	-25 033	7 095	-45 484	-28 153	-7 870	-228 301
+ Nouveaux emprunts de l'année	90 089	30 341	22 650	57 135	45 994	70 910	317 119
<i>Dont emprunts obligataires remboursables in fine</i>	0	0	2 500	30 000	0	17 000	49 500
<i>Dont autres obligations et dettes financières</i>	90 000	30 220	20 000	27 065	45 920	53 845	267 049
<i>Dont autres dettes et cautionnements</i>	89	121	150	70	74	66	569
- Opérations de trésorerie sur emprunts revolving	-47 000	-2 200	0	5 700	0	62 440	18 940
= Variation de la trésorerie nette	8 233	7 508	29 745	5 951	17 841	600	69 878

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

5.3.1- La formation de la capacité d'autofinancement nette

Le remboursement de l'annuité en capital de la dette mobilise plus des deux tiers de l'autofinancement (68 %).

Ainsi, la CAF nette s'est établie, en cumul de 2010 à 2015, à 131,5 M€ alors que les HCL ont investi pour 607,4 M€.

Tableau 50 : Formation de la CAF nette

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	40 770	61 223	71 887	84 238	64 739	89 344	412 202
- Annuité en capital de la dette	37 781	41 603	45 370	47 847	58 812	49 277	280 690
= Capacité d'autofinancement nette	2 989	19 620	26 517	36 392	5 927	40 067	131 512
en % du produit total	0,2%	1,4%	1,9%	2,5%	0,4%	2,5%	

Source : Comptes de gestion, retraitements chambre régionale des comptes

5.3.2- La couverture des investissements par des financements propres

À compter de 2013, les subventions d'équipement reçues s'accroissent très fortement suite à la notification par l'ARS des aides aux projets d'investissements validés par le comité interministériel de la performance et de la modernisation hospitalière (COPERMO). Elles passent ainsi à 23,7 M€ contre 0,5 M€ au cours de l'exercice précédent. L'établissement a perçu 10,9 M€ en 2013, 10,8 M€ en 2014 et 17,2 M€ en 2015 pour la première tranche du projet de modernisation d'HEH et 12 M€ en 2013 et 4 M€ en 2015 pour la mise en sécurité de l'hôpital Louis Pradel. L'État finance ces deux programmes d'investissement à hauteur de 48 %. La ville et la Métropole de Lyon subventionnent le tiers du coût du projet de modernisation d'HEH.

Le produit des cessions a, cependant, constitué la principale composante du financement propre disponible de l'établissement. De 2010 à 2015, les HCL ont cédé pour 155,9 M€ d'actifs.

Ces sources de financement ont permis d'atténuer la faiblesse de la CAF nette et d'atteindre un financement propre disponible de 351 M€ sur la période 2010-2015, couvrant 57,9 % des dépenses d'équipement cumulées.

Tableau 51 : La participation des financements propres aux investissements

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul
Capacité d'autofinancement nette (a)	2 989	19 620	26 517	36 392	5 927	40 067	131 512
en % du produit total	0,2%	1,4%	1,9%	2,5%	0,4%	2,5%	
+ Apports en capital	1 426	565	158	-154	152	286	2 433
+ Subventions d'équipement reçues	170	127	557	23 728	11 720	24 895	61 197
+ Produits de cession	27 741	36 447	43 396	23 371	14 498	10 436	155 889
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	29 337	37 139	44 111	46 945	26 370	35 617	219 518
= Financement propre disponible (a+b)	32 325	56 759	70 628	83 337	32 297	75 684	351 030
Fi propre dispo / Dépenses d'équipement (y c. tvx en régie)	20,1%	55,9%	95,1%	102,0%	33,1%	83,5%	

Source : Comptes de gestion, retraitements chambre régionale des comptes

La soutenabilité de la politique d'investissement menée par les HCL apparaît donc fragile au regard de la nature du financement propre disponible. Le niveau des cessions d'actifs n'est pas reproductible.

5.3.3- Les principaux investissements réalisés ou en cours

De 2010 à 2015, les dépenses d'équipement cumulées des HCL se sont établies à 606,6 M€.

Tableau 52 : Effort d'investissement des HCL

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul
Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)	161 135	101 449	74 278	81 696	97 435	90 653	606 647

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

Conformément au projet d'établissement, les principaux programmes d'investissements réalisés ont visé à regrouper les activités tant médicales que logistiques afin de réduire les charges de fonctionnement.

Ainsi, les HCL ont investi 29 M€ dans la construction d'un pavillon pour le regroupement des services d'hématologie clinique (coût total 37 M€), 8,4 M€ pour la construction d'une stérilisation centrale (coût total 12,9 M€), 18,3 M€ pour une unité centrale de production alimentaire, 35,2 M€ pour la modernisation d'HEH, 10,1 M€ pour la mise en sécurité de l'hôpital Louis Pradel (cardio). 20 M€ sont investis en moyenne chaque année en équipements médicaux.

Au cours de la période examinée, les opérations courantes de travaux ont été budgétées à hauteur d'un montant de 40 M€ par an, que l'autofinancement disponible n'est pas en mesure de couvrir.

5.3.4- La variation du besoin en fonds de roulement

Les HCL ont cherché à minorer leur besoin de financement et donc leur recours à l'emprunt en actionnant plusieurs leviers.

Ils ont d'abord allongé les délais de règlement de leurs fournisseurs qui sont passés de 32 jours en 2010 à 53 en 2015, leur permettant de bénéficier d'une trésorerie supplémentaire à hauteur de 36,8 M€. Ces délais ont pu engendrer des intérêts moratoires qui se sont élevés à 20,5 k€ en 2010, 2011 et 2015 et à 67,8 k€ en 2013, et 45,5 k€ en 2014.

Ils ont également amélioré les délais de facturation des séjours à l'Assurance Maladie. L'indice de facturation de l'établissement issu de la base de données Hospidiag est satisfaisant. Il s'établit à 6 en 2014, ce qui place les HCL dans les établissements les plus performants tant de leur catégorie que de leur typologie. L'amélioration constante de cet indice depuis 2012⁴², exercice au cours duquel il s'élevait à 8,6, traduit l'importance accordée par le centre hospitalier à l'organisation de la chaîne de codage et de facturation pour l'amélioration de sa trésorerie.

Enfin, le recouvrement des créances, sans être pleinement satisfaisant, a progressé. Les créances sur patients et mutuelles s'établissent à 160 jours d'exploitation en 2014 contre 176 en 2010.

⁴² Les retards de facturation issus du changement de logiciel en 2015 sont conjoncturels.

L'ensemble de ces éléments a permis aux HCL d'optimiser leur trésorerie à hauteur de 28 M€ de 2011 à 2015.

5.3.5- La couverture du besoin de financement

Le besoin de financement résiduel cumulé atteint 228,3 M€ sur la période 2010-2015. Il a été entièrement financé par l'emprunt. Les emprunts, mobilisés à hauteur de 317,1 M€, ont alimenté la trésorerie de l'établissement. Toutefois, au cours de la période examinée, celui-ci se désendette.

Tableau 53 : Impact des investissements sur la trésorerie

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul
Besoin (ou disponible) après financement des inv. et du cycle d'exploitation, dit BAFIC (ou DAFIC)	-128 856	-25 033	7 095	-45 484	-28 153	-7 870	-228 301
+ Nouveaux emprunts de l'année	90 089	30 341	22 650	57 135	45 994	70 910	317 119
Dont emprunts obligataires remboursables in fine	0	0	2 500	30 000	0	17 000	49 500
Dont autres obligations et dettes financières	90 000	30 220	20 000	27 065	45 920	53 845	267 049
Dont autres dettes et cautionnements	89	121	150	70	74	66	569
- Opérations de trésorerie sur emprunts revolving	-47 000	-2 200	0	5 700	0	62 440	18 940
= Variation de la trésorerie nette	8 233	7 508	29 745	5 951	17 841	600	69 878

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

5.4- La situation patrimoniale

5.4.1- Indication méthodologique

Les chambres régionales des comptes utilisent un outil commun d'analyse financière des établissements publics de santé, dont la démarche fondée sur les principes de l'analyse financière et de la comptabilité générale se détache de l'approche budgétaire et comptable qui prévaut dans l'instruction M21, et dans les méthodes appliquées par le logiciel IDAHO, utilisé par le réseau des comptables publics.

Tableau 54 : Le bilan fonctionnel

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
+ Apports, réserves et reports	306 210	285 287	295 297	315 509	260 181	246 850	1,0%
+ Résultat de l'exercice	-21 487	9 583	20 675	10 675	-3 534	-10 220	-179,2%
= Fonds propres	284 722	294 870	315 971	326 184	256 647	236 629	4,6%
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	27 565	26 057	24 721	46 795	65 022	88 395	19,3%
+ Provisions réglementées	49 096	49 429	49 062	46 789	37 337	37 045	-1,6%
= Fonds propres élargis	361 384	370 356	389 754	419 767	359 006	362 070	5,1%
+ Dettes financières	922 361	913 299	890 578	894 166	881 348	840 697	-1,0%
= Ressources stables (a)	1 283 745	1 283 655	1 280 333	1 313 933	1 240 354	1 202 767	0,8%
Immobilisations d'exploitation	1 261 832	1 271 171	1 246 039	1 227 682	1 203 332	1 160 265	-0,9%
+ Immobilisations financières	1 122	1 058	1 001	1 736	1 706	1 795	15,7%
+ Charges à répartir	74	66	58	50	41	188	-12,6%
= Actif immobilisé (b)	1 263 029	1 272 295	1 247 098	1 229 468	1 205 079	1 162 249	-0,9%
Fonds de roulement (a-b=c)	20 716	11 360	33 235	84 465	35 276	40 518	59,8%
en nbre de jours de charges courantes	5,4	2,9	8,5	21,3	8,4	9,6	
Besoin en fonds de roulement de gestion	158 043	171 011	159 785	193 561	150 295	141 525	7,0%

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
+ Autres créances et dettes	-42 522	-75 283	-76 068	-63 782	-53 282	-52 326	14,5%
- Provisions pour risques et charges	49 020	46 629	31 202	32 304	40 550	46 002	-13,0%
- ICNE	8 652	9 839	9 496	10 637	10 650	10 370	7,1%
= Besoin en fonds de roulement net global propre	57 849	39 260	43 019	86 838	45 813	32 826	14,5%
+ Opérations pour compte de tiers	116	1 480	2 358	3 819	-364	-31	221,0%
= Besoin en fonds de roulement net global (d)	57 965	40 741	45 377	90 657	45 449	32 795	
Trésorerie nette (c-d)	-37 249	-29 381	-12 142	-6 191	-10 173	7 722	-45,0%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	-9,6	-7,6	-3,1	-1,6	-2,4	1,8	
dont trésorerie active	226	210	231	285	617	8 280	7,9%
dont trésorerie passive tirée des fonds en dépôt	888	748	581	771	782	539	-4,6%
dont trésorerie passive tirée de financement à très court terme	36 587	28 843	11 792	5 705	10 008	19	-46,2%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

5.4.2- Les ressources stables

Les ressources stables sont composées des fonds propres élargis et des dettes financières. Elles doivent permettre de couvrir les actifs immobilisés ainsi qu'une partie du besoin de financement du cycle d'exploitation ou besoin en fonds de roulement.

De 2010 à 2015, les ressources stables diminuent de 80 M€, sous l'effet d'un désendettement, et d'un grand nombre d'écritures comptables de régularisation, imputées au compte de résultat ou sur les fonds propres, suite au processus de fiabilisation des comptes mené au cours des exercices 2014 et 2015. Les subventions d'investissement versées par l'ARS n'ont pas compensé ces pertes de ressources stables.

5.4.2.1- Les fonds propres élargis

Les fonds propres élargis sont demeurés relativement stables de 2010 à 2015, période au cours de laquelle ils passent de 361,4 M€ à 362 M€.

Leur structure évolue toutefois, au profit des subventions d'investissement perçues dont le montant s'établit à 88,4 M€ en 2015 contre 27,6 M€ en 2010. Parallèlement, les apports, réserves et reports décroissent de 60 M€ suite aux corrections d'écritures passées dans le cadre de la fiabilisation des comptes. Les provisions réglementées diminuent de 8 M€ pour les mêmes raisons.

5.4.2.2- L'endettement

Malgré un désendettement continu sur toute la période examinée, l'encours de dettes est ramené de 922,3 M€ (860,3 M€ sans le solde créditeur du compte 16441, soit 62 M€) à 840,7 M€, les dettes financières représentent toujours en 2015 plus du double (232 %) des fonds propres élargis, obérant l'indépendance financière de l'établissement.

Tableau 55 : Les indicateurs relatifs à l'endettement

Ratios utilisés pour le régime d'autorisation du recours à l'emprunt (article D.6145-70 CSP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Seuils
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	68,14%	69,19%	69,01%	66,97%	69,07%	67,22%	50%
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute)	23	15	12	11	14	9	10 ans
Dette financière rapporté au total des produits	59,89%	57,39%	55,38%	55,04%	51,32%	48,22%	30%

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

Malgré une amélioration des indicateurs d'alerte relatifs à l'endettement, et notamment de la durée apparente de la dette, qui passe de 29,6 années en 2010 à 10 ans en 2015, deux des trois seuils définis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique sont dépassés, et l'établissement reste tributaire de l'autorisation de l'ARS pour conclure tout nouvel emprunt.

Au 31 décembre 2015, 41 % de l'encours de dette des hospices civils étaient détenus par la Société de financement locale (SFIL), 16,5 % par le Crédit foncier de France et 10,3 % par la banque européenne d'investissement. 8 % de l'encours de dette relèvent du marché obligataire.

Par ailleurs, au 31 décembre 2015, les HCL détiennent 67 M€ d'emprunts obligataires remboursables in fine lui faisant courir un risque accru de liquidités de 20 M€ en 2019, 30 M€ en 2023, et 17 M€ en 2025.

5.4.3- Les emplois stables

Malgré 600 M€ d'investissements réalisés sur la période, l'actif net immobilisé des HCL décroît de 100 M€ de 2010 à 2015, suite en partie aux écritures de régularisation constatée dans le cadre de la fiabilisation des comptes : amortissement des frais d'études non suivis de travaux (7,5 M€), sorties d'actifs totalement amortis (14 M€), rattrapage des amortissements progressifs (17,8 M€), correction d'erreurs relatives aux durées d'amortissement (25,2 M€) et aux cessions d'actifs pour 10,2 M€ de valeurs nettes comptables. Mais la dépréciation de l'actif net de l'établissement s'explique aussi par la vétusté grandissante des constructions, dont la valeur nette comptable passe de 891,4 M€ à 885,8 M€ de 2010 à 2015, alors que leur valeur brute s'accroît. A l'inverse, le taux de vétusté des équipements s'améliore. Il s'établit à 76,4 % en 2015 contre 79,4 % en 2013⁴³, mais demeure à un niveau nécessitant de poursuivre l'effort de renouvellement.

Les immobilisations financières s'établissent à 1,8 M€ à fin 2015. Les HCL détiennent notamment des parts au capital de dix GIE⁴⁴ et GCS⁴⁵, dont 98 % du capital social du GCS Blanchisserie, soit 764 k€, et 50 % du capital social de six autres groupements. L'établissement n'a été en mesure de produire les comptes que de trois d'entre eux, alors même que ces entités représentent pour lui un risque financier potentiel.

⁴³ Source : tableaux de bord financiers des HCL.

⁴⁴ G.I.E. I.R.M. Nord (exploitation de deux équipements I.R.M.), G.I.E. Imagerie Sud (exploitation de deux équipements I.R.M. et scanner).

⁴⁵ G.C.S. Uniha, G.C.S. SISRA (pilote et gestion des systèmes d'information), GCS Etoile (centre de soins en hadronthérapie et programme de recherche en hadronthérapie), G.C.S. C.T.C. (banque de tissus et cellules), G.C.S. HCL Givors (activité de production logistique et médico-technique et de prestations administratives), G.C.S. L.C.U. (institut hématologique et d'oncologie pédiatrique, médecine nucléaire nord et sud, G.C.S. Angioplastie (développement de l'angioplastie et de la coronographie sur le site de Villefranche et de l'activité de rythmologie sur l'hôpital de la Croix Rousse), G.C.S. blanchisserie.

Par ailleurs, les HCL ont fait un prêt de 569 854,42 € à la SACVL remboursable en 2031.

Tableau 56 : Immobilisations financières en € au 31 décembre 2015

2613 Titres de participation aux GIE	600
2614 Titres de participation au GCS	40 501
2661 Participations aux GCS	810 600
2668 Autres	122 981
267 Créances rattachées à participations (rbst de prêt)	60 000
sous total compte 26	1 034 682
2711 Actions	49 836
2718 Autres titres	42 900
274 Prêts (SACVL)	569 854
275 Dépôts et cautionnements versés	98 220
sous total compte 27	760 810

Source : compte financier 2015

5.4.4- La formation du fonds de roulement

Bien que multiplié par deux, l'excédent des ressources stables sur les emplois immobilisés reste faible sur toute la période. Le fonds de roulement structurel⁴⁶ s'établit à 40,5 M€ au 31 décembre 2015, loin du niveau cible de 75 M€ fixé par le CREF. Au cours de la période 2010 à 2015, le fonds de roulement structurel n'a correspondu en moyenne qu'à 9 jours de charges courantes, ce qui est très insuffisant pour assurer la sécurité de trésorerie de l'établissement. Toutefois, si l'on réintègre les provisions pour risques et charges (46 M€) et les créances de l'article 58 (6,6 M€) dans le calcul du fonds de roulement, celui-ci atteint 93 M€ en 2015. Il dépasse, de ce fait, le niveau cible de 75 M€ fixé par le CREF.

5.4.1- La formation de la trésorerie

La contraction du besoin en fonds de roulement, portée par celle du besoin en fonds de roulement de gestion qui passe de 158 M€ en 2010 à 141,5 M€ en 2015, permet à l'établissement de bénéficier d'une trésorerie active de 7,7 M€ à fin 2015, soit à peine l'équivalent de deux jours de charges courantes. Si depuis septembre 2013, les HCL ne font plus partie des établissements sous surveillance du comité régional de suivi et de veille de la trésorerie, l'insuffisance structurelle du fonds de roulement conduit le centre hospitalier à recourir à des lignes de trésorerie dont il a significativement relevé les droits de tirage à compter de 2015 à hauteur de 90 M€. Après avoir développé ses relations avec les partenaires bancaires, notamment étrangers, et adhéré au GCS CHU France Finance pour la désintermédiation de sa dette, l'établissement entend désormais émettre des billets de trésorerie. Les HCL estiment disposer « *désormais d'un niveau de couverture suffisant pour à la fois, répondre aux besoins de trésorerie en arbitrariant les tirages en fonction des coûts d'opportunités de chaque instrument, et, sécuriser les opérations futures d'émission de billets de trésorerie sur les marchés financiers par des lignes de back up* ».

⁴⁶ Il s'agit ici du Fonds de roulement tel quel calculé par ANAFI qui contrairement à IDAHO n'intègre dans le calcul du fonds de roulement que les provisions réglementées considérant que les provisions pour risques et charges ne constituent pas, par nature des ressources stables.

