



Chambre régionale des comptes
d'Auvergne, Rhône-Alpes

La Présidente

Lyon, le 18 février 2014

N°

Recommandée avec A.R.

REF : Ma lettre n° D133535 du 27 décembre 2013.

P.J. : 1

Monsieur le Directeur,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier intercommunal « Les hôpitaux du Léman » au cours des exercices 2008 et suivants. 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 des réponses écrites qu'ont fait parvenir à la chambre, dans ce délai, vos prédécesseurs.