Tableau 57 : Contrats de recours à une ligne de trésorerie

Établissement	Période	Montant maximum	Indice	Commission de non utilisation
Landesbank saar	du 23/04/2015 au 22/04/2016	15 M€	Eonia + 0,90%	0,075% sur le montant non utilisé de l'ouverture de crédit
Banque postale	du 29 janvier 2016	40 M€	Eonia + 0,91%	en fonction du taux de non utilisation allant de 0,05% à 0,20%
Crédit agricole	du 6/11/2015 au 04/11/2016	16 M€	Euribor 3 mois moyenne + 1,10%	0,10% sur le montant disponible du crédit pour chaque jour
Caisse d'épargne	du 23/07/2015 au 22/07/2016	10 M€	Eonia + 0,90%	0,15% de la différence entre montant ligne et encours moyen des tirages de la période
ARKEA	du 04/05/2015 au 04/05/2016	10 M€	T13M (moyenne mensuelle des euribor 3 mois)	

Tableau 58 : Montants tirés et Intérêts réglés sur lignes de trésorerie en €

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
51931	571 400	580 260	362 588	121 635	152 620	184 615
51932	135 000		257 055	728 185	892 815	779 375
Total des tirages annuels	706 400	580 260	619 643	849 820	1 045 435	963 990
6615	194,3	478,6	330,8	152,8	164,2	231,3
5198	17,1	83,4	140,7	62,3	8,2	19,2
Sous total	211,4	562,0	471,5	214,1	172,4	250,5
Taux d'intérêt apparent	0,02%	0,09%	0,07%	0,02%	0,01%	0,02%

Source : comptes financiers et calcul CRC

5.5- Le programme général de financement pluriannuel 2016-2025 (PGFP)

Le PGFP 2016-2025, transmis le 28 juillet 2015 à l'ARS dans le cadre du dialogue de gestion engagé pour la révision du CREF initial, a été approuvé le 26 juillet 2016.

5.5.1- La marge brute : les hypothèses d'évolution des charges et des produits

L'objectif est d'atteindre un taux de marge brute de 7 % en 2019 et 8 % en 2021, ce qui correspond à une progression constante de l'ordre de 0,5 % du taux de marge brute « CREF », c'est-à-dire hors aides et corrigée des recettes « LAMDA », soit 10 M€ par an. Pour parvenir à ces taux cibles, les HCL porteront leurs efforts à 60 % sur la réduction des charges et notamment de la masse salariale, et à 40 % sur l'accroissement des produits par le développement d'activités nouvelles.

Les hypothèses d'évolution des charges et des produits prennent en compte notamment les axes du plan triennal ONDAM 2015-2017⁴⁷ (baisse des tarifs et des dotations, nouvelles modalités de financement des activités de SSR et des soins et prestations non pris en charge par l'assurance maladie, augmentation des charges de personnel en lien avec les mesures salariales et statutaires prises au plan national, augmentation du *numerus clausus*).

⁴⁷ Le PLFSS 2016 prévoit une progression de l'Ondam à 1,75 %, alors que le tendancier des dépenses de soins progressera la même année de 3,6 %.

5.5.1.1- *Les hypothèses d'évolution des charges*

Évolution de la masse salariale

L'évolution de la masse salariale induite par les contraintes extérieures et le GVT (le GVT reste positif malgré le renouvellement de la pyramide des âges) a été estimée à + 2,5 % en 2016 et 2017 et + 1,6 % pour les exercices 2018 et suivants. Pour ne pas dépasser le taux de croissance annuel de 1,5 % sur lequel ils se sont engagés, les HCL vont poursuivre la réduction de leurs effectifs par les actions suivantes :

- ♦ développement de la chirurgie ambulatoire et fermetures de 100 lits de chirurgie : gain de 100 ETP ;
- ♦ optimisation des consultations : gain 120 ETP ;
- ♦ suppression du groupement de gériatrie : gain de 15 ETP ;
- ♦ fermeture de l'UCPA de Lyon sud : gain de 30 ETP ;
- ♦ concentration des blocs opératoires actuellement dispersés sur le site de HEH : gain de 100 ETP ;
- ♦ suppression vacations médicales, déplacements d'astreintes, maîtrise CET, mesures de gestion.

Le respect d'un taux de croissance de 1,5 % annuel ne peut être tenu que par des réductions d'effectifs qui ne sont pas reproductibles à l'infini.

Évolution des autres charges

Pour les autres charges, le taux d'évolution attendu est de 2,5 % en 2017 et de 2 % à compter de 2018, hors médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantés, ce qui apparaît cohérent avec l'évolution constatée entre 2010 et 2015 (les achats, nets des produits des rétrocessions et des facturations en sus, ont évolué en variation annuelle moyenne de 1,3 %).

5.5.1.2- *Les hypothèses d'évolution des produits*

L'évolution attendue des produits de l'activité hospitalière (T2A) est de 1 % sur toute la période du PGFP, baisses de tarifs comprises, alors que l'objectif cible d'évolution des recettes T2A est de 1,7 % par an.

Les HCL tablent sur une baisse des tarifs T2A de 1 % en 2016 et 2017, puis de 0,5 % à compter de 2018 et une évolution de l'activité en volume de 2 % en 2016 et 2017, et de 1,5 % à compter de 2018. Cette évolution de l'activité en volume apparaît cohérente avec celle observée au cours de la période 2010 à 2015, soit une progression de 1,9 % en variation annuelle moyenne (nombre de RSS). Toutefois, elle n'est pas suffisante, étant donné les baisses de tarifs, pour atteindre l'objectif cible.

C'est pourquoi les HCL attendent des recettes supplémentaires d'activité nouvelles présentant un taux de marge supérieur à 35 % dont ils incitent l'émergence en interne par le biais d'appel à projets.

Les gains issus de l'amélioration de la productivité médicale (initialement estimés à 14,2 M€ de 2015 à 2019) n'ont pas été retenus dans les hypothèses du PGFP.

Le développement de projets de coopération médicale est également privilégié et des propositions à l'ARS ont été faites dans ce sens (3 M€).

Par ailleurs, les HCL entendent développer des recettes complémentaires en mutualisant des équipements logistiques (solution informatique Easily du dossier patient informatisé, plateforme de gestion des approvisionnements de matériels non médicaux, laboratoire de biologie...) qu'ils ont estimées à 5,3 M€ de 2015 à 2017, en développant des prestations de confort à destination des patients en chambre particulière (4 M€ de 2015 à 2017), en optimisant la fiscalité (1,3 M€), en révisant les conventions d'occupation du domaine public (restauration, supermarchés, services au sein des bâtiments hospitaliers ... 5 M€).

En ce qui concerne les dotations, les HCL entendent en compléter le montant de 4,8 M€ suite à la « remodelisation de quelques missions d'intérêt général », notamment en matière de recherche sur les maladies rares.

5.5.2- Le tableau de financement prévisionnel

Tableau 59 : Perspectives du RGFP 2016-2015

En k€	Exécution 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Cumul
Marge brute d'exploitation	124 046	122 192	123 830	129 048	134 162	142 388	150 872	157 705	165 607	166 638	175 201	1 467 643
Taux de marge brute	7,80%	7,12%	7,13%	7,35%	7,57%	7,92%	8,27%	8,54%	8,85%	9,00%	9,00%	0
Marge brute d'exploitation hors aides financières	107 046	110 192	115 830	125 048	134 162	142 388	150 872	157 705	165 607	166 638	175 201	1 443 643
Taux de marge brute hors aides financières	6,8%	6,42%	6,67%	7,13%	7,57%	7,92%	8,27%	8,54%	8,85%	9,00%	0	0
+ Produits financiers		439	439	439	439	439	439	439	439	439	439	4 388
- Charges financières	29 236	29 654	27 937	28 074	27 428	26 260	26 001	25 705	24 840	23 712	22 747	262 359
+ Produits exceptionnels	34 666	32 858	31 883	31 883	31 883	31 884	31 885	31 886	31 887	31 888	31 889	319 822
- Charges exceptionnelles	40 133	41 173	40 647	40 650	40 654	40 769	40 781	40 792	40 804	40 816	40 829	407 916
= Capacité d'autofinancement brute	89 344	84 662	87 568	92 644	98 401	107 682	116 414	123 532	132 288	134 436	143 952	1 121 579
- Remboursement annuité en capital de la dette	111 717	44 559	46 132	46 945	68 023	44 639	45 445	46 961	77 626	50 333	67 906	538 569
= Capacité d'autofinancement nette	-22 373	40 103	41 436	45 700	30 378	63 042	70 969	76 570	54 662	84 103	76 046	583 010
+ Dotations et subventions reçues	25 181	50 188	29 347	21 250	24 000	17 300	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	193 585
+ Produits de cessions	10 436	12 074	13 515	23 900	9 994	3 150	3 150	14 150	3 150	3 150	3 150	89 378
= Financement propre disponible	13 244	102 365	84 297	90 849	64 372	83 492	84 419	101 020	68 112	97 552	89 496	865 973
		71%	62%	78%	65%	70%	70%	84%	57%	81%	75%	0
- Dépenses d'équipement	90 653	143 526	134 905	116 680	98 415	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	1 213 527
dont opérations majeures		76 581	81 530	70 065	40 779	68 141	60 574	57 574	57 574	57 574	57 574	627 967
dont opérations courantes		66 945	53 376	46 615	57 636	51 859	59 426	62 426	62 426	62 426	62 426	585 560
= Besoin de financement	-77 409	-41 162	-50 608	-25 830	-34 044	-36 508	-35 581	-18 980	-51 888	-22 448	-30 504	-347 554
+ Nouveau emprunts	70 910	30 000	50 000	20 000	30 000	35 000	35 000	20 000	50 000	25 000	30 000	325 000
= Mobilisation (-) ou reconstitution (+) du FR	-6 498	-11 162	-608	-5 830	-4 044	-1 508	-581	1 020	-1 888	2 552	-504	-22 554

Les HCL ont programmé 1 213,5 M€ de dépenses d'équipement au cours de la période 2016-2025. En plus des deux opérations majeures que sont la modernisation d'HEH et la mise en sécurité de l'hôpital Louis Pradel, une vingtaine d'autres opérations « majeures » ont été programmées. Elles sont listées en annexe du CREF. Leur coût prévisionnel total s'établit à 158,5 M€. Il s'agit notamment de la construction d'un bâtiment de 120 lits sur le site de l'hôpital gériatrique Pierre Garraud pour accueillir les activités de long et moyen séjour de l'hôpital Antoine Charial (15 M€), la relocalisation de l'hôpital Henri Gabriel sur le site de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes (30 M€), la rénovation des blocs opératoires de l'hôpital Lyon sud (40 M€), la poursuite de la réorganisation de la biologie (12 M€), la construction d'un bâtiment pour relocaliser les activités du pôle de médecine (13,2 M€)... Ainsi, outre les opérations de rénovation indispensables, l'établissement poursuit ces efforts de restructuration dans le but de contenir la progression de ses charges.

Toutefois, aucune donnée concernant la deuxième tranche du projet de modernisation d'HEH n'a été intégrée au PGFP, alors qu'elle est programmée dès 2019. Par ailleurs, si le taux prévisionnel de renouvellement des immobilisations apparaît satisfaisant pour un établissement de la taille des HCL, il convient de relever que ce taux diminue au fil des exercices.

Tableau 60 : Effort d'investissement et taux de renouvellement des immobilisations

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Moy.
Effort d'investissement (en % des produits courants)	8,4%	7,8%	6,7%	5,6%	6,7%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,2%	6,7%
Taux de renouvellement des immobilisations	5,9%	5,3%	4,4%	3,6%	4,2%	4,0%	3,9%	3,7%	3,6%	3,5%	4,2%

Source : HCL – PGFP

Selon le PGFP, ce programme d'investissement sera financé à 70 % par le financement propre disponible de l'établissement. Ce niveau satisfaisant est conforté par le renforcement de l'autofinancement qui devrait en constituer désormais la principale composante. À compter de 2020, la CAF nette devrait couvrir les opérations courantes⁴⁸ et 20 % des opérations majeures. Celles-ci bénéficieront de subventions. La première tranche de la modernisation d'HEH, évaluée à 120 M€, est financée pour 40 M€ par l'État et pour 40 M€ par les collectivités locales. Débutée en 2014, elle devrait s'achever en 2018. La mise en sécurité de l'Hôpital Louis Pradel, estimée à 77,5 M€ est subventionnée par l'État à hauteur de 55 M€. Les opérations d'investissement majeures définies au CREF bénéficieront d'une aide de 40 M€ au cours de la période 2016-2019, soit la moitié des dépenses programmées au cours de cette période. Les HCL prévoient encore de nombreuses cessions d'actifs pour financer leurs investissements. Toutefois, leur produit, estimé à 89,4 M€, ne représente plus que 10,3 % du financement propre cumulé, contre 44 % au cours de la période 2010-2015. Les actifs à céder sont individualisés jusqu'en 2019. Abonderont notamment les ressources d'investissement : la cession des hôpitaux Antoine Charial et Henri Gabriel, les bâtiments de l'ancienne blanchisserie, la forêt des bois de Breteuil.

L'importance du financement propre disponible doit permettre à l'établissement de poursuivre sa trajectoire de désendettement. La contraction des frais financiers qui s'en suit permet de conforter les hypothèses d'évolution favorable de l'autofinancement.

Le besoin de financement cumulé qui s'établit à 347,5 M€ est couvert par le recours à l'emprunt à hauteur de 325 M€ et par la mobilisation du fonds de roulement à hauteur de 22,5 M€. Ces données préjugent des autorisations d'emprunter accordées par l'ARS à compter de 2019.

⁴⁸ Les opérations d'investissement courantes comprennent, outre les travaux de renouvellement, les acquisitions d'équipements et la mise en œuvre du schéma directeur du système d'information.

5.5.3- La situation patrimoniale prévisionnelle

Au terme du PGFP, l'encours de dettes devrait s'établir à 627 M€ et la capacité de désendettement des HCL à 4,4 ans contre respectivement 840,7 M€ et 10 ans en 2015. « *Le programme d'emprunt comprend une quote-part annuelle d'environ 15 M€/an d'émission obligataire à remboursement in fine réalisée via le GCS CHU de France Financement* ».

Tableau 61 : Capacité de désendettement prévisionnelle

En k€	Exécution 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Annuité de la dette	140 953	74 212	74 069	75 019	95 451	70 899	71 446	72 666	102 466	74 045	90 653
Frais financiers/Marge brute en %		24,3%	22,6%	21,8%	20,4%	18,4%	17,2%	16,3%	15,0%	14,2%	13,0%
Frais financiers/Marge brute hors aides financières en %		26,9%	24,1%	22,5%	20,4%	18,4%	17,2%	16,3%	15,0%	14,2%	13,0%
Désendettement	-40 807	-14 559	3 868	-26 945	-38 023	-9 639	-10 445	-26 961	-27 626	-25 333	-37 906
Encours de dette	840 697	826 138	830 006	803 061	765 038	755 399	744 954	717 993	690 367	665 034	627 128
Capacité de désendettement en années	9,4	9,8	9,5	8,7	7,8	7,0	6,4	5,8	5,2	4,9	4,4

Source : PGFP

Les prévisions du PGFP permettent aux HCL de maintenir un niveau de fonds de roulement proche du niveau cible de 70 M€ fixé par le CREF, équivalent à 15 jours de charges courantes. Cependant, ce niveau est insuffisant pour couvrir le besoin en fonds de roulement, et maintient la nécessité, pour les HCL, de recourir aux crédits à court terme.

Tableau 62 : Fonds de roulement et trésorerie prévisionnels

En k€	Exécution 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fonds de roulement		92 008	80 704	80 096	74 265	70 221	68 713	68 132	69 152	67 263	69 816
Besoin en fonds de roulement		101 521	101 521	101 521	101 521	101 521	101 521	101 521	101 521	101 521	101 521
Trésorerie		-9 512	-20 817	-21 425	-27 256	-31 300	-32 808	-33 389	-32 369	-34 258	-31 705

Source : PGFP

5.6- Conclusion sur la situation financière

A la suite des efforts menés dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre successifs, la situation financière des HCL s'est améliorée, mais présente toujours des fragilités bilanciellles. Alors qu'au cours des exercices précédents l'établissement peinait à dégager un niveau de marge brute propre à assurer son indépendance financière, il présentait, fin 2015, un taux de marge brute de 7,8 % (6,6 % retraité des aides) et dépasse ainsi le niveau cible fixé par le CREF.

La capacité d'autofinancement a plus que doublé sur la période pour s'établir à 5,6 % du produit total en 2015, grâce notamment à la progression de l'activité valorisée conjuguée à une évolution maîtrisée des charges de personnel.

Toutefois, le remboursement de l'annuité en capital de la dette mobilise plus des deux tiers de l'autofinancement. La CAF nette n'a ainsi été, en cumul sur la période, que de 131,5 M€ alors que les HCL ont réalisé 607 M€ d'investissement couverts en partie par des subventions d'investissement (60 M€) et les produits de cessions d'actifs (156 M€). Ces sources de financement ont permis d'atténuer la faiblesse de l'autofinancement net et d'atteindre un financement propre disponible de 351 M€ sur la période 2010-2015, couvrant 58 % des dépenses d'équipement cumulées. La soutenabilité de la politique d'investissement menée par les HCL apparaît donc fragile au regard de la nature du financement propre disponible.

Parallèlement, les HCL ont cherché à minorer leur besoin de financement et donc leur recours à l'emprunt en actionnant divers leviers (allongement des délais de règlement des fournisseurs, amélioration des délais de facturation et du recouvrement des créances).

Les emprunts ont été mobilisés à hauteur de 317,1 M€, excédant ainsi le besoin de financement résiduel cumulé (228,3 M€ sur la période) et alimentant de ce fait la trésorerie de l'établissement.

Malgré un désendettement continu sur toute la période examinée (avec un encours de dettes ramené à 840,7 M€ en 2015 contre 922,3 M€ en 2010 et une durée apparente de la dette passant de 29,6 ans à 10 ans), les dettes financières représentent toujours en 2015 plus du double (232 %) des fonds propres élargis, obérant l'indépendance financière de l'établissement. Deux des trois seuils définis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique sont dépassés, et l'établissement reste tributaire de l'autorisation de l'ARS pour conclure tout nouvel emprunt.

De surcroît, l'insuffisance structurelle du fonds de roulement conduit le centre hospitalier à recourir de façon constante à des lignes de trésorerie dont les tirages annuels ont présenté un montant annuel moyen de 8 M€.

Le plan global de financement pluriannuel 2016-2025, approuvé par l'ARS en juillet 2015 dans le cadre de la révision du CREF, vise un taux de marge brute hors aides de 7 % en 2019 et 8 % en 2021 et fait reposer la poursuite du retour à l'équilibre à 60 % sur la réduction des charges notamment salariales et à 40 % sur l'accroissement des produits par le développement d'activités nouvelles. Les HCL ont programmé dans ce cadre 1 213,5 M€ de dépenses d'équipement au cours de cette période et ambitionnent de financer ce programme d'investissement à 70 % par le financement propre disponible de l'établissement fondé sur une hausse de la CAF nette et la poursuite des cessions d'actifs.

6- LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines est assurée, d'une part, par la direction du personnel et des affaires sociales (DPAS), responsable de la gestion de l'ensemble des personnels non médicaux, soit environ 18 000 personnes. La DPAS est organisée de façon déconcentrée, chaque groupement disposant d'une direction locale du personnel qui a notamment une mission de gestion opérationnelle des recrutements, des temps de travail des agents, congés et absences, ou encore des relations avec des partenaires sociaux dans le cadre des instances de consultation locales. D'autre part, la gestion du personnel médical est assurée par la direction des affaires médicales (DAM). La DAM est, elle, centralisée, pour la gestion tant des procédures de recrutement, des carrières, de la paie et de l'organisation médicale.

Le contrôle de la gestion des ressources humaines par les HCL a porté :

- ♦ concernant le personnel non médical, sur :
 - le suivi des précédentes recommandations ;
 - l'évolution des effectifs et les conditions de recours aux agents contractuels ;
 - la gestion des heures supplémentaires ;
- ♦ concernant le personnel médical, sur :
 - l'évolution des effectifs et les conditions de recrutement des praticiens ;
 - la gestion du temps médical ;
 - le contrôle de l'activité libérale et des autres activités annexes des praticiens.

6.1- Le suivi des précédentes recommandations de la chambre

Dans son précédent rapport de 2010, la chambre avait relevé l'existence de primes et de rémunérations irrégulières d'un montant annuel de 5,33 M€, qui ont été supprimées ou mises en extinction progressivement.

Pour autant, des heures supplémentaires de nuit, qui constituaient la majorité des paiements relevés (3,3 M€ par an), continuent à être versées de manière irrégulière aux agents qui les percevaient antérieurement au dernier contrôle de la chambre, avec un système d'extinction progressive. À chaque hausse de rémunération d'un agent est associée une baisse du montant versé au titre de ces heures supplémentaires. Les nouveaux « entrants », dont l'arrivée est postérieure au rapport d'observations définitives de la chambre, ne bénéficient pas de cette prime.

Le nombre d'agents concernés est ainsi passé de 1 136 début 2012 à 176 en juillet 2016. Les versements correspondants étaient de 301 508 € en 2015.

6.2- La gestion du personnel non médical

Toutes catégories confondues, les dépenses de personnel ont été relativement maîtrisées entre 2010 et 2015 (+ 3,3 %), du fait de la baisse des effectifs.

L'évolution des dépenses s'explique par des contraintes externes qui ont pesé sur l'ensemble des établissements de santé (glissement vieillesse-technicité, revalorisation des agents de la catégorie C, ...).

Tableau 63 : Évolution des charges de personnel non médical (budgets consolidés)

en €	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variation
Personnel titulaire et stagiaire	429 882 992	422 339 934	419 671 664	420 212 675	421 479 329	420 114 202	-2,3%
+ Personnel en CDI	12 368 067	13 499 868	15 065 789	16 371 549	17 462 366	18 408 460	48,8%
+ Personnel en CDD	33 960 133	36 622 367	41 417 999	40 526 854	43 499 511	45 879 526	35,1%
+ Contrats aidés et apprentis	230 213	176 955	304 193	198 359	166 737	168 379	-26,9%
- Atténuations de charges	497 407	453 674	441 821	617 100	602 096	596 805	20,0%
= Rémunérations du personnel non médical (a)	475 943 998	472 185 449	476 017 824	476 692 337	482 005 847	483 973 761	1,7%
en % des rémunérations totales	76,0%	75,6%	75,9%	75,1%	74,8%	74,8%	
Praticiens hospitaliers	69 250 325	70 277 994	70 483 428	73 179 656	73 099 314	73 715 813	6,4%
+ Praticiens hospitaliers contractuels	26 925 880	27 110 386	26 827 327	26 753 957	27 519 325	27 877 648	3,5%
+ Internes et étudiants	33 693 770	33 943 459	34 118 210	36 484 860	39 318 005	40 341 651	19,7%
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	21 030 937	20 988 752	20 342 274	21 984 518	22 387 261	21 617 461	2,8%
- Atténuations de charges	278 211	271 794	217 567	590 563	256 733	199 083	-28,4%
= Rémunérations du personnel médical (b)	150 622 701	152 048 797	151 553 672	157 812 428	162 067 172	163 353 490	8,5%
en % des rémunérations totales	24,0%	24,4%	24,1%	24,9%	25,2%	25,2%	
Rémunérations du personnel (a+b)	626 566 700	624 234 246	627 571 496	634 504 765	644 073 019	647 327 251	3,3%
en % du produit total	44,5%	43,9%	44,4%	43,6%	41,8%		

en €	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variation
(CDD + contrats aidés) / Rémunérations du PNM	7,2%	7,8%	8,8%	8,5%	9,1%	9,5%	
(PH contractuels + internes) / Rémunérations PM	40,2%	40,2%	40,2%	40,1%	41,2%	41,8%	
Autres rémunérations / Rémunérations PM	14,0%	13,8%	13,4%	13,9%	13,8%	13,2%	

Source : comptes financiers.

6.2.1- Une baisse des effectifs

Entre 2010 et 2015, près de 540 ETP (- 3,13 %) ont été supprimés. Les gains d'effectifs ont concerné les agents titulaires et stagiaires (- 1 113 ETP), alors que le nombre d'agents en contrat à durée indéterminée (CDI) et déterminée (CDD) ont respectivement augmenté de + 128 ETP et + 451 ETP.

Ce phénomène, commun à de nombreux établissements en situation de retour à l'équilibre financier, est particulièrement prégnant aux HCL.

Cette diminution des effectifs, intervenue dans un contexte de hausse de l'activité de 10 %, a été rendue possible grâce à une réflexion sur les effectifs cibles – hors activités normées – entreprise dès 2008.

Cependant, les effectifs cibles ne sont suivis qu'au travers des enveloppes budgétaires, dans la mesure où le système d'information (GESTOR) actuellement en place ne permet aucune analyse des écarts entre les effectifs cibles et les effectifs pourvus. Cela peut expliquer le recours accru à des agents contractuels.

En proportion, les catégories de personnel les plus touchées par les baisses d'effectifs ont été les personnels techniques (- 3,7 %), soignants (- 2,9 %) et administratifs (- 1,9 %).

Tableau 64 : Évolution des effectifs rémunérés par filière

En ETP moyens sur l'année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol. ETP	Evol.
Personnel administratif	1 907,28	1 863,80	1 825,31	1 805,78	1 796,40	1 760,58	- 146,71	-7,69%
Personnel soignant	9 850,62	9 630,68	9 481,05	9 436,75	9 342,29	9 186,07	- 664,55	-6,75%
Personnel socio-éducatif	131,10	119,05	122,62	126,04	128,55	122,09	-9,01	-6,88%
Personnel médicotechnique	1 158,09	1 127,57	1 107,46	1 089,53	1 066,30	1 059,85	-98,24	-8,48%
Personnel technique	2 179,41	2 102,52	2 045,39	1 989,66	1 955,34	1 984,65	- 194,76	-8,94%
Total titulaires et stagiaires	15 226,50	14 843,62	14 581,82	14 447,76	14 288,88	14 113,23	-1 113,28	-7,31%
Personnel administratif	68,71	78,22	86,43	91,76	101,98	109,91	41,20	59,97%
Personnel soignant	71,63	72,57	85,64	95,30	92,34	88,16	16,54	23,09%
Personnel socio-éducatif	4,38	4,14	3,91	3,96	3,30	2,28	-2,10	-48,01%
Personnel médicotechnique	10,47	9,88	11,06	9,58	11,03	13,21	2,74	26,20%
Personnel technique	164,44	185,97	204,54	217,14	222,15	234,47	70,03	42,59%
Total CDI	319,61	350,78	391,59	417,74	430,79	448,03	128,42	40,18%
Personnel administratif	166,03	151,08	179,42	187,64	203,50	217,66	51,63	31,10%
Personnel soignant	927,98	990,39	1 143,64	1 040,76	1 100,17	1 197,01	269,04	28,99%
Personnel socio-éducatif	8,11	11,55	12,83	10,84	12,38	20,91	12,81	157,97%
Personnel médicotechnique	109,83	131,07	135,13	165,57	188,68	197,03	87,20	79,39%
Personnel technique	457,43	483,57	474,30	498,89	520,61	487,81	30,38	6,64%
Total CDD	1 669,37	1 767,65	1 945,31	1 903,69	2 025,33	2 120,42	451,05	27,02%

En ETP moyens sur l'année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol. ETP	Evol.
Contrats soumis à dispositions particulières	15,28	10,46	20,98	11,71	9,68	9,10	-6,17	-40,42%
TOTAL PNM	17 230,76	16 972,51	16 939,70	16 780,91	16 754,68	16 690,78	- 539,98	-3,13%
<i>Total personnel administratif</i>	<i>2 142,02</i>	<i>2 093,11</i>	<i>2 091,16</i>	<i>2 085,17</i>	<i>2 101,88</i>	<i>2 088,15</i>	<i>-53,87</i>	<i>-1,87%</i>
<i>Total personnel soignant</i>	<i>10 850,22</i>	<i>10 693,64</i>	<i>10 710,33</i>	<i>10 572,81</i>	<i>10 534,79</i>	<i>10 471,25</i>	<i>- 378,98</i>	<i>-2,91%</i>
<i>Total personnel socio-éducatif</i>	<i>143,58</i>	<i>134,73</i>	<i>139,35</i>	<i>140,84</i>	<i>144,23</i>	<i>145,27</i>	<i>1,69</i>	<i>0,45%</i>
<i>Total personnel médicotechnique</i>	<i>1 278,38</i>	<i>1 268,51</i>	<i>1 253,65</i>	<i>1 264,68</i>	<i>1 266,01</i>	<i>1 270,08</i>	<i>-8,30</i>	<i>-0,97%</i>
<i>Total personnel technique</i>	<i>2 801,27</i>	<i>2 772,06</i>	<i>2 724,23</i>	<i>2 705,70</i>	<i>2 698,09</i>	<i>2 706,93</i>	<i>-94,34</i>	<i>-3,68%</i>

Source : Hospices civils de Lyon.

6.2.2- Le recours accru aux agents contractuels et la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la précarisation de l'emploi public

Le nombre d'agents en CDD n'ayant cessé de croître sur la période sous revue, la chambre a analysé la question de leur intégration statutaire.

Tableau 65 : Évolution de la proportion de chaque type de contrat

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% titulaires et stagiaires	88,37%	87,46%	86,08%	86,10%	85,28%	84,56%
% CDI	1,85%	2,07%	2,31%	2,49%	2,57%	2,68%
% CDD	9,69%	10,41%	11,48%	11,34%	12,09%	12,70%

Source : CRC à partir des données HCL.

La loi du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels, et plus particulièrement son article 25, ouvrait le bénéfice de l'accès à la fonction publique, pendant une période de quatre ans à compter de la date de publication de la loi, soit jusqu'au 31 mars 2016, « *par la voie de modes de recrutement réservés valorisant les acquis professionnels* ». Les agents en CDD concernés doivent avoir une durée de services publics effectifs au moins égale à quatre années en équivalent temps plein (article 26). Aucune ancienneté n'est en revanche requise pour les agents en CDI.

Une instruction de la DGOS du 28 novembre 2013 a posé le principe d'un suivi régulier de la mise en œuvre de la loi du 12 mars 2012 et oblige les établissements à effectuer un bilan annuel, présenté devant le comité technique d'établissement (article I.3.3).

La loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, prolonge le dispositif jusqu'au 12 mars 2018.

Le nombre d'ETP d'agents en CDD est passé de 1 669 en 2010 à 2 120 en 2015 (+ 27 %). Les HCL tiennent des statistiques présentées en comité technique d'établissement, sur les mises en stage, qui interviendraient selon les données communiquées le plus souvent entre 18 et 24 mois après la signature du premier CDD.

Tableau 66 : Nombre de mises en stage

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'agents en CDD depuis plus de 2 ans	453	478	476	535	556	600
Nombre de mises en stage	679	707	750	629	615	507

Source : HCL.

Cependant, la chambre a constaté que la hausse des effectifs de contractuels cache des recours aux CDD non justifiés.

6.2.3- Des recours aux CDD non justifiés

6.2.3.1- La réglementation en matière de recours aux CDD

L'article 3 du titre 1^{er} de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose que « *sauf dérogation prévue par une disposition législative 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* ».

L'article 9 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière déroge à l'article 3 précité et pose le principe selon lequel des emplois permanents peuvent être occupés par des agents contractuels « *lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient* ».

Les établissements publics de santé peuvent par conséquent recourir à des agents contractuels dans les cas présentés ci-dessous.

Tableau 67 : Modalités de recours aux agents contractuels

Type de besoin	Référence	Possibilité de recrutement
Emplois à temps non complet d'une durée inférieure au mi-temps et correspondant à un besoin permanent.	Art. 9 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.	-CDD 3 ans renouvelable une fois dans la limite de 6 ans. Au-delà de 6 ans, passage en CDI automatique. -CDI.
Remplacement momentané de fonctionnaires ou d'agents contractuels autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel ou indisponibles.	I de l'art. 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.	CDD renouvelable dans la limite de la durée de l'absence de l'agent à remplacer.
Vacance temporaire d'emploi dans l'attente du recrutement d'un fonctionnaire.	II de l'art. 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.	CDD ne pouvant excéder 1 an. Deux ans maximum si la communication requise à l'article 36 a été effectuée et que le fonctionnaire n'a pu être recruté.
Accroissement temporaire d'activité, ne pouvant être assuré par des fonctionnaires.	III de l'art. 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.	CDD de 12 mois maximum sur une période de 18 mois consécutifs.

Source : CRC

6.2.3.2- Les anomalies relevées

L'analyse des dossiers individuels et l'exploitation de l'application de suivi du personnel (ARHPEGE) ont permis de faire ressortir un certain nombre d'anomalies. Les motifs de recours au CDD sont parfois opaques, et la justification des CDD de remplacement difficile à vérifier. Par ailleurs, les modalités de renouvellement de ces contrats, quelques jours seulement avant le début du nouveau contrat, voire postérieurement, placent certains agents en situation de forte précarité.

Il ressort de ces éléments que la maîtrise de la masse salariale s'est en partie faite par un recours non justifié voire abusif aux CDD, mais également une précarisation des agents concernés, dont certains ont enchaîné jusqu'à 39 CDD au cours de la période sous revue.

Les échanges avec la DPAS ont permis de constater que celle-ci découvrait ces situations, qui résultent de l'autonomie des directions locales dans la mise en œuvre des directives en termes de recrutement, de renouvellement et de mise en stage, et manifestement d'une défaillance du contrôle interne en la matière. Le contrôle principal et quasi unique de la direction centrale se résume à un contrôle du respect de l'enveloppe budgétaire par les groupements.

La chambre recommande à l'établissement de mettre en place des contrôles de la direction centrale sur la mise en œuvre de la politique de gestion du personnel non médical par les groupements, qui ne se limitent pas à un suivi des enveloppes budgétaires. La chambre appelle par ailleurs à davantage de rigueur dans la rédaction des contrats et dans le recours aux agents en CDD, qui n'apparaît pas toujours justifié.

6.2.4- La gestion des heures supplémentaires

6.2.4.1- Un stock en hausse

Le stock d'heures supplémentaires a progressé de 5,27 % entre 2011 et 2015, tout comme leur paiement (+ 8,78 %) et celui des astreintes (+ 10,21 %). En 2015, ils ont représenté un montant de 4,67 M€.

Sur la base de la valorisation la moins élevée de ces heures supplémentaires (12,10 € de l'heure), le stock au 31 décembre 2015 peut être valorisé à 14,36 M€, hors charges. La DPAS l'explique comme étant la conséquence et l'héritage de la mise en place des 35 heures. Le directeur général alors en fonctions a admis que la résorption du stock d'heures supplémentaires était une de ses préoccupations majeures.

Tableau 68 : Volume d'heures supplémentaires et valorisation

Montant en €	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol
Heures supplémentaires non encore récupérées et non encore payées	ND	1 127 261	1 160 282	1 199 170	1 152 581	1 186 697	5,27%
Nombre d'heures sup. rémunérées	139 663	180 524	153 411	240 250	142 893	151 928	8,78%
Nombre d'heures d'astreintes rémunérées	59 281	56 648	57 682	61 124	64 063	65 333	10,21%
Montant brut représenté (heures sup. + astreintes)	4 456 985	5 347 574	4 795 787	4 573 695	4 552 460	4 765 368	6,92%
Nombre moyen d'heures sup. par agent	ND	ND	69,06	67,02	64,73	67,79	-1,84%
Dépenses d'intérim	ND	1 856 002	1 348 577	782 436	658 167	859 205	-53,71%
Taux d'absentéisme pour motif médical et non médical	ND	ND	7,84%	7,82%	8%	ND	

Source : bilans sociaux et HCL.

Les fonctions d'infirmières, d'aides-soignantes et d'assistants médico-administratifs représentent à elles-seules 60 % du stock, en progression de 16 %, contre + 5 % pour l'ensemble du personnel. La direction explique cette progression par l'absentéisme du personnel et un recours moindre à l'intérim.

Tableau 69 : Les trois métiers les plus sujets aux heures supplémentaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol
Infirmier + infirmier spécialisé	377 126	396 990	396 124	397 556	399 393	417 006	10,57%
Aide-soignant	177 806	182 750	192 309	199 346	202 290	211 759	19,10%
Assistant médico-administratif	45 269	58 985	63 183	71 387	64 040	67 736	49,63%
TOTAL	600 201	638 725	651 616	668 289	665 723	696 501	16,04%
% du total du stock d'heures sup.	ND	56,66%	56,16%	55,73%	57,76%	58,69%	

Source : bilans sociaux et HCL.

6.2.4.1- Les anomalies constatées en matière d'heures supplémentaires

6.2.4.1.1- Le dépassement du nombre d'heures supplémentaires maximum annuelles

L'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé pose le principe selon lequel « *les agents peuvent être appelés à effectuer 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 personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale* ».

L'examen des données de paye des exercices 2013, 2014 et 2015 permet de relever un dépassement important du plafond de 180 heures annuel, mais également un dépassement important du plafond de 220 heures, par des agents n'entrant pas dans la liste prévue par le décret susmentionné.

Si l'établissement explique les situations de certains services par des contraintes particulières d'organisation, ou encore par une pratique ancienne d'intéressement à l'intensité du travail intégrée sous forme d'heures supplémentaires, cette situation n'en est pas moins contraire à la réglementation.

La chambre relève sur ce point que le système d'information vieillissant et inadapté ne permet pas de paramétrer des alertes de dépassement.

6.2.4.1.2- Des heures supplémentaires arrondies et récurrentes

La chambre a constaté à partir des extractions de fichiers de paye une contradiction entre l'accord sur le temps de travail, qui prévoit un décompte « au réel » des heures supplémentaires, à compter de la 15^{ème} minute, et la pratique des groupements, dont les décomptes sont le plus généralement arrondis.

La pratique des heures arrondies, qui ne peut être justifiée dans la mesure où un système automatisé existe (badgeuse), a été constatée dans plus de 95 % des cas. Il a en outre été relevé, pour plus d'un millier d'agents, un système de paiement récurrent des heures supplémentaires. Une illustration est proposée ci-dessous :

Tableau 70 : Récurrence des heures supplémentaires (exercice 2015)

N° de matricule	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
2553940	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
2634049	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
2531010	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
1058079	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
1926790	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
1898808	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
1058075	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
1960000	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120

Source : données de paye.

Les heures supplémentaires ainsi payées semblent prendre la forme d'une gratification récurrente, plus que d'une rémunération du travail accompli au-delà des bornes horaires.

Les métiers les plus concernés sont, d'une part, les ouvriers des services production, expédition, blanchisserie, ou encore boulangerie. Pour ceux-ci, la majorité des heures supplémentaires rémunérées sont artificielles et constituent selon la DPAS divers dispositifs de gratifications historiques⁴⁹, pour lesquelles les documents pouvant en justifier n'ont pu être communiqués.

D'autre part, selon la DPAS, la catégorie des « faisant fonction de cadres » (FFC), notamment dans le secteur soignant, est aussi concernée par des HS arrondies. Les FFC sont des agents n'ayant pas encore passé le concours de cadre de santé. La politique des HCL est de les placer en situation d'encadrement avant leur présentation à l'école des cadres, pendant une durée de trois ans maximum. La DPAS explique le versement de 10 HS par mois par l'investissement important de ces FFC. La mise en place de ce plafonnement a surtout pour but « d'éviter un dérapage ». Autrement dit, sans ce plafonnement, le volume d'heures supplémentaires que devraient payer les Hospices serait bien plus important, car les agents concernés dépassent très largement 10 HS par mois.

Le paiement de ces heures supplémentaires inexistantes ou forfaitaires n'en demeure pas moins irrégulier.

⁴⁹ Liées au travail le samedi, à un dispositif d'intéressement à l'intensité du travail, ou encore à une « prime de production ».

6.2.5- L'absentéisme

La durée moyenne d'absence pour maladie ordinaire a augmenté entre 2012 et 2015. En 2015, le taux d'absentéisme⁵⁰ était de 6,4 %, soit un niveau proche du maximum relevé au sein des établissements de même type, tout en restant inférieur à la moyenne nationale⁵¹.

Instaurée par la loi de finances pour 2012, la journée de carence avait pour objectif de contribuer à la réduction du taux d'absentéisme, par la retenue d'une journée de salaire lors de chaque absence pour maladie ordinaire. Son effet est difficilement mesurable, dans la mesure où le mode de calcul de l'absentéisme a changé à compter de cet exercice, qui ne peut donc être comparé avec les précédents.

Pour autant, sa suppression en 2014 semble corrélée à une hausse des absences, qui se poursuit encore aujourd'hui. En 2013, le nombre de journées de carence retenues avaient représenté 69 ETP, sur une base de 208 jours travaillés par an.

Les montants retenus permettaient aux HCL de financer le recours à du personnel de remplacement (contrats directs, intérim, heures supplémentaires).

Tableau 71 : Conséquence de la suppression de la journée de carence

	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'absence pour la maladie ordinaire (en jours)	14,63	15,16	15,53	15,63
Nombre de jours de carence prélevés	12 399	14 409		
Nombre d'agents auxquels a été appliqué au moins 1j de carence	7 489	8 257		
Retenue sur salaire (en €)	1 218 783	1 285 962		
Dépenses d'intérim (pour mémoire)	1 348 577	782 436	658 167	859 205

Source : bilans sociaux et HCL.

Certaines unités sont particulièrement confrontées aux absences du personnel, toutes causes confondues. Les unités fortement féminisées et dont le personnel est jeune, tel que l'hôpital mère-enfant, enregistrent des absences pour congés de maternité. L'hôpital Sabran dans le Var, quant à lui, affiche des taux d'absentéisme structurellement plus élevés depuis plusieurs années.

⁵⁰ Le taux d'absentéisme mesure la part des absences pour tous motifs médicaux confondus dans le temps de travail. Il permet d'appréhender le poids des absences pour maladie ordinaire, longue maladie, accidents du travail et maladie professionnelle, et maternité/paternité/adoption dans le temps de travail.

⁵¹ En 2012, le taux moyen d'absentéisme global du PNM était de 7,4 % sur 188 établissements de santé (données Hospidag).

Tableau 72 : Taux d'absentéisme les plus importants par pôle d'activité médicale

en %	2012	2013	2014	2015	Evol
Est couple nouveau-né	9,86	8,76	11,85	11,25	14%
Est cardio	7,97	7,82	8,87	8,61	8%
Pharmacie	6,72	7,53	8,48	7,87	17%
IMER	6,27	6,28	8,25	7,25	16%
Sabran médecine rééducation	7,43	10,08	11,42	10,86	46%
Santé risques	3,07	2,88	5,23	3,25	6%
Est neuro	7,16	6,71	8,02	8,98	25%
Sud urgences	8,63	6,05	7,88	7,49	-13%

Source : bilans sociaux et HCL.

L'ordonnateur a indiqué, en réponse aux observations provisoires, que l'établissement s'est saisi de ce sujet par la mise en œuvre d'un dispositif d'analyse, de prévention et de contrôle de l'absentéisme, qui intervient à tous les niveaux de management. La chambre l'invite à poursuivre cet effort pour remédier à l'absentéisme, notamment dans les pôles les plus concernés.

6.2.6- L'avancement

Aucun recours à l'avancement à la durée intermédiaire n'a été relevé. Les HCL pratiquent également la règle de l'avancement à la durée minimum.

La chambre rappelle pour l'avenir que les dispositions de l'article 148 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016, modifiant l'article 67 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, instaurent une durée d'avancement d'échelon unique.

6.2.7- Conclusion sur la gestion du personnel non médical

La chambre souligne la mise en œuvre au cours de la période sous revue de ses précédentes recommandations concernant les primes et rémunérations irrégulières. Elle relève cependant le versement à de nombreux agents d'heures supplémentaires dans des conditions irrégulières.

Les irrégularités relevées en la matière, comme celles concernant le recours aux contrats à durée déterminée, témoignent de défaillance du contrôle de la direction générale sur les pratiques au sein des groupements. La chambre invite donc la direction générale à développer des outils de contrôle interne pour mieux maîtriser la mise en œuvre des directives concernant la gestion du PNM par les groupements, et pour mieux appréhender et maîtriser les facteurs de l'absentéisme et de recours aux heures supplémentaires dans les différents pôles et centres de responsabilité.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur alors en fonction a indiqué retenir cette recommandation.

6.3- La gestion du personnel médical

La gestion du personnel médical relève de la direction des affaires médicales (DAM), centrale et non déclinée au sein des groupements. La DAM est exclusivement en charge des recrutements, de la gestion de carrière et de la paie des praticiens de l'ensemble des groupements des HCL, ainsi que de leur organisation médicale.

Ses missions incluent la logistique générale de la commission médicale d'établissement (CME), déclinée dans chaque groupement, tout comme la commission de l'activité libérale (CAL).

6.3.1- Le recrutement et la gestion des praticiens

6.3.1.1- L'évolution des effectifs de PM et de leur coût

Entre 2010 et 2014, le nombre d'ETP médicaux (hors services de soins dentaires) a augmenté de près de 4 %.

Tableau 73 : Évolution des effectifs de personnel médical en ETP réalisés (hors services de soins dentaires)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol
PU-PH	128,83	122,81	121,23	120,66	120,64	121,24	-5,89%
MCU-PH	51,32	47,09	47,87	47,98	46,40	46,67	-9,06%
Total HU titulaires	180,15	169,90	169,10	168,64	167,04	167,91	-6,79%
CCA-AHU	115,30	116,32	114,49	116,64	118,80	120,02	4,09%
PHU	6,34	6,55	7,57	8,55	8,25	6,37	0,47%
Total HU temporaires	121,64	122,87	122,06	125,19	127,05	126,39	3,90%
TOTAL HU	301,79	292,77	291,16	293,83	294,09	294,30	-2,48%
PH temps plein	667,06	682,53	692,87	702,91	709,70	714,42	7,10%
PH temps partiel	67,43	70,24	66,70	66,93	64,39	61,59	-8,66%
Total PH	734,49	752,77	759,57	769,84	774,09	776,01	5,65%
TOTAL HU et praticiens hospitaliers	1 036,28	1 045,54	1 050,73	1 063,67	1 068,18	1 070,31	3,28%
PH contractuels	127,40	125,24	118,39	115,22	132,81	136,11	6,84%
Assistants	21,60	70,33	85,74	86,23	102,91	130,44	503,89%
PAC	1,00	0,83	-	-	-	-	-100,00%
Praticiens attachés	354,13	335,20	320,04	307,66	285,78	264,90	-25,20%
Total contractuels	504,13	531,60	524,17	509,11	521,50	531,45	5,42%
TOTAL GENERAL	1 540,41	1 577,14	1 574,90	1 572,78	1 589,68	1 601,76	3,98%
<i>% HU / total général</i>	<i>19,59%</i>	<i>18,56%</i>	<i>18,49%</i>	<i>18,68%</i>	<i>18,50%</i>	<i>18,37%</i>	
<i>% praticiens hospitaliers</i>	<i>47,68%</i>	<i>47,73%</i>	<i>48,23%</i>	<i>48,95%</i>	<i>48,69%</i>	<i>48,45%</i>	
<i>% praticiens contractuels</i>	<i>32,73%</i>	<i>33,71%</i>	<i>33,28%</i>	<i>32,37%</i>	<i>32,81%</i>	<i>33,18%</i>	

Source : CRC d'après bilans sociaux

Cette évolution générale masque une diminution de 25 % des effectifs de praticiens attachés. Sur la même période, l'effectif d'internes a cru à un rythme contenu tandis que l'effectif d'étudiants diminuait.

Tableau 74 : Évolution des effectifs d'internes, faisant-fonction d'internes et étudiants en ETP réalisés

Étudiants								
ETP/12 Établissements	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol 2015/2010	TCAM
HCL	1 695,93	1 639,95	1 611,34	1 663,95	1 574,75	1 473,03	-13,1%	-2,3%
Hors HCL (Privé/public)*	-	-	-	-	30,43	166,31		
Total général	1 695,93	1 639,95	1 611,34	1 663,95	1 605,18	1 639,34	-3,3%	-0,6%
Internes et FFI								
ETP/12 Établissements	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol 2015/2010	TCAM
HCL	764,74	760,59	754,44	782,76	829,48	853,89	11,7%	1,9%
Hors HCL (Privé)*	271,04	297,94	315,79	357,75	384,56	392,31	44,7%	6,4%
Total général	1 035,78	1 058,53	1 070,23	1 140,51	1 214,04	1 246,20	20,3%	3,1%

Source : Direction des affaires médicales des HCL.

*effectifs d'internes gérés administrativement par les HCL mais effectuant leur stage en dehors des HCL.

Les charges liées aux rémunérations du personnel médical augmentent quant à elles de 1,5 % par an sur la période, portées particulièrement par l'évolution des dépenses liées aux internes et aux étudiants.

Tableau 75 : Évolution des charges de personnel médical

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var annuelle moyenne
Praticiens hospitaliers	69 577 867	70 606 989	70 789 216	73 412 021	73 332 377	73 715 813	1,8%
+ Praticiens hospitaliers contractuels	27 111 825	27 269 938	26 998 993	26 922 716	27 759 126	27 877 648	-0,2%
+ Internes et étudiants	33 697 437	33 943 459	34 118 898	36 484 908	39 318 005	40 341 651	2,7%
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	21 060 301	21 015 687	20 366 159	22 003 757	22 405 412	21 617 461	1,5%
- Atténuations de charges	278 211	271 971	217 567	590 563	256 733	199 083	28,5%
= Rémunérations du personnel médical (b)	151 169	152 564	152 055	158 232	162 558	163 353	1,5%
en % des rémunérations totales	23,4%	23,7%	23,5%	24,3%	24,5%	25,2%	
Rémunérations du personnel (a+b)	647 121	644 220	646 513	652 381	662 552	647 327	0,3%
en % du produit total	45,9%	45,3%	45,8%	44,8%	43,0%		
(PH contractuels + internes) / Rémunérations PM	40,2%	40,1%	40,2%	40,1%	41,3%	41,8%	
Autres rémunérations / Rémunérations PM	13,9%	13,8%	13,4%	13,9%	13,8%	13,2%	

Source : CRC à partir des comptes financiers.

6.3.1.2- Le recrutement et la gestion des praticiens

Les règles de gestion des praticiens diffèrent selon la nature de leurs activités, qui permet de différencier les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, les seconds relevant de deux employeurs (le CHU et l'université).

Le recrutement et la gestion des praticiens sont structurés par la révision annuelle des effectifs médicaux, dans le cadre de laquelle tous les chefs de pôles et de services sont amenés à exprimer leurs demandes en termes d'effectifs médicaux pour l'année suivante. Les demandes de création et de maintien de postes sont examinées notamment à l'aune des comptes de résultat et d'objectifs (CREO), des perspectives de progression de la marge financière et de la viabilité économique d'un projet.

Le nouvel article L. 6132-2 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dispose que la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit notamment l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques entre établissements. Les modalités en sont précisées par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT. Les HCL disposent déjà ce jour de nombreux praticiens qui partagent leur temps de travail avec d'autres établissements de la région. Ces nouvelles dispositions relatives au partage du temps médical au sein des GHT ne devraient donc pas, à court terme, impacter fortement l'organisation médicale.

6.3.1.3- Les vacances d'attachés

Le statut de ces praticiens est régi par le décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé.

Chaque service dispose d'un cadre volant de vacations d'attachés autorisées. Historiquement, celles-ci étaient souvent stables sans être forcément en lien avec les besoins réels du service. À partir de 2009, les HCL ont entrepris une politique de réduction du nombre de vacations d'attachés dans les différents groupements. À cette occasion, des objectifs ont été définis par pôle, dans le cadre d'une mise à plat d'une tendance de diminution de ces vacations.

À l'occasion de la révision annuelle des effectifs, après consultation des chefs de service, le nombre de vacations peut être ajusté à l'aune des besoins et perspectives du service. La restitution de vacations par un service peut éventuellement lui ouvrir le droit à une ouverture de poste selon les équivalences suivantes :

Tableau 76 : Équivalences de temps médical pour la gestion des effectifs

Nombre de vacations d'attachés	Équivalence en poste médical
20 demi-journées	1 PH temps plein
12 demi-journées	1 PH temps partiel
14 demi-journées	1 PH contractuel
10 demi-journées	1 assistant hospitalier

Source : HCL.

Ainsi, le nombre d'ETP d'attachés réalisés a diminué de 25 % entre 2010 et 2015. Cela souligne l'effort des HCL pour adapter le nombre de ces vacations aux besoins réels. En avril 2016, les attachés représentaient environ 300 ETP, effectuant de 1 à 10 vacations hebdomadaires.

6.3.2- L'organisation de la permanence des soins

La permanence des soins (PDS) a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins en-dehors du service quotidien, c'est-à-dire chaque nuit entre 18h30 et 8h30, samedi après-midi (à partir de 13h30), dimanche ou jour férié. Elle se traduit par l'organisation de tours de gardes et d'astreintes assurés par les praticiens.

L'organisation générale de la PDS, préparée par la commission d'organisation de la PDS (COPS, sous-commission de la CME), est arrêtée annuellement par le directeur général après avis de la commission médicale d'établissement (CME), et définit précisément les lignes d'astreinte et de garde ouvertes pour chacun des services et des groupements. Les praticiens sont eux-mêmes agréés par la CME pour participer à la PDS, puis individuellement sur la ligne concernée.

La COPS est ainsi seule habilitée à valider les lignes d'astreinte auxquelles il peut être recouru dans le cadre de l'organisation du service. Celles-ci sont ensuite pré-paramétrées dans le logiciel GT Med. Ainsi, un praticien peut déclarer une astreinte seulement s'il a été habilité sur une ligne particulière validée dans le logiciel, ce dernier décomptant ensuite les heures d'astreinte déclenchées. Les chefs de service sont ensuite destinataires des états récapitulatifs mensuels.

Suite à des dysfonctionnements et à la méconnaissance du dispositif de validation des lignes de garde, jusqu'en avril 2016, de nombreux externes participant au dispositif de permanence des soins n'ont pas été rémunérés pour les gardes effectuées dans le cadre de leurs études, soit du fait « *d'un problème d'application de la procédure par les services de santé* » dans les groupements, soit parce que les lignes de garde concernées n'avaient pas été validées par la COPS, et donc pas budgétées.

Si cette situation est en voie de résolution suite à une mise au point en CME du 25 avril 2016, un risque contentieux persiste.

Afin de sécuriser cette question du temps de travail et de l'indemnisation des externes, les HCL envisagent d'intégrer les effectifs d'externes sous GTMed. La chambre les encourage à examiner la faisabilité technique d'un tel dispositif.

6.3.3- Les conséquences de la réforme du temps de travail des internes et des urgentistes

Suite à une procédure précontentieuse engagée en 2013 par la Commission européenne à l'encontre de la France pour insuffisante transposition dans le droit national de la directive européenne 2003/88 du 4 novembre 2003 relative à l'aménagement du temps de travail, plusieurs textes ont été adoptés pour mettre en conformité la réglementation interne relative au temps de travail des personnels médicaux, et notamment des internes en médecine, odontologie et pharmacie et des médecins urgentistes.

6.3.3.1- *Une application de la réforme du temps de travail des internes à la rentrée de novembre 2015*

Le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes, ses arrêtés d'application⁵², et la circulaire du 26 mai 2016⁵³ ont redéfini les obligations de service s'imposant aux internes au titre de leur formation universitaire de 3^{ème} cycle. Celles-ci comprennent huit demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre en période de stage, et deux demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre hors stage. Ces obligations de service ne peuvent excéder 48 heures par période de sept jours en moyenne sur trois mois.

Cette réforme a été mise en œuvre aux HCL à partir de la rentrée universitaire de novembre 2015, par l'adoption d'un nouveau règlement intérieur relatif au temps de travail des internes, validé en COP le 12 octobre 2015. Depuis, les plannings de répartition des dix demi-journées par semaine, prédéfinis pour les internes, sont intégrés sous GTMed. Le temps de déplacement lors des astreintes et de garde est également intégré dans les huit demi-journées, afin que les étudiants soient indemnisés et soient en mesure de récupérer leur temps de travail. Les internes doivent cependant continuer à déclarer manuellement leurs demi-journées de formation.

Une évaluation de cette réforme a été conduite, sur la base de questionnaires aux chefs de service et aux internes, et présentée en commission de l'internat le 10 mai 2016. Elle en dresse un bilan très mitigé, notamment en termes de prise effective des demi-journées de formation. Le problème de suivi du respect des plafonds de présence hebdomadaires continue donc de se poser, la mise en œuvre de la réforme n'ayant pas réellement permis d'y remédier selon les premiers retours. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a cependant indiqué que début 2017, un courrier de rappel des principales règles issues de la réforme a été adressé par le directeur général et le président de la CME à l'ensemble des chefs de service, et qu'un « travail ciblé sur les services signalés par les internes » a été entrepris.

⁵² Du 30 juin 2015 sur les tableaux de service, du 6 août 2015 sur les astreintes, du 29 octobre 2015 sur le temps de travail.

⁵³ Circulaire N° DGOS/RH4/DEGSIP/A1-4/2016/167 du 26 mai 2016 relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes conformément aux dispositions du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 et de ses arrêtés d'application.

6.3.3.2- Une mise en œuvre par étapes de la réforme du temps de travail des urgentistes à compter de novembre 2016

La circulaire du 22 décembre 2014⁵⁴ et l'instruction⁵⁵ DGOS du 10 juillet 2015 mettent en place un référentiel national de gestion du temps de travail applicable aux urgentistes. Celui-ci décompose le temps de travail au sein des services d'urgences entre travail clinique posté (ce qui se rattache à la prise en charge médicale des patients) et activités non postées. Le temps de travail clinique posté est limité à 39 heures par semaine en moyenne sur quatre mois, tandis que les obligations de service liées aux activités non postées sont forfaitisées et contractualisées entre le praticien et le chef de service, le tout dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires.

Les HCL ont prévu de commencer à mettre en œuvre la réforme du temps de travail des urgentistes à partir du 1^{er} novembre 2016. De 48 heures hebdomadaires de travail posté⁵⁶, les urgentistes passeront à un temps de travail clinique posté hebdomadaire de 44 heures.

Le passage à 39 heures requis par l'instruction n'est pas envisagé pour le moment, tant pour des questions de financement que du fait de la difficulté à attirer suffisamment de candidatures dans un contexte de recrutement déjà tendu sur cette spécialité. Cependant, les aménagements liés au passage aux 44 heures, et notamment les créations de postes, ont été calibrées pour permettre une mise en œuvre future des 39 heures par simple réorganisation du travail.

La création des postes de praticiens et praticiens contractuels supplémentaires sera progressive à partir du 1^{er} janvier 2017, soit quatre postes dans un premier temps, trois supplémentaires au 1^{er} mai 2017 et trois derniers au 1^{er} janvier 2018, pour un total de 9,8 ETP, dont 3,5 pour le SAMU. Cet échelonnement devrait permettre d'étaler la dépense et d'optimiser les chances de trouver des candidats pour pourvoir ces postes. En année pleine, l'établissement estime le coût de ces créations de poste à un million d'euros annuels.

Bien que la circulaire du 22 décembre 2014 prévoie que la mise en œuvre de cette réforme se fasse dans le cadre d'une « territorialisation des organisations de travail des équipes d'urgence-SAMU-SMUR », aucune mutualisation du temps médical avec les établissements alentour n'est prévue pour le moment sur ce thème.

6.3.4- Les contraintes financières et l'attractivité

En vertu d'une politique de recrutement déterminée au niveau de l'institution et approuvée par la CME, les recrutements de praticiens contractuels se font uniquement à un niveau de rémunération équivalent au 1^{er} échelon de la grille de praticien, sans majoration.

La CME a seulement déterminé trois exceptions à cette politique, justifiées par les tensions existantes sur trois spécialités :

- l'imagerie et l'anesthésie, pour lesquelles les praticiens contractuels sont recrutés au niveau du 4^e échelon majoré de 10 %, conformément au plafond fixé par l'article R. 6152-416 1° du code de la santé publique ;
- les urgences, pour lesquelles les praticiens sont rémunérés au niveau du 1^{er} échelon, mais progressent ensuite dans la grille jusqu'au 4^{ème} échelon de la grille de praticien hospitalier.

⁵⁴ Circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR.

⁵⁵ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence.

⁵⁶ Auxquelles s'ajoutait un droit à congés-formation de trois semaines par an.

Les services de gériatrie, qui peuvent rencontrer des difficultés ponctuelles pour pourvoir à de nombreux postes disponibles, ne bénéficient pas de telles dérogations.

La fermeté de l'établissement quant au niveau de rémunération des praticiens contractuels, face à la pression des établissements hospitaliers concurrents, tient essentiellement à des raisons budgétaires, et les HCL regrettent l'impact en termes d'attractivité des praticiens, même si leur statut de 2^{ème} CHU de France les préserve quelque peu de la concurrence exercée par les établissements privés en matière de rémunération.

6.3.5- La mesure du temps de travail médical

La gestion du temps de travail médical se fait par l'application GTMed. Celle-ci permet aux praticiens de consulter et mettre à jour leurs tableaux de service, ou encore de déclarer leurs déplacements dans le cadre des astreintes. Une extraction sous format Excel de ces tableaux de service mensuels est jointe chaque mois et pour chaque praticien à la trésorerie dans le cadre de la paie dématérialisée.

Le logiciel est paramétré pour bloquer les déclarations et autres modifications trop tardives de ces tableaux de service, notamment en ce qui concerne les déplacements en astreinte.

Les tableaux de service ne font pas l'objet d'une validation par les chefs de service. Si ceux-ci sont, en théorie, responsable de leur vérification, les tableaux sont de toute façon validés automatiquement à la survenance de la date butoir mensuelle paramétrée dans le logiciel.

Le respect des repos de sécurité fait l'objet d'un paramétrage automatique sous GTMed impossible à forcer sans intervention directe du chargé de mission de la DAM.

En ce qui concerne les hospitalo-universitaires, et en particulier les PU-PH, GTMed ne retrace pas la répartition de leur temps de travail entre activité d'enseignement et service hospitalier. Pourtant, dans sa fiche à destination des personnels médicaux relative à l'élaboration des tableaux de service élaborée en juillet 2007, la DAM rappelait qu'il convient « *de faire figurer dans le tableau de service mensuel l'intégralité des activités des personnels bi-appartenants, qu'elles soient hospitalières et universitaires.* » Elle précisait que « *La réglementation ne définit pas le temps qui doit être respectivement consacré aux activités de soins, d'enseignement et de recherche, mais elle prévoit que le tableau de service précise la répartition entre ces différentes activités.* » En effet, l'arrêté déterminant les obligations de service des personnels enseignants et hospitaliers ainsi que les conditions de la répartition de ces obligations entre les différentes fonctions prévu par l'article 4 du décret du 24 février 1984⁵⁷ n'a jamais été pris.

La DAM et l'université ont confirmé que la répartition du temps de travail hospitalier et universitaire des hospitalo-universitaires est très difficile à apprécier et laissée à l'appréciation de chacun d'entre eux.

6.3.6- L'activité libérale des praticiens hospitaliers

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans un établissement public de santé peuvent prétendre exercer une activité libérale dans ce même établissement.

⁵⁷ Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

Cette possibilité offre le double avantage d'être profitable aux praticiens, en leur offrant une source de revenus supplémentaire, mais également à l'établissement en renforçant son attractivité, en diversifiant sa clientèle et en lui offrant une source de recettes supplémentaires. Le code de la santé publique⁵⁸ dispose que « *dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein (...) sont autorisés à exercer une activité libérale* », à la triple condition :

- ♦ « *que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;*
- ♦ *que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;*
- ♦ *que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique* ».

L'article 138 de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé a de plus créé une obligation de conventionnement des médecins, au sens de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, et renforcé les modalités du contrôle de l'activité libérale par l'établissement.

Dans ce cadre, le praticien pratiquant une activité libérale doit conclure un contrat d'activité libérale, qui en définit les modalités d'exercice. D'une durée de cinq ans renouvelables, il doit être approuvé par le directeur de l'ARS, après avis du directeur de l'établissement, du chef de pôle et de la commission médicale d'établissement.

Les praticiens peuvent percevoir directement leurs honoraires auprès des patients, auquel cas ils doivent fournir au directeur de l'établissement un état mensuel récapitulatif faisant figurer pour chaque acte le montant de leurs honoraires et les dépassements éventuels. Ils peuvent également demander à leur établissement de percevoir les honoraires pour leur compte. Dans ce dernier cas, l'établissement reverse les honoraires mensuellement au praticien et prélève trimestriellement la redevance qui lui est due. Le directeur, grâce aux états fournis par l'assurance maladie⁵⁹, peut comparer les données déclarées par le praticien à celles des organismes sociaux.

6.3.6.1- *Les observations du précédent rapport d'observations définitives de la chambre*

Concernant les conditions d'exercice d'une activité libérale (AL) par les praticiens aux HCL, le précédent rapport de la chambre relevait que l'établissement ne s'était pas doté des moyens nécessaires pour un contrôle efficace de cette activité :

- ♦ manque de régularité dans les réunions des commissions locales de l'AL ;
- ♦ absence de rapport annuel de la commission centrale de l'AL ;
- ♦ biais dans l'effectivité des contrôles des CAL du fait que la présidence en soit assurée par des praticiens exerçant eux-mêmes une AL dans l'établissement ;
- ♦ aucun contrôle du temps consacré à l'AL par les praticiens ;
- ♦ absence d'outils fiables de mesure de l'activité publique et libérale des praticiens ;
- ♦ rareté des redressements faisant suite aux constats d'écarts entre les déclarations des praticiens des HCL et les relevées SNIR transmis par l'assurance maladie.

⁵⁸ Articles L. 6154-1 à 7 du code de la santé publique.

⁵⁹ Les états du système national inter-régimes produits par la caisse primaire d'assurance maladie, dits « états SNIR », permettent à la caisse primaire d'assurance maladie de communiquer au directeur d'établissement et à la commission de l'activité libérale les honoraires perçus par les praticiens exerçant une activité libérale.

Le rapport formulait également deux observations concernant les honoraires pratiqués :

- ♦ taux de dépassements d'honoraires par spécialité très supérieurs aux taux de dépassements moyens constatés aux niveaux régional et nationale ;
- ♦ écart tel entre rémunération tirée des honoraires bruts perçus dans le cadre de leur AL et rémunération tirée de leur activité hospitalière qu'il laissait présumer le non-respect des temps et volume d'activité privée imposés par la réglementation, ainsi qu'à l'absence de respect de la notion de « tact et mesure » par certains praticiens.

La chambre avait préconisé aux HCL de mettre en place rapidement et de façon généralisée les tableaux de service prévus par la réglementation en veillant à ce que les temps d'activité libérale apparaissent clairement, et en vérifiant concrètement l'exactitude des temps d'activité privée déclarés sur ces tableaux.

Elle recommandait par ailleurs de cibler prioritairement les contrôles de l'activité libérale à partir des profils atypiques, et d'être attentif aux dispositions nouvelles relatives à l'encadrement des dépassements d'honoraires.

6.3.6.2- *Les constats depuis 2010*

6.3.6.2.1- *Profil et statistiques de l'activité libérale*

Fin avril 2016, la DAM estimait à 130 le nombre de praticiens concernés par l'exercice d'une activité libérale, dans les conditions régies par les articles L. 6154-1 à 7 du code de la santé publique (CSP). Cet effectif est resté stable sur la période.

Les PU-PH sont les plus concernés par l'exercice d'une activité libérale aux HCL et représentent 90 des 145 contrats communiqués sur la période. Dans certaines spécialités, tous les PU-PH dont le statut le permet exercent une activité libérale. Il s'agit notamment des disciplines de chirurgie, et plus particulièrement la chirurgie orthopédique, l'urologie, l'ophtalmologie, et la stomatologie/chirurgie maxillo-faciale⁶⁰. Ainsi, l'activité libérale des praticiens des HCL revêt une importance et un profil comparables à la moyenne nationale⁶¹.

La possibilité d'exercer une activité libérale est valorisée aux HCL comme un élément d'attractivité lors du recrutement des praticiens. Elle est présentée au titre des dispositions statutaires dans le guide d'accueil des praticiens seniors aux HCL. Ce guide, visant à rappeler le cadre juridique dans lequel s'exerce la possibilité d'une telle activité libérale, indique aux praticiens titulaires les conditions, notamment quantitatives, dans lesquelles ils peuvent exercer cette activité.

L'établissement se conforme, pour le calcul des redevances sur les honoraires d'AL, aux dispositions réglementaires. Les recettes tirées des redevances d'activité libérale représentent en moyenne 2,3 M€ par an.

⁶⁰ Données : compte-rendu de la commission centrale de l'activité libérale de 2013 sur l'activité 2012.

⁶¹ Données nationales issues du rapport du 31 mars 2013 à la Ministre des affaires sociales et de la santé sur l'activité libérale dans les établissements publics de santé, faisant suite à la lettre de mission de la Ministre du 19 octobre 2012 à Mme Dominique Laurent, conseillère d'État.

Tableau 77 : Recettes tirées des redevances d'activité libérale (en €)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
6585 - Reversement de la quote-part des radiologues				11 959	5 606	1 874
7531 - Redevances d'AL	1 475 479	1 769 837	2 491 719	2 973 920	3 186 006	1 537 571
Recettes d'AL	1 475 479	1 769 837	2 491 719	2 961 961	3 180 401	1 535 697
Moyenne des recettes AL	2 375 879					
Evol 2014/2010	116 %					

Source : CRC d'après comptes financiers.

La progression des recettes tirées des redevances semble beaucoup plus rapide que celle des honoraires sur la même période.

Tableau 78 : Évolution du montant d'honoraires d'activité libérale (en €)

	2010	2011	2012	2013	2014
Total honoraires AL (SNIR)	6 446 661	8 663 300	8 731 273	8 525 498	9 813 441
Evol 2010/2014					52%

Source : CRC d'après les données SNIR transmises par les HCL.

Cette différence de rythme d'évolution peut s'expliquer par une modification du processus de recouvrement en cours de période, par le renforcement du contrôle de l'AL, et par le démarrage ou le développement de l'AL de praticiens relevant de disciplines à forte redevance (type imagerie, médecine nucléaire ou radiothérapie).

Enfin, la structure de l'activité libérale aux HCL a évolué vers davantage d'actes réalisés, au détriment du nombre de consultations, moins soumises à redevance, en diminution sur la période.

La chambre relève que les actes, qui représentent la majorité de l'activité libérale, et dont le nombre augmente rapidement, peuvent également être considérés comme plus difficiles à retracer que les consultations, recensées dans les logiciels de prise de rendez-vous. Ainsi, l'évolution de la typologie de l'activité libérale aux HCL rend plus difficile le contrôle du respect des plafonds.

Enfin, les recettes de redevance perçues, telles qu'elles ressortent des comptes financiers, diffèrent systématiquement des redevances calculées communiquées sur les documents de travail annuel de la CAL. Si une partie des écarts peut s'expliquer par les éléments d'explications et modifications apportés par certains praticiens sur leur niveau d'activité, ou encore par le décalage temporel dans le recouvrement des redevances, la chambre souligne que, au total sur la période 2010/2014, les recettes d'activité retracées dans les comptes financiers sont inférieures de 1,4 M€ aux redevances affichées sur les documents de suivi de la DAM, qui sont les relevés présentés en CAL. Par conséquent, la chambre invite les différents services concernés aux HCL à procéder à une réconciliation régulière de ces données.

Tableau 79 : Écart entre redevances dues et perçues

En €	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Redevances à percevoir d'après docs CAL	1 915 028	2 629 853	1 949 030	2 707 080	4 088 336	13 289 327
Redevances nettes perçues d'après CF	1 475 479	1 769 837	2 491 719	2 961 961	3 180 401	11 879 397
Écart	- 439 549	- 860 016	542 689	254 881	- 907 935	- 1 409 930

Source : CRC d'après tableaux de suivi des honoraires et redevances HCL et comptes financiers

6.3.6.2.2- Les contrats d'activité libérale

Les contrats d'activité libérale conclus entre les HCL et les praticiens sont conformes aux dispositions de l'article R. 6154-4 du CSP, et notamment au modèle fixé par l'annexe 61-2 du même code. Ils sont conclus sur demande du praticien, soumise à l'approbation du responsable de pôle, du directeur du groupement et du président de la CME.

Sur l'ensemble des praticiens exerçant une activité libérale, au premier semestre 2016, un seul perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'hôpital, chaque mois. Tous les autres perçoivent leurs honoraires directement. Dans tous les cas, le paiement de la redevance est trimestriel.

L'établissement souhaite élargir le dispositif de perception directe des honoraires, dans une démarche de simplification de l'accès à l'activité libérale, suite aux premiers retours d'expérience positifs. Cette évolution nécessiterait un investissement en moyens humains, pour gérer les nouvelles régies locales ou centralisées et veiller à la bonne perception des recettes par l'établissement. La chambre souligne cependant que cela permettrait un contrôle plus immédiat du niveau d'activité et des honoraires perçus par les praticiens dans le cadre de leur activité libérale, compensant partiellement les moyens utilisés aujourd'hui à la DAM et au sein des CAL pour le contrôle a posteriori de cette activité.

Les contrats d'activité libérale autorisent les praticiens à consacrer au maximum 5 %, 10 % et dans la majorité des cas 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à leur AL, plafond fixé selon les souhaits formulés par le praticien lors de sa demande. Aucun contrat ne précise les créneaux horaires hebdomadaires qui seront consacrés à l'activité libérale.

La chambre recommande donc aux HCL de préciser dans les contrats-types les plages horaires réservées à l'activité libérale, afin de faciliter l'organisation des tableaux de service et les contrôles. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur alors en fonction a indiqué que cette évolution était envisageable pour les plages de consultation.

6.3.6.2.3- Les réunions des commissions de l'activité libérale

En vertu des articles R. 6154-11 et suivants du CSP, la commission de l'activité libérale (CAL) de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant, ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens. Elle établit notamment, chaque année, un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement.

Les HCL disposent d'une CAL centrale (CCAL) et d'autant de CAL locales (CLAL) qu'il existe de groupements. Les contrôles pilotés par les CAL font l'objet d'un compte rendu annuel, lors de la réunion annuelle de chacune d'entre elles.

La pratique s'est donc mise en conformité avec les exigences réglementaires suite au précédent contrôle de la chambre. La CAL centrale se réunit en fin d'année N pour se prononcer sur l'activité libérale de l'année N-1 à partir notamment des comptes rendus des commissions locales de l'activité libérale, qui se réunissent au préalable. S'il n'appelle aucune remarque sur le plan réglementaire, ce calendrier de réunion implique nécessairement une faible réactivité des commissions à l'égard des anomalies constatées, et surtout des cas les plus problématiques.

Par exemple, la CLAL du GH Est a relevé en septembre 2014 que quatre praticiens n'avaient communiqué aucune information permettant de s'assurer du respect des obligations de répartition entre activité publique et privée en 2013. Le compte-rendu conclut donc sur la nécessité d'une relance de ces praticiens sur le sujet. Lors de sa réunion de septembre 2015, la CLAL fait état des actions menées l'année précédente, et notamment de la relance par mail du 26 juin 2015 aux quatre praticiens concernés. Ceux-ci ont répondu rapidement, mais sur leur activité 2014. Ces éléments conduisent à deux constats :

- ♦ la CLAL ne peut se prononcer sur le respect des obligations par ces praticiens qu'en septembre 2015 pour une anomalie initialement soulevée au titre de l'année 2013, soit deux ans après ;
- ♦ la CLAL n'a finalement exercé aucun contrôle réel sur l'activité 2013 de ces praticiens, ceux-ci ayant répondu au mieux pour l'exercice 2014.

Dans la mesure où les déclarations d'activité libérale des praticiens à l'établissement se font sur un rythme trimestriel, pour le calcul et le paiement de la redevance, les contrôles pourraient se faire selon un calendrier permettant une meilleure réactivité.

La présidence des diverses CAL reste, au fil des renouvellements, assurée par des praticiens exerçant eux-mêmes une activité libérale. La chambre estime de nouveau que cette situation est porteuse de potentiels conflits d'intérêts pouvant nuire à l'effectivité des contrôles.

Les membres des CAL ont appelé de leurs vœux la définition de critères homogènes de contrôles à tous les GH. Ainsi, désormais, les contrôles spécifiques menés par les commissions locales sont orientés selon les priorités définies par la commission centrale en 2013 :

- ♦ les praticiens qui débutent une activité libérale, la première année ;
- ♦ les praticiens dont les déclarations semblent poser des problèmes de fiabilité (écart déclaration sur site des HCL / relevés SNIR) ;
- ♦ les praticiens dont l'activité libérale augmente significativement d'une année à l'autre ;
- ♦ les praticiens dont le chiffre d'affaire annuel est égal ou supérieur à six chiffres ;
- ♦ les praticiens dont les honoraires présentent un taux de dépassement élevé par rapport aux référentiels régionaux ;
- ♦ les praticiens ayant fait l'objet d'une sanction et/ou d'une suspension liée à l'activité libérale, l'année suivante.

La définition de cibles de contrôle répond ainsi à l'une des précédentes recommandations de la chambre.

Malgré cela, les contrôles exercés par les CAL locales diffèrent d'un groupement à l'autre dans leur intensité, telle qu'elle ressort des comptes rendus annuels. Il a été réaffirmé en CCAL en 2015 qu'il n'existait « pas de définition stricte » de la notion de contrôle de l'activité libérale, ce que la chambre regrette. Ainsi, selon les groupements, ces comptes rendus sont plus ou moins fournis en détails concernant :

- ♦ les données chiffrées de l'activité libérale, en nombre d'actes, honoraires et redevances perçus ;
- ♦ les suites données aux contrôles précédents ;
- ♦ le nombre de praticiens pratiquant des dépassements d'honoraires très importants ;
- ♦ le respect des règles de déclaration de l'activité, d'affichage des tarifs, de plafonds d'activité.

La mise en œuvre en 2016 d'audits à la demande de la CCAL, visant des praticiens au profil d'activité atypique, témoigne d'une volonté de contrôle renforcé de la part de l'établissement. La chambre appelle l'attention de l'établissement sur la nécessaire application homogène des trames de contrôles pour assurer un traitement équitable des praticiens concernés.

Si les contrôles menés par les CAL locales et centrale sont de plus en plus approfondis au cours de la période sous revue, il est en revanche plus difficile d'estimer les conséquences tirées des anomalies constatées. Certaines situations individuelles sont ainsi pointées d'année en année sans que les anomalies ne semblent donner lieu à de réelles sanctions, telle que la suspension du contrat d'activité libérale⁶².

6.3.6.2.4- *Le respect des plafonds de volume d'activité libérale*

Le contrôle du respect des deux plafonds fixés par la réglementation peut s'effectuer à partir des tableaux de service d'une part, et d'autre part en comparant les relevés d'activité « SNIR » et l'activité générée par un praticien dans le cadre de son service hospitalier.

Les contrôles menés par les CAL locales témoignent de l'attention portée au respect du plafond de 50 % d'activité, davantage qu'à celui du plafond de 20 % du volume horaire hebdomadaire. Dans les deux cas, les outils de contrôle manquent : d'une part, les praticiens déclarent très inégalement dans les tableaux de service sous GTMed les demi-journées qu'ils consacrent à l'AL. D'autre part, les outils manquent pour une comparaison systématisée des activités publique et privée des praticiens : la comparaison à partir des cahiers de blocs et autres logiciels de prise de rendez-vous est fastidieuse et chronophage, donc non généralisable.

En 2012, la CAL soulignait dans son rapport sur l'activité libérale 2011 que « *l'augmentation des honoraires perçus au titre de l'activité libérale depuis 2009 ne correspond pas à l'augmentation d'activité publique des HCL* », et préconisait donc la vigilance en demandant la mise en œuvre d'une traçabilité informatisée des consultations et actes réalisés en secteur public par l'ensemble des praticiens. Par ailleurs, les comptes-rendus des CLAL témoignent de leurs demandes répétées de pouvoir disposer d'outils plus fiables de suivi de l'activité personnelle, publique et libérale, des praticiens, et le dispositif imaginé par le groupe de travail lancé en 2013 ne semble pas avoir répondu à ces attentes.

A ce jour en effet, l'activité publique des praticiens est difficile voire impossible à retracer nominativement, en excluant par exemple l'activité des internes qu'ils séniorisent. Cette problématique n'est pas spécifique aux HCL : le rapport Laurent sur l'activité libérale dans les EPS souligne l'importance de connaître précisément l'activité publique exercée à titre personnel par un praticien, que l'on doit pouvoir isoler de l'activité effectuée par son équipe, pour la comparer avec son activité libérale. Ce rapport proposait à ce sujet d'intégrer aux contrats type d'activité libérale une clause d'engagement des praticiens à fournir chaque trimestre le relevé de son activité effectuée, d'une part en activité publique, et d'autre part en activité libérale, pour remédier à ces difficultés.

En l'absence de suivi de l'activité publique personnelle des praticiens, tout contrôle des niveaux d'activité libérale semble vain.

⁶² À titre d'exemple, le rapport type à l'ARS sur l'AL 2013 mentionne, parmi les décisions de la CAL : « *un courrier sera adressé à un praticien pour lequel une discordance est relevée depuis au moins 3 ans entre les honoraires déclarés à l'hôpital et le relevé SNIR. En cas de non réponse, la direction du Groupement adressera un courrier à la CPAM pour essayer de disposer d'éléments plus précis permettant de comparer avec les déclarations* ». Ainsi, malgré des anomalies constatées de manière répétée sur plusieurs années, aucune action ferme à l'égard du praticien n'est envisagée.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que suite à la réunion annuelle de la commission centrale de l'activité libérale fin 2016, le département de l'information médicale a été sollicité pour rappeler très concrètement :

- ♦ les modalités d'identification de l'activité libérale dans le logiciel Web100T, qui le permet ;
- ♦ les modalités d'attribution nominative des actes réalisés en secteur public par un praticien ;
- ♦ et les modalités de déclaration des plages d'activité libérale sous GTMed.

6.3.6.2.5- Les apports limités du logiciel GTMed

En 2010, le déploiement du nouveau logiciel de gestion du temps de travail du personnel médical, GTMed, était annoncé comme devant « *permettre de qualifier les activités et par conséquent de suivre l'activité libérale par praticien* ». Par une note du 16 décembre 2010, le directeur général, le président de la CME et le président de la CAL ont explicitement demandé aux praticiens de mentionner dans les tableaux de service informatisés les demi-journées d'activité libérale, en précisant les modalités concrètes de cette déclaration dans GTMed.

Malgré tout, la consultation des tableaux de services des dernières années via GTMed révèle que l'activité libérale ne fait pas l'objet de déclarations régulières par tous les praticiens. La CAL a relevé cette difficulté dès 2011, mais les rappels à l'ordre – même personnalisés – ne produisent pas toujours les effets escomptés. Pour l'année 2012, la CAL notait de nouveau que seuls 28 praticiens avaient renseigné leur activité libérale dans les tableaux de service GTMed pour la totalité de l'année, sur 124 contrats suivis.

Dans la mesure où les demi-journées d'activité libérale hebdomadaires sont en principe fixes notamment pour l'activité de consultation, il est possible techniquement, à la demande du praticien, de programmer leur récurrence sous GTMed. Pour les actes de chirurgie, la nécessité d'optimiser l'utilisation des blocs peut expliquer de ne pas réserver leur usage sur des demi-journées complètes aux actes réalisés en activité libérale. Cette contrainte ne devrait cependant pas dissuader les praticiens de chercher à concentrer leur activité chirurgicale libérale sur une même demi-journée, déclarée sous GTMed.

GTMed ne permet pas, en ce qui concerne les PU-PH, de tracer la répartition du temps de travail entre enseignement et activité clinique. Dès lors que cette catégorie de PM est la plus concernée par l'activité libérale, il est difficile de contrôler le respect du plafond d'activité libérale de 20 % du temps hebdomadaire dédié au service hospitalier. Dans les faits, quelle que soit la durée réelle de service hospitalier des praticiens hospitalo-universitaires, le plafond de 5, 10 ou 20 % d'activité libérale est calculé de la même manière que les mono-appartenants (1/2, 1 ou 2 demi-journées).

Le déploiement de GTMed n'a ainsi, pour le moment, pas suffi à répondre aux critiques formulées par la chambre en 2010 quant au suivi de l'activité libérale, ceci par manque de coopération des praticiens. La chambre recommande donc à l'établissement d'ajouter dans les contrats-types une clause d'engagement du praticien à renseigner son activité libérale dans les tableaux de service, afin que le non-respect de cette clause puisse faire l'objet de sanctions.

6.3.6.2.6- Le contrôle des honoraires pratiqués en activité libérale

Le contrôle des honoraires peut porter principalement sur trois champs :

- ♦ concordance entre les honoraires déclarés à l'établissement pour calcul de la redevance et honoraires selon les relevés SNIR, pour s'assurer que l'établissement n'est pas lésé ;
- ♦ respect de l'obligation d'information sur les tarifs et pratique conforme aux affichages ;
- ♦ respect de la notion de « tact et mesure » dans la fixation des honoraires, notamment pour les praticiens conventionnés en secteur 2 ou non conventionnés⁶³.

La mise en place d'un tableau des tarifs moyens des consultations par praticien, établi par groupement, pour permettre un meilleur contrôle du niveau des dépassements d'honoraires pratiqués, envisagée en 2011, n'a finalement jamais eu lieu.

Le contrôle de concordance entre les honoraires déclarés et les montants figurant sur les relevés SNIR est systématiquement l'un des axes clés du contrôle des CLAL et CCAL. Les montants ainsi comparés ne coïncident cependant quasiment jamais. Seuls les écarts les plus importants font l'objet de demandes d'explications et aboutissent à d'éventuels redressements de redevance. L'établissement n'a fait état d'aucune sanction prononcée à l'égard de praticiens pour sous-déclaration des honoraires.

L'affichage des tarifs pratiqués est un point de contrôle systématique lors des contrôles approfondis menés chaque année par les CLAL.

Par contre, le niveau des honoraires appliqués par les praticiens dans le cadre de leur activité libérale ne fait pas l'objet d'un contrôle systématique. Les contrôles éventuels menés par les commissions le sont notamment à partir de l'annuaire santé Ameli⁶⁴, qui publie les tarifs pratiqués pour chaque praticien exerçant une activité libérale. Là encore, les pratiques diffèrent d'un groupement à l'autre, certaines commissions locales se refusant à opérer ce contrôle de la notion de « tact et mesure » des honoraires appliqués, en considérant que cela relève plutôt du contrôle de la déontologie mis en œuvre par l'Ordre dans le cadre de plaintes éventuelles adressées par les patients. En fin de période, les CLAL se sont attachées à examiner les dépassements pratiqués à l'aune des référentiels régionaux sans qu'aucune situation particulière ne soit relevée.

La chambre a analysé les tarifs pratiqués par les praticiens qui présentent les chiffres d'affaire d'activité libérale les plus élevés⁶⁵. Dans la majorité des cas, les tarifs pratiqués présentent des dépassements, certains très importants. Pour autant, jamais les contrôles exercés par les CAL n'ont fait mention de ces cas précis, et encore moins de rappels à adresser aux praticiens concernés à ce sujet.

Les CAL n'ont pas forcément connaissance des suites apportées par la CPAM aux transmissions concernant certains praticiens sur la question de dépassements d'honoraires jugés excessifs. Des sanctions paraissent très rarement prononcées à l'égard des praticiens.

Pour les praticiens dont l'activité libérale est la plus développée, la rémunération qu'ils retirent de cette activité libérale est beaucoup plus élevée que celle qui se rattache à leur activité publique, alors que cette dernière représente en principe au minimum 80 % de leur temps de travail.

⁶³ La chambre relève que depuis l'entrée en vigueur de la loi de modernisation de notre système de santé le 28 janvier 2016, l'article L. 6154-2 du code de la santé publique modifié restreint la possibilité d'exercer une activité libérale aux seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnés à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale.

⁶⁴ <http://annuairesante.ameli.fr/>.

⁶⁵ Chiffre d'affaire supérieur à 150 000 € annuels.

6.3.6.3- Conclusion sur l'activité libérale des praticiens

À la suite du précédent rapport de la CRC, les HCL se sont attachés à renforcer le contrôle exercé par les CAL locales et centrale sur les praticiens concernés, notamment en définissant une stratégie de ciblage des contrôles en fonction des profils des praticiens. Les contrôles exercés demeurent cependant inégaux d'un groupement à l'autre, et gagneraient à être harmonisés, par exemple par l'application homogène des trames d'audit types, pour les contrôles annuels routiniers comme pour les audits approfondis ne concernant que quelques praticiens par an.

Malgré le déploiement de GTMed, de nombreux praticiens continuent de ne pas respecter l'obligation d'inscription de leur activité libérale dans les tableaux de service, et ce en dépit des rappels fréquents de la direction des affaires médicales et des CAL. Par ailleurs, les HCL ne se sont toujours pas dotés d'outils informatiques de suivi de l'activité personnelle publique des praticiens, alors que les CAL le demandent de manière répétée. Il en résulte des difficultés évidentes pour contrôler le respect des plafonds d'activité libérale par les praticiens, tant au regard du temps qu'ils y consacrent que du volume d'activité. Ce contrôle souffre enfin d'un biais majeur dans la mesure où la majorité des praticiens exerçant une activité libérale sont des PU-PH, dont les obligations de service hospitalier ne sont pas définies par la réglementation et donc non contrôlées.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre et approfondir l'effort de contrôle de l'activité libérale, notamment par l'ajout dans les contrats-type d'activité libérale d'une clause d'engagement des praticiens à déclarer leur activité libérale dans les tableaux de service, et dans un second temps par le déploiement d'une solution informatique permettant le suivi individualisé de l'activité des praticiens. Cela permettrait un contrôle plus automatisé de l'activité libérale, qui paraît nécessaire si l'établissement poursuit son objectif de promotion de l'activité libérale. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué en ce sens qu'un travail avait été demandé fin 2016 au département d'information médicale pour permettre ce suivi nominatif des actes.

6.3.7- Les activités d'intérêt général des praticiens hospitaliers

L'exercice d'une activité d'intérêt général (AIG) est réservé aux praticiens titulaires exerçant à temps plein, ainsi qu'aux chefs de clinique des universités – assistants des hôpitaux (CCU-AH). Selon l'article R. 6152-30 du CSP, ces praticiens peuvent consacrer une à deux demi-journées par semaine à des activités extérieures à leur établissement d'affectation, au profit de structures publiques ou privées à but non lucratif. Ces AIG peuvent faire l'objet d'une rémunération.

L'AIG doit être préalablement autorisée par la DAM, et se traduit par une convention entre les deux établissements. Celle-ci fixe les missions du médecin, les conditions d'intervention, et éventuellement le montant de sa rémunération.

Le suivi des conventions d'AIG n'appelle pas d'observation, et respecte notamment les contraintes de non-cumul avec une activité libérale.

La DAM a pu transmettre une liste, à jour en avril 2016, des praticiens exerçant une activité d'intérêt général, établie à partir des conventions recensées et des déclarations sous ARHPEGE. Cette application de suivi des ressources humaines comporte en effet un onglet permettant le suivi des AIG. Le constat a pu être fait de l'absence de recoupement avec les praticiens exerçant une activité libérale, ainsi qu'une amélioration de la qualité du suivi des conventions d'AIG sous ARHPEGE au cours de la période sous revue.

6.3.8- Les activités d'expertise judiciaire des praticiens hospitaliers

Le décret n° 2014-841 du 24 juillet 2014⁶⁶ a précisé les conditions dans lesquelles les praticiens mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 du CSP peuvent effectuer, pendant leurs obligations de service, des expertises judiciaires ordonnées en application du code de procédure pénale, conformément au II de l'article L. 6152-4 du CSP.

Il dispose ainsi que tous les praticiens exerçant leurs fonctions à temps plein dans l'établissement public de santé, quel que soit leur statut, peuvent réaliser de telles expertises dans la limite de deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Le respect de ce plafond réglementaire semble cependant difficile à contrôler dans la mesure où la DAM n'a pas de connaissance particulière des praticiens qui réalisent des expertises judiciaires – bien que la liste des experts judiciaires agréés près la Cour d'appel de Lyon, publique, comprenne de nombreux praticiens des HCL. La participation à de telles missions ne fait par ailleurs pas l'objet d'une déclaration spécifique dans les tableaux de service des praticiens concernés sous GTMed.

6.3.9- Les autres activités accessoires des praticiens hospitaliers

Les modalités d'exercice d'activités accessoires par les praticiens, et de contrôle de l'établissement à ce sujet, au regard de la réglementation relative au cumul d'activités et de celle relative à la prévention des conflits d'intérêts, ont été contrôlées.

6.3.9.1- Les dispositions applicables

L'article L. 6152-4 du code de la santé publique, introduit par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires, a étendu à tous les praticiens hospitaliers les dispositions relatives au cumul d'activité applicables aux fonctionnaires. Sont ainsi applicables aux praticiens désignés à l'article L. 6152-1 du CSP les dispositions suivantes :

- ♦ les articles 11, 25 septies et 25 octies de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires⁶⁷ ;
- ♦ les articles L. 531-1 à L. 531-16 du code de la recherche⁶⁸, relatifs à la participation des personnels de la recherche à la création d'entreprises.

Le principe applicable aux praticiens hospitaliers est ainsi celui du non-cumul de leur activité professionnelle au profit de leur employeur public avec d'autres activités privées lucratives de quelque nature que ce soit, sauf dérogations spécifiquement prévues.

⁶⁶ Décret n° 2014-841 du 24 juillet 2014 relatif aux modalités de cumul d'activité des praticiens hospitaliers en cas d'exercice de missions d'expertise judiciaires ordonnées en application du code de procédure pénale.

⁶⁷ Depuis le 22 avril 2016 et l'entrée en vigueur de la loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires. Dans sa version précédente, l'article L. 6152-4 CSP faisait référence à l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et ses dispositions d'application définies par le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'État ; à l'article 46-1, alinéa 4, de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (concernant les conditions d'octroi d'un temps partiel de droit en cas de création ou reprise d'entreprise) ; ainsi qu'à l'article 87 de la loi du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques.

⁶⁸ Avant l'ordonnance du 17 février 2014 modifiant la partie législative du code de la recherche, ces mêmes dispositions figuraient aux articles L. 413-1 à -13 du même code.

Les activités accessoires des praticiens des HCL sont soumises à une obligation de déclaration et d'autorisation préalable, après appréciation de la compatibilité de telles activités avec les obligations statutaires des praticiens concernés par la direction générale. Les PH doivent bénéficier d'une autorisation simple, les PU-PH d'une autorisation conjointe du CHU et de l'université. Le guide d'accueil des personnels médicaux seniors précise que, sauf exception, ces activités doivent être effectuées en dehors des obligations de service.

6.3.9.2- *Des activités accessoires incomplètement connues de l'établissement*

La DAM a communiqué une liste des activités accessoires déclarées par les praticiens au titre de l'année 2015. Ces déclarations concernent principalement des participations à des conférences et congrès, des missions d'expertises ou de consultant, souvent en lien avec des labos.

Pour autant, cette liste n'est pas exhaustive. Elle ne dénombre aucune demande d'activité accessoire pour les trois derniers mois de l'année 2015, ce qui est étonnant pour un établissement de la taille des HCL. Les informations concernant les dates auxquelles interviennent ces activités sont renseignées de manière assez aléatoire. Le contrôle de l'établissement sur les conditions d'exercice de ces activités paraît dès lors très théorique. Enfin, les données financières font également l'objet de déclarations à la précision très variable, quand elles sont renseignées.

La DAM a convenu qu'elle ne recensait probablement pas toutes les activités accessoires de chacun des praticiens des HCL, dont la communication à la direction de l'établissement est aléatoire. Un projet de note de rappel à la réglementation, qui devrait prendre la forme d'un guide sur les conditions d'exercice des activités accessoires à destination tant des personnels médicaux que non médicaux, a vocation à être validé en CME avant la fin de l'année 2016. Par ailleurs, l'ordonnateur a indiqué en réponse aux observations provisoires qu'un rappel des modalités d'exercice d'activités accessoires serait adressé à tous les personnels en mars 2017.

La chambre encourage l'établissement dans sa démarche d'encadrement des activités accessoires, et l'invite à élaborer une procédure et un formulaire unique de demande d'autorisations en cohérence avec les informations données dans le guide d'accueil des personnels médicaux, notamment en ce qui concerne l'exécution de ces activités en dehors des heures de service.

6.3.10- Conclusion sur la gestion du personnel médical

En raison d'une situation financière dégradée depuis plusieurs années, les HCL sont engagés dans une démarche de maîtrise de leurs dépenses de personnel. Cela se traduit, d'une part, par une politique de gestion des postes en fonction des besoins des services et de la plus-value supposée pour l'établissement réévalués chaque année et, d'autre part, par des conditions de rémunération strictement conformes aux plafonds réglementaires en dépit du défaut d'attractivité qui se pose pour certaines spécialités. Les HCL se sont également engagés dans la mise en œuvre des réformes du temps de travail des internes et des praticiens urgentistes. Cela s'est traduit par une évolution des organisations de travail qui devraient permettre de s'adapter progressivement aux nouvelles exigences réglementaires.

Le contrôle exercé sur l'activité libérale des praticiens aux HCL s'est notablement amélioré suite aux observations formulées par la chambre régionale des comptes dans son précédent rapport. Les contrôles exercés par les commissions de l'activité libérale, au niveau des groupements comme au niveau central, sont à la fois plus systématiques et plus approfondis. L'établissement a défini une politique de ciblage des contrôles qui permet de surveiller les risques les plus importants. Les suites données à ces contrôles demeurent cependant peu claires, et les irrégularités persistantes ne donnent pas toujours lieu à transmission au directeur général de l'ARS pour d'éventuelles sanctions. Surtout, l'absence d'outil permettant de mesurer efficacement l'activité publique des praticiens empêche tout contrôle efficace du respect des plafonds réglementaires.

L'encadrement des activités accessoires des praticiens est lui beaucoup plus lacunaire. L'établissement n'a une connaissance que partielle des activités annexes de ses praticiens, qu'il s'agisse des activités d'expertises ou d'autres activités accessoires.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre son effort d'encadrement de l'activité libérale, notamment en se dotant d'outils permettant de mesurer l'activité personnelle publique des praticiens comme le sollicitent les commissions de l'activité libérale depuis plusieurs années. Cet effort doit également s'étendre au contrôle des autres activités annexes des praticiens, en rétablissant un régime d'autorisation préalable de toutes les activités accessoires. Ce travail paraît essentiel dans un contexte où l'établissement cherche à promouvoir ces activités comme facteur d'attractivité.

7- LA GESTION DU PATRIMOINE DES HCL

7.1- La stratégie immobilière

7.1.1- La consistance du patrimoine privé de l'établissement

Au 1^{er} janvier 2016, le patrimoine privé des HCL comprenait :

- ♦ Immobilier :
 - 76 immeubles, valorisés à 161 019 196 € ;
 - 69 lots de copropriété, valorisés à 13 214 361 €.
- ♦ Terrains urbains :
 - 645 780 m², valorisés à 312 197 037 €, 569 baux sont à ce jour en cours.
- ♦ Domaines extérieurs :
 - 1 200 hectares de bois et forêts dans toute la France ;
 - 200 hectares de terres agricoles ;
 - 8 hectares de vignes ;
 - le tout valorisé à 10 715 280 €.

À cela viennent s'ajouter les sites hospitaliers désaffectés, reclassés dans le patrimoine privé dans la perspective de leur cession.

La gestion de ce patrimoine, retracée au sein du budget annexe A, ou DNA (dotation non affectée), procure aux HCL des ressources non négligeables, avec d'une part des recettes d'exploitation qui viennent alimenter leur capacité d'autofinancement, et d'autre part des recettes d'investissement issues des cessions d'actifs. Cette gestion a alimenté l'autofinancement du CHU à hauteur de 7 M€ par an en moyenne, de 2010 à 2015, alors que les cessions d'actifs procuraient 149,1 M€ de ressources d'investissement.

Tableau 80 : Revenus tirés du patrimoine

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Revenus des immeubles	12 647 716	14 198 628	14 081 950	14 362 247	14 546 624	14 334 876
Droits de pêche et de chasse		59 220	59 461	59 955	60 595	60 648
Fermages		22 355	20 692	21 677	21 667	23 556
CAF DNA	7 498 920	6 507 250	6 773 419	7 805 114	7 108 356	6 448 040
Produits des cessions d'actifs budget A	27 621 162	36 302 910	38 058 706	23 175 859	14 251 273	9 674 732

Sources : rapports annuels de la direction des affaires domaniales et logiciel d'analyse financière des juridictions financières

7.1.2- Le plan directeur immobilier

La gestion du patrimoine privé et à déclasser des HCL, du ressort de la direction des affaires domaniales (DAD), est définie au sein des plans directeurs immobiliers. Les orientations du plan directeur 2009-2013⁶⁹ s'inscrivent dans le projet d'établissement « Cap 2013 », avec pour objectif de contribuer à hauteur de 130 M€ au plan de retour à l'équilibre à fin 2013.

Ce schéma directeur repose sur une étude réalisée en 2009 par le cabinet Icade Conseil, selon laquelle, de 2009 à 2013, 29,6 M€ d'excédents devaient être générés par la gestion locative et 131,5 M€ par la cession d'actifs. À fin 2013, l'objectif était dépassé par le seul produit des cessions d'actifs qui ont atteint, entre 2009 et 2013, 143,4 M€.

Les orientations et actions définies en 2010 sont pour l'heure toujours en vigueur, dans l'attente de l'élaboration d'un nouveau schéma directeur en lien avec le prochain projet d'établissement.

Trois axes ont structuré la politique immobilière de l'établissement : la cession ciblée d'actifs, l'optimisation de la gestion locative des actifs conservés, la valorisation et la cession de sites complexes.

7.2- Les cessions de patrimoine

7.2.1- Un préalable : la valorisation des biens

Dans son dernier rapport d'observations définitives, la chambre soulignait que « *la méconnaissance de la valeur des biens ne permet pas de calculer leur rentabilité et ne permet donc pas d'arbitrer de façon pertinente entre leur conservation et leur cession* ». Elle notait, cependant, que « *les HCL ont décidé de procéder à une étude de valorisation, avec l'aide de compétences externes* », un chef de projet immobilier recruté sous contrat, en l'occurrence.

En 2009, les HCL ont confié l'estimation de leurs biens au cabinet ICADE et ont, par ailleurs, recouru au groupement Aires d'entreprises/Alep pour valoriser 13 sites complexes (sites administratifs, sites hospitaliers et autres). L'ensemble du patrimoine cessible valorisé a ainsi été évalué à 620 M€.

Ce travail de valorisation a permis de calculer le rendement locatif des différents actifs et d'établir une cartographie des biens à céder (lots en copropriété dont la gestion est coûteuse, immeubles en pleine propriété sur lesquels des travaux significatifs étaient à prévoir, immeubles non occupés par les agents HCL...).

⁶⁹ Approuvé lors du conseil d'administration du 15 mars 2010.

7.2.2- La procédure mise en œuvre

Suite à un appel d'offres, les HCL ont confié au cabinet Icade la définition de leur plan directeur immobilier et sa mise en œuvre, notamment par la commercialisation d'un certains nombres d'actifs. Le marché conclu en 2009 arrêta une rémunération de 480 k€ HT pour la définition du schéma directeur, dite tranche ferme, et de 2 000 k€ HT maximum, pour sa mise en œuvre, dite tranche conditionnelle.

Un portefeuille d'immeubles et de locaux commerciaux a été attribué pour valorisation au cabinet Icade. Les cessions réalisées à ce titre se sont établies à 75 960 000 €⁷⁰. La rémunération perçue par le cabinet s'est établie à 2,5 % HT du prix de cession des immeubles et à 5 % HT du prix de cession des locaux commerciaux et professionnels, plafonnée à 2 000 000 €, soit une rémunération de 1 800 000 € HT.

Les immeubles ont pu être vendus en bloc ou par lots de copropriété, en portefeuille par Icade ou directement par les HCL après publicité et mise en concurrence, par le biais notamment de la vente notariale interactive en ce qui concerne les lots de copropriétés.

7.2.3- Le montant des cessions

Le produit des cessions réalisées par les HCL, de 2010 à 2015, hors portefeuille Icade, s'est établi à 87,2 M€, excédant tant les estimations de France Domaine - de 9 M€ - que celle d'Icade Conseil.

Tableau 81 : Produits des cessions directement réalisées par les HCL

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Prix de cession	27 605 300	1 327 760	11 143 901	23 175 853	14 251 271	9 670 319	87 174 404
Estimation France Domaine	27 625 448	915 010	10 385 800	19 343 865	10 077 000	10 037 276	78 384 399
Valorisation ICADE	21 072 966	nc	nc	20 477 841	9 557 976	7 642 855	

Source : HCL

De même, le portefeuille de 26 immeubles vendus en 2011 par l'intermédiaire d'Icade, pour un montant global de 67 150 000 €, a été cédé au-delà de l'estimation réalisée tant par le cabinet conseil, pour 53 114 890 €, que par France Domaines, pour 61 050 000 €.

7.3- La gestion locative du patrimoine

7.3.1- Les revenus procurés par la gestion du patrimoine

En 2015, la gestion locative de leur domaine privé a procuré aux HCL 13,7 M€, soit des revenus en diminution de 2,3 % par rapport à 2010. Ils proviennent à part égale des immeubles et des terrains urbains. Les loyers des domaines extérieurs, de faibles montants, sont soumis aux aléas climatiques, pour le vignoble et aux cours des matières premières, pour le bois.

Si les revenus tirés des loyers des immeubles ont décliné de 19,8 %, suite aux nombreuses cessions réalisées, à l'inverse, les revenus procurés par les terrains urbains ont progressé de 16,4 % sous l'effet d'une densification des constructions et d'une revalorisation des loyers, notamment par l'intégration de droits d'entrée.

⁷⁰ 67 150 000 €, pour 26 immeubles à Lyon, à 5 650 000 €, pour un immeuble à Paris et à 3 160 000 € pour 16 lots commerciaux et un local professionnel

Tableau 82 : Évolution des revenus procurés par la gestion locative

E M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Loyers des immeubles	7,782	7,145	6,578	6,835	6,794	6,241
Loyers des terrains urbains	6,26	6,34	6,54	6,68	6,92	7,293
Loyers des domaines extérieurs	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,230
Total	14,042	13,485	13,118	13,515	13,714	13,764

Source : rapports annuels de la direction des affaires domaniales

7.3.2- Les loyers issus de la gestion des immeubles

Au 31 décembre 2015, le secteur des immeubles comprend 1 400 lots, dont 69 lots en copropriétés. Le nombre d'immeubles en pleine propriété s'élève à 76⁷¹. Sur les 1 400 lots, 959 concernent des habitations, soit 68,5 %, 144 des locaux d'activité (commerciaux, professionnels, administratifs), soit 10,3 %, et 297 des locaux divers (garages, parkings, garde-meubles, ...), soit 21,2 %.

Le précédent contrôle de la chambre notait la faiblesse des loyers et leurs disparités importantes pour une même adresse et en expliquait les raisons : réduction du loyer pour le personnel de l'établissement, logements de fonction, baux anciens de longues durées, dispositions de la loi 1948, vétusté et vacance importantes.

Depuis, le CHU a notamment défini un plan directeur immobilier relatif à son patrimoine privé et à déclasser dont l'optimisation de la gestion locative est un des axes essentiels. Il faut néanmoins préciser que suite aux importantes cessions réalisées, le patrimoine locatif des HCL est désormais affecté à 89 % à la politique sociale de l'établissement et à 10 % aux logements de fonction. Le centre hospitalier envisage de céder la dizaine d'immeubles restant.

7.3.2.1- La revalorisation des loyers

Les axes de travail

Dans le cadre du schéma directeur, un certain nombre de préconisations ont été formulées par le cabinet Icade Conseil afin de revaloriser l'ensemble des loyers perçus par les HCL.

Ce cabinet préconisait la revalorisation des loyers commerciaux et professionnels dans le cadre des congés de renouvellement et des baux supérieurs à 12 ans (gain annuel estimé à 160 k€) et pour les baux inférieurs à 12 ans, une indexation de plus de 25 %, compte tenu des évolutions de l'indice ICC.

Pour les locaux professionnels, il recommandait de systématiser la procédure de congés en cas de loyer manifestement sous-évalué⁷².

⁷¹ Rapport de gestion annuelle de la DNA.

⁷² Article 57 A de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 : « Le contrat de location d'un local affecté à un usage exclusivement professionnel est conclu pour une durée au moins égale à six ans. Il est établi par écrit. Au terme fixé par le contrat et sous réserve des dispositions du troisième alinéa du présent article, le contrat est reconduit tacitement pour la même durée. Chaque partie peut notifier à l'autre son intention de ne pas renouveler le contrat à l'expiration de celui-ci en respectant un délai de préavis de six mois. Le locataire peut, à tout moment, notifier au bailleur son intention de quitter les locaux en respectant un délai de préavis de six mois. Les notifications mentionnées au présent article sont effectuées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par acte d'huissier. Les parties peuvent déroger au présent article dans les conditions fixées au 7° du I de l'article L. 145-2 du code de commerce ».

En matière de loyers d'habitation, l'acadé Conseil constatait un potentiel de revalorisation de 15 à 25 %, principalement pour les immeubles situés dans les deuxième et sixième arrondissements. Il recommandait donc de réévaluer les loyers manifestement sous-évalués, à échéance des baux, pour les indexer sur une grille de loyers correspondant à la valeur locative du marché, en échelonnant cette augmentation sur six ans⁷³. Il estimait le gain induit par cette mesure à 325 k€ par an, de 2010 à 2013. Toutefois, les mesures successives d'encadrement des loyers ont notablement réduit les possibilités de revalorisation des loyers⁷⁴.

Enfin, le cabinet l'acadé invitait les HCL à engager des mesures de sortie de la loi de 1948.

Les résultats

Malgré des cessions d'actifs importantes, les HCL ont pu, grâce à cette politique de revalorisation des loyers, maintenir leur niveau de revenus immobiliers, en augmentant le revenu moyen par lot. Ainsi, alors que de 2012 à 2015, le nombre de lots diminuait de 1 624 à 1 400, le revenu moyen par lot passait de 4 050 à 4 458 €, progressant de plus de 400 €.

Tableau 83 : Revenu moyen par lot

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Revenus locatifs en M€	7,782	7,145	6,578	6,835	6,794	6,241
Nombre de lots	1 952	1 557	1 624*	1 619	1 483	1 400
Revenus locatifs par lots en €	3 987	4 589	4 050	4 222	4 581	4 458

Source : rapports de gestion annuels de la DAD

*L'augmentation du nombre de lots entre 2011 et 2012 est due à l'intégration des logements de fonction (46) et des panneaux publicitaires (18) sur les groupements hospitaliers ainsi que des relais téléphoniques sur le patrimoine privé.

La mise en œuvre de ces recommandations a été facilitée par une durée moyenne des baux d'habitation, locaux commerciaux et autres locaux (garages, parkings, garde-meubles...) relativement courte (cinq ans maximum), qui permet, à leur renouvellement et dans la limite de la réglementation en vigueur, de revaloriser les loyers à échéance régulière et rapprochée. Ainsi, en moyenne, de 2010 à 2014, 9,5 % des lots d'habitation ont vu le renouvellement de leur locataire chaque année.

Tableau 84 : Locaux d'habitation – taux de renouvellement des locataires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sorties	123	97	94	107	136	114
Entrées	119	115	118	118	76	100
Nbre lots d'habitation	1 386	1 134	1 123	1 102	1 039	959
Taux renouvellement locataires	8,6%	10,1%	10,5%	10,7%	7,3%	10,4%

Source : rapports de gestion annuels de la DAD

Par ailleurs, l'adoption d'une grille de loyer de référence par arrondissement et par type de logement au prix du marché, témoigne de la volonté des HCL de valoriser au mieux son patrimoine.

⁷³ En application de l'article 17 c de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986.

⁷⁴ Décrets n° 2012-894 du 20 juillet 2012, n° 2013-689 du 30 juillet 2013, n° 2015-931 du 29 juillet 2015 relatifs à l'évolution de certains loyers dans le cadre d'une nouvelle location ou d'un renouvellement de bail, pris en application de l'article 18 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989. Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR).

Malgré ces avancées, la chambre constate toujours l'existence de loyers bien inférieurs aux prix du marché.

Si l'ensemble des baux en loi de 1948 ont été dénoncés, le droit au maintien dans les lieux reste acquis à l'occupant : il n'est simplement plus transmissible aux descendants. Pour d'autres logements, le très faible taux de rotation des locataires et donc de relocation, ainsi que l'encadrement des loyers à la relocation, creusent les disparités de loyers entre logements semblables. Ainsi, de nombreux logements demeurent loués à des prix bien inférieurs au prix public défini dans la grille de loyers adoptée par les HCL.

Enfin, si dans de nombreux cas, les loyers pratiqués se rapprochent des prix du marché, ils demeurent encore en-deçà.

La grille des loyers adoptée par l'établissement, applicable uniquement au moment de la relocation et dans les limites des revalorisations permises par la loi, ne produit pas tous ses effets. Elle ne tient dans tous les cas pas compte de l'abattement consenti aux agents des HCL, dans le cadre de la politique sociale de l'établissement (soit 66 % des occupations au 31 décembre 2015). Les principaux facteurs de limitation des loyers évoqués dans le précédent rapport de la chambre demeurent ainsi, pour la plupart, d'actualité.

7.3.2.2- Les logements relevant de la loi 1948

Les logements soumis à la loi de 1948⁷⁵ sont des logements construits avant le 1^{er} septembre 1948 et situés sur certaines communes de plus de 10 000 habitants ou limitrophes. Ce régime propose des loyers peu élevés et fait bénéficier le locataire et ses proches d'un droit au maintien dans les lieux à la fin du bail sous réserve que le propriétaire n'exerce son droit à congé. Depuis la loi du 23 décembre 1986, seuls les locataires entrés dans les lieux avant cette date continuent de bénéficier, sous certaines conditions, du régime de la loi de 1948. La relocation d'un logement devenu vacant n'est plus soumise au régime restrictif de cette loi.

Le dernier rapport d'observations définitives relevait, qu'en 2008, 280 baux « loi 1948 » limitaient fortement les loyers. En 2009, l'étude menée par Icade Conseil en dénombrait 238, dont près de 60 % se situaient dans des immeubles dont la cession était programmée par le schéma directeur immobilier. Il n'en subsistait plus en 2016 que 63.

7.3.2.3- La vétusté de certains éléments du patrimoine locatif et la vacance

Selon l'état locatif établi en mai 2009, les 132 immeubles en pleine propriété de l'établissement comptaient 320 logements vacants, sur un total de 1 343 logements, soit un taux de vacance de 24 %. 126 de ces logements vacants étaient localisés dans des immeubles dont la cession était envisagée. Pour les 194 autres, une relocation après rénovation était programmée, 75 % des logements vacants étant alors considérés comme vétustes. Ces rénovations prévues pour un montant de 7,25 M€ devaient permettre une remise à niveau des loyers et une récupération de charges pour un gain global estimé à 1,2 M€.

⁷⁵ Loi n° 48-1360 du 1^{er} septembre 1948 portant modification et codification de la législation relative aux rapports des bailleurs et locataires.

Les HCL ont ainsi consacré plus de 20 M€ à la rénovation de leurs biens locatifs, de 2010 à 2015, dont 8,6 M€ en investissement et 12 M€ en fonctionnement. Après ces travaux, la relocation a été réalisée au prix du marché et la vacance des logements (locaux d'habitation) ne s'établit plus qu'à 13%⁷⁶ (124 appartements sur 922). Il faut néanmoins relever que 2 M€ de travaux ont été consacrés à la rénovation de logements de fonction qui ne procurent aucun revenu.

Tableau 85 : Effort de rénovation du patrimoine

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Travaux d'investissement	2,13	2,33	1,85	1,18	0,7	0,4	8,59
Travaux d'entretien	1,86	2,08	1,79	1,7	2,02	2,56	12,0
Nombre de logements rénovés en investissement	31	49	43	26	12	0	161
Nombre de logements rénovés en entretien	18	7	16	14	26	29	110

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Travaux d'entretien	1,862	2,081	1,793	1,696	2,022	2,564	12,018
dont logements et autres locaux loués	0,585	0,896	0,723	0,684	0,868	1,446	5,202
dont logements de fonction	0,628	0,333	0,213	0,11	0,632	0,236	2,152
dont parties communes	0,649	0,852	0,857	0,902	0,522	0,531	4,313
dont autres projets	0	0	0	0	0	0,351	0,351

Source : Rapports de gestion de la DAD

7.3.2.4- L'utilisation du patrimoine privé des HCL au service de la politique sociale de l'établissement

Les logements sont loués en priorité aux agents des HCL, lesquels bénéficient d'une réduction de loyer de 20 % par rapport au prix du marché, en vertu d'une délibération du conseil d'administration du 16 décembre 1988.

Pour l'établissement, cet avantage constitue « *un élément fort de [sa] politique sociale* » qu'il n'envisage pas de remettre en cause.

Les logements à louer font l'objet d'une liste, révisée chaque semaine, mise en ligne sur l'intranet du centre hospitalier et affichée dans les différents établissements.

Les logements sont loués aux agents des HCL ayant déposé la première demande sous condition de ressources et d'adéquation entre le logement et la composition familiale. D'autres critères peuvent ponctuellement entrer en ligne de compte, comme la situation sociale de l'agent ou le profil professionnel selon les besoins de l'établissement. La location est validée lors de réunions du service Gestion locative par le cadre responsable. Lorsqu'aucun agent ne s'est manifesté, les biens sont mis à la location à l'extérieur.

En moyenne, de 2010 à 2015, cette procédure a abouti à louer plus de 95 % des logements à des agents des HCL.

⁷⁶ Ce ratio s'établit à 17 % pour l'ensemble des locaux (229 lots vacants sur 1 344).

Les agents des HCL, dont la position statutaire est désormais précisée en annexe au bail, bénéficient d'un abattement de 20 % sur le montant du loyer. Sont concernés les agents titulaires, actifs et retraités, à l'exception des agents en disponibilité, détachement ou révoqués. Sont également concernés les agents en contrat à durée indéterminée, à l'exception de ceux en position de congés pour convenances personnelles ou pour créer une entreprise. Pour éviter que des agents ne travaillant plus au CHU continuent de bénéficier de cet avantage, un échange de fichier trimestriel a récemment été mis en place entre la Direction des Affaires domaniales (DAD) et celle du Personnel et des affaires sociales (DPAS).

L'examen rapide de ces fichiers a révélé le maintien de certains agents dans les logements dits sociaux après leur départ de l'établissement. À titre d'exemple, trois personnes occupaient toujours un logement des HCL au 15 septembre 2016 après avoir quitté leur fonction entre le 1^{er} janvier et le 18 mai 2016. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que « *la perte du statut d'agents HCL entraîne la suppression de l'abattement mais n'entre pas dans les motifs de résiliation du bail* », et que le rapprochement mensuel des fichiers de la DAD et de la DPAS « *permet le rétablissement du loyer à taux plein et le calcul des rappels pour les locataires n'ayant plus la qualité d'agents* ».

Tableau 86 : Répartition des bénéficiaires d'un logement HCL

Total appt, park, cave, garage, jardin	958		Total appt	804
Actifs HCL avec abattement	518	54,1%	436	54,2%
Actifs HCL sans abattement	42	4,4%	36	4,5%
Logement de fonction	72	7,5%	69	8,6%
Retraités HCL sans abattement	59	6,2%	53	6,6%
Retraités HCL avec abattement	138	14,4%	109	13,6%
		86,5%		87,4%
Non HCL	121	12,6%	92	11,4%
Loge	5			
Local administratif	2			
Local association	1			

Source : réponse de l'ordonnateur, retraitements CRC

7.3.2.5- Les logements de fonction

Le dernier rapport d'observations définitives de la chambre dénombrait 84 logements du patrimoine privé des HCL et 33 du patrimoine hospitalier, occupés gratuitement pour nécessité absolue de service.

Au 31 mai 2009, l'acadé Conseil estimait les pertes de revenus occasionnées à près de 1,5 M€, sans compter les fluides et l'électricité⁷⁷. Toutefois, l'indemnité compensatrice que l'établissement serait conduit à verser, à défaut d'assurer le logement des personnels astreints à des gardes de direction ou techniques⁷⁸, s'établirait à 1,8 M€⁷⁹.

⁷⁷ Au 31 mai 2009, l'acadé Conseil dénombrait 79 logements de fonction dans le patrimoine privé de l'établissement, et chiffrait à environ 1,4 M€ la perte locative occasionnée en leur appliquant les valeurs locatives de marché, et à plus 0,1 M€ les pertes de charges non récupérées.

⁷⁸ En vertu des dispositions de l'article 3 du décret n°2010-30 du 8 janvier 2010 modifié.

⁷⁹ Le montant de l'indemnité compensatrice mensuelle prévue à l'article 3 du décret n° 2010-30 susvisé s'établit à 1 828 € pour les communes classées en zone A (arrêté du 8 janvier 2010). La ville de Lyon est classée en zone A depuis le 1^{er} octobre 2014. 1 848 € x 12 x 83 logements = 1 816 704 €.

Début 2016, 83 logements étaient attribués pour nécessité absolue de service, dont 9 dans le patrimoine hospitalier (dont 4 à Giens), soit 9 % du patrimoine locatif. Depuis le dernier contrôle de la chambre, le nombre de logements attribués pour nécessité absolue de service a donc diminué d'une trentaine.

Le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010⁸⁰ modifié, 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, réserve la concession de logement pour nécessité absolue de service aux personnels fonctionnaires occupant les emplois de direction et de directeurs des soins « *en contrepartie de la participation de ces personnels aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public qui leur sont dévolues* ». Les établissements publics de santé peuvent également concéder des logements pour nécessité absolue de service à des fonctionnaires occupant des emplois limitativement énumérés par le décret, « *astreints à des gardes de direction ou techniques, en vertu d'un tableau établi [...] par le directeur* ». Ces fonctionnaires – ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière, responsables des centres maternels, de pouponnières et de crèches - doivent alors assurer un nombre annuel minimum de journées de garde fixé à 40 par un arrêté ministériel du 8 janvier 2010.

Le tiers des logements de fonction pour nécessité absolue de service est concédé à cette deuxième catégorie de personnels. Il s'agit essentiellement d'ingénieurs hospitaliers. Un pharmacien, un responsable de projets, un conducteur d'opération et trois attachés de l'hôpital Renée Sabran, dans le Var, en bénéficient également. Dans un cas, la chambre n'a pu avoir la preuve qu'un agent bénéficiant d'un logement de fonction depuis 2011 ne justifiait pas de 40 jours de garde par an.

7.3.3- Les loyers issus de la gestion des terrains urbains

Tableau 87

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Revenus locatifs en M€	6,26	6,34	6,54	6,68	6,92	7,293
Superficie des terrains urbains	67h78a	67h78a	67h76a	62h81a	68h27a	68h27a

Source : rapports de gestion annuels de la Direction des affaires domaniales

Les HCL sont propriétaires, à Lyon, de terrains reçus en dons et legs au 17^{ème} siècle. Ils représentent aujourd'hui 68 hectares, loués par le biais de baux à longue durée dont le loyer, pour les trois quarts d'entre eux⁸¹, est révisable tous les trois ans. Ces terrains urbains, désormais construits, sont situés pour 60 % de leur surface dans les 3^{ème} et 6^{ème} arrondissements (85 % des baux en cours). « *Les baux de longue durée qui ont alors été conclus par les HCL sont des contrats de louage régis uniquement par les dispositions du code civil* ». 78 % de ces baux arrivent à terme au-delà de 2025, 12 % entre 2015 et 2025.

Au 31 décembre 2015, les HCL dénombraient 569 baux concernant 345 780 m² de terrains urbains, valorisés à hauteur de 312 197 037 €. 78 % d'entre eux étaient en mode de révision libre (révision triennale).

⁸⁰ Le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 a été modifié par le décret n°2 013-347 du 23 avril 2013.

⁸¹ 78 % des baux sont à mode de révision libre, c'est-à-dire à échéance triennale.

Afin de revaloriser les loyers générés par ces baux, l'cade conseil préconisait pour les baux à mode de révision libre et dont la durée restante excédait dix ans, une indexation annuelle de 3,3 % en cas de loyer inférieur à 2,5 € HC/m² hab/an et de 2,6 % en cas de loyer compris entre 2,5 et 4 € HC/m² hab/an. Toutefois, l'évolution de l'indice du coût de la construction (ICC) n'a pas correspondu aux valeurs proposées par l'cade et l'établissement n'a pu revaloriser les baux à hauteur des préconisations.

Tableau 88 : ICC – Glissement annuel en % T/T-4

2011	2012	2013	2014	2015
+ 6,85	+ 0,06	- 1,46	+ 0,62	+ 0,25

Source : Insee

7.4- Le musée des HCL et le domaine de la Croix-Valmer

Dans son dernier rapport d'observations définitives, la chambre relevait que certains éléments du patrimoine privé des HCL constituaient des zones de pertes persistantes. Elle ciblait notamment le musée des HCL et le domaine de la Croix-Valmer.

7.4.1- Le musée des HCL

Installé sur environ 800 m² dans les bâtiments de l'Hôtel-Dieu, le musée des HCL expose le mobilier des salles de l'Hôpital de la Charité détruit en 1935 et retrace également l'histoire des HCL depuis leur création, à travers la présentation d'archives et de photos, ainsi que l'exposition d'anciens instruments de chirurgie et de médecine.

La reconversion de l'Hôtel-Dieu a entraîné la fermeture du musée au public le 1^{er} janvier 2011 et pendant toute la durée des travaux. Selon le dernier rapport d'activité du musée, le personnel, réduit au minimum, avait en charge la sécurité, la manutention et la gestion institutionnelle du musée⁸². Cette réduction de la masse salariale a permis de réduire le déficit du musée de 308,3 k€ en 2010 à 197 k€ en 2015, malgré l'absence de recette⁸³. Après transfert opéré en 2014, les collections sont désormais stockées dans une réserve aux normes muséales, louée à Marennes (Sud de Lyon). Une autre partie (collection Renaud) est stockée dans un espace HCL (plateforme HOSPIMAG 2). En 2015, un seul agent de catégorie A est affecté aux projets « Patrimoine historique des HCL » dont relève le Musée.

Tableau 89 : Résultat financier du musée des HCL

	Rappel 2010	2012	2013	2014	2015
Charges de personnel	331 697	143 006	136 429	297 608	89 840
Autres charges	17 818	22 329	39 224	427 599	107 192
Recettes	41 227	0	0	0	0
Résultat	- 308 288	-165 335	-175 654	-725 208	-197 033

Source : comptes de résultat 2012 à 2015

⁸² Jusqu'en 2014, un directeur, un attaché, un chargé du suivi scientifique, un chargé du suivi logistique et six techniciens de conservation sont affectés au Musée des HCL.

⁸³ En 2014, le musée accuse un déficit de 725,2 k€ en raison du déménagement des collections, de leur inventaire et de leur récolement réglementaire.

7.4.2- Le domaine de la Croix-Valmer

Considérant l'utilisation faite de ce site peu conforme au souhait des donateurs et son caractère déficitaire, la chambre, dans son dernier rapport d'observations définitives, recommandait aux HCL, de procéder à la cession de la « Fondation Rouyer-Warnier », après avoir fait procéder « à une évaluation externe et professionnelle qui reflète sa valeur sur le marché ».

Alors que cette propriété de neuf hectares, située en bord de mer à la Croix-Valmer, avait été léguée en 1925 à charge d'y fonder un préventorium marin pour les enfants anémiques et en situation familiale précaire, elle accueillait, désormais, des colonies de vacances et un camping en contrepartie d'une indemnité d'occupation et d'un loyer modestes.

Suivant la recommandation de la chambre, les HCL ont entrepris les démarches juridiques nécessaires à la levée des charges de cette libéralité. Autorisé à céder ce bien par un jugement du 13 septembre 2012, confirmé par un arrêt de la cour d'appel d'Aix en Provence du 12 novembre 2013, les HCL ont signé un acte de vente, le 8 avril 2016, avec la Société Gerco⁸⁴, après avoir conclu un mandat de vente avec une agence immobilière spécialisée.

Ce bien, valorisé en 2009 à 15,2 M€ par Aires d'entreprise, a été cédé pour 6 M€, ce qui correspond à l'évaluation qu'en ont fait les services des domaines le 5 janvier 2016⁸⁵. Sur les 9,5 hectares, 4,8 sont situés sur une zone classée UC, c'est à dire une zone constructible de quartiers résidentiels et 4,5 en zone à protéger en raison d'un espace boisé classé.

Le choix du mandataire en charge de commercialiser le bien a fait l'objet d'un marché à procédure adaptée. Sur ce point, la chambre relève que les HCL ont volontairement fixé la rémunération maximale du mandataire à 207 k€, soit le seuil au-delà duquel une procédure d'appel d'offres doit être organisée.

7.5- L'Hôtel Dieu

Pour mémoire, le site de l'Hôtel Dieu constitue un patrimoine bâti d'environ 52 000 m² sur une assiette foncière de 22 547 m². Le site, désaffecté de toute activité hospitalière, a été déclassé et intégré au domaine privé de l'établissement par une décision du 18 octobre 2010.

Les HCL ont confié, par le biais d'un bail à construction, le réaménagement, la gestion et l'exploitation du site de l'Hôtel Dieu à un opérateur unique. L'établissement hospitalier, qui demeure propriétaire de l'ensemble immobilier, perçoit une contrepartie financière. Il s'agit avant tout, pour lui, de valoriser financièrement un site désaffecté.

Etant donné le caractère historique et structurant du bien, ce projet de reconversion a été mené en partenariat avec la ville et la communauté urbaine de Lyon. Un comité de pilotage a été institué, réunissant les trois entités, et consulté à chaque étape de la procédure de choix des partenaires.

Les HCL ont recouru aux services d'un assistant à maîtrise d'ouvrage, le groupement « Société d'équipement du Rhône et de Lyon (SERL)/Bruno Dumetier Design/ARCHIPAT », dont la SERL est le mandataire.

⁸⁴ La société GERCO est une société à responsabilité limitée au capital de 2 M€, dont le siège est situé à Ecully. Si elle exerce son activité principale dans le secteur de l'ingénierie et des études techniques, elle possède également la qualité de marchand de biens.

⁸⁵ Sur les 94 350 m² évalués par le service des domaines à 6 550 000 €, les HCL ont conservé 10 000 m², qu'ils ont cédé par la suite au comité d'action sociale des pompiers du Rhône.

Le choix du preneur du bail à construction a fait l'objet d'une consultation en deux temps, après publicité dans les publications du « Moniteur des travaux publics et du bâtiment », du « Progrès » et de la revue « Hôtel restau hebdo », ainsi que sur les sites internet des HCL, du Grand Lyon, de la ville de Lyon et de la SERL⁸⁶.

Une première phase a consisté à sélectionner un nombre maximum de cinq candidats sur leurs capacités financières et techniques, leurs organisations, intentions et motivations. Chaque candidature devait être constituée a minima d'un investisseur (mandataire du groupement), d'un concepteur - représenté au minimum par deux architectes dont l'un spécialiste du patrimoine - et d'un hôtelier. Au terme de cette première étape, cinq candidats ont été invités à faire une offre. Il faut noter, à ce stade, l'éviction de la candidature du groupe Vinci et du fonds d'investissement Macquarie Global Property Advisors au motif que cet investisseur ne s'engageait pas contractuellement vis-à-vis de ses partenaires.

Tableau 90 : Bail à construction de l'Hôtel Dieu – Candidatures retenues

Investisseur-promoteur	Architecte	Architecte du patrimoine	Hôtelier
EIFFAGE IMMOBILIER/GENERIM	AIA Atelier de la Rize	Didier REPELLIN	Intercontinental
DIXENCE/ FINANCIERE DENTRESSANGLE	WILMOTTE & ASSOCIES	Thierry ALGRIN	Starwood (Westin, Sheraton, Meridien)
AERIUM PROPERTIES/ICADE	AAAB (A. BECHU)	Alain-Charles PERROT	Fairmont
ANF CONVERGENCE/ ING RED	REICHEN & ROBERT	Pierre BORTOLUSSI	Four Saison
NEXITY/ Michel REYBIER/ CAPITAL France HOTEL	STUDIO J.J. ORY	Olivier NAVIGLIO	HYATT

Source : HCL

Après audition des quatre candidats ayant remis une offre⁸⁷, négociations et réception des compléments apportés à la demande du maître d'ouvrage, les offres ont été définitivement analysées le 1^{er} octobre 2010, au regard des critères suivants : qualité du programme proposé – pondération de 30 %, montage juridique, administratif et financier – pondération de 40 %, qualité architecturale et valorisation du patrimoine – pondération de 30 %.

À la suite de cette analyse, le comité de pilotage a choisi l'équipe menée par le groupement mandataire, Eiffage/Generim, comme preneur à bail à construction, notamment pour la pertinence et la qualité architecturale du programme proposé par AIA Atelier de la Rize et Didier Repellin⁸⁸, deux architectes lyonnais. Cette équipe proposait également l'offre financière la plus élevée.

⁸⁶ Le bail à construction ne relève ni du code des marchés publics, ni de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005, ni de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique.

⁸⁷ Sur les cinq candidats retenus, quatre ont fait une offre.

⁸⁸ Didier Repellin est Inspecteur général des Monuments historiques, architecte en chef des monuments historiques, architecte dplg École nationale d'architecture de Lyon.

Tableau 91 : Bail à construction de l'Hôtel Dieu – Classement des offres

Mandataire	Programmation pondération 30% note/6	Montage juridique, administratif et financier pondération 40% note/8	Qualité architecturale et valorisation du patrimoine pondération 30% note/6	Note totale note/20
EIFFAGE IMMOBILIER/GENERIM	4,5	5,3	4,5	14,3
AERIUM	3,8	5,3	2,6	11,7
ANF/AMUNDI/ CONVERGENCE/ ING RED	3	5,3	3	11,3
NEXITY	3,8	5,3	4,5	13,6

Source : HCL

Toutefois, le choix de cette équipe pose question tant au regard du règlement de la consultation que de la sécurité financière de l'opération.

En effet, selon le règlement de la consultation de la phase 1⁸⁹, l'équipe candidate doit obligatoirement comprendre un investisseur, défini comme « *un ou plusieurs prestataires qui apportent le financement de la totalité de l'opération* », cet investisseur est mandataire du groupement.

Or, aucune des sociétés mandataires de l'équipe retenue ne présente les caractéristiques d'un financeur. La société GENERIM⁹⁰ est une société de promotion immobilière qui n'apporte pas de financement et ne devrait pas, à ce titre, être désignée mandataire de l'équipe candidate. Sa qualité de mandataire lui autorise toutefois une rémunération perçue auprès des autres membres de l'équipe.

Deuxièmement, Eiffage Immobilier est un constructeur qui s'appuie sur des établissements financiers ou fonds d'investissement non identifiés au moment du choix du preneur à bail, contrairement aux offres concurrentes.

C'est finalement la compagnie d'assurances Predica, filiale du Crédit Agricole, qui apportera les fonds. Le bail à construction n'est signé que le 3 décembre 2014⁹¹, soit quatre ans après le choix de l'opérateur. Outre la recherche d'un financeur, les découvertes archéologiques, les problèmes posés par l'amiante et le plomb ont concouru à retarder fortement la signature du bail.

Le bail à construction a été conclu pour une durée de 99 ans entre les HCL, d'une part, et la société à action simplifiée Hôtel Dieu Lyon presqu'île, le preneur, et Eiffage construction et la société en nom collectif Hôtel Dieu réalisation, les intervenants, d'autre part.

Le preneur, qui assure le réaménagement du site, sa gestion et son exploitation, est la SAS Hôtel Dieu Lyon presqu'île, aujourd'hui GHD Commerces, dont le capital est détenu à 80 % par Eiffage immobilier.

Parmi les intervenants, la SNC Hôtel Dieu réalisation, créée le 13 mars 2012 par Eiffage immobilier et la société GENERIM SA, est le promoteur qui assure l'ensemble des décaissements et encaissements relatifs à l'opération.

⁸⁹ Article 8.1.

⁹⁰ GENERIM est une société anonyme dont le capital est détenu à 75 % par la société KEOPS. Ces deux sociétés de promotion immobilière, sises à Aix en Provence, sont dirigées par MM. Philippe Ribes et Philippe Baude.

⁹¹ Un avenant a été signé le 5 mai 2015.

Le bail à construction est consenti par les HCL moyennant un loyer annuel de 100 k€, de la signature du bail à l'achèvement des travaux, puis de 250 k€ pendant 18 ans à compter de l'achèvement des travaux et enfin de 500 k€ à compter de la 19^{ème} année. Ce dernier montant correspond à un revenu annuel de 22,73 € au m², deux fois plus élevé que celui perçu pour les terrains urbains. Les HCL percevront en cumulé 42,9 M€ sur 99 ans.

7.6- Conclusion sur la gestion du patrimoine

Les HCL ont, au cours de la période sous revue, fait preuve d'une politique volontariste en matière de gestion du patrimoine, répondant ainsi à la plupart des recommandations émises par la chambre dans son précédent rapport. Les gains d'efficience susceptibles d'être réalisés aujourd'hui dans ce domaine sont limités par les priorités esquissées par l'établissement en matière de politique des loyers à destination de ses personnels.

8- **ANNEXE****Tableau 92 : Liste des pôles d'activités médicales**

Localisation	Pôles Cliniques
Groupement Hospitalier Nord	Gynécologie Obstétrique Néonatalogie Génétique
	Médecine
	Spécialités Médico-Chirurgicales
Groupement Hospitalier Sud	Chirurgie
	Urgences
	Spécialités Médicales
	Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle
Groupement Hospitalier Est	Spécialités Neurologiques
	Spécialités Pédiatriques
	Cœur Poumon Métabolique Hormones
	Couple Nouveau-Né
Groupement Hospitalier Edouard Herriot	Urgences Réanimation Médicale, Anesthésie-Réanimation SAMU (URMARS)
	Spécialités Médicales
	Spécialités Chirurgicales
	Odontologie
Institut du Vieillissement ⁹² (HEH)	Gériatrie
Groupement Hospitalier R. SABRAN	Chirurgie
	Médecine et réadaptation
Pôles transversaux	Pôles Médicotechniques
	Biologie et Anatomie Pathologique
	Imagerie
	Information Médicale, Evaluation, Recherche
	Santé, Recherche, Risques et Vigilances
	Pharmaceutique

Source : Hospices Civils de Lyon.

⁹² Depuis le 1^{er} janvier 2016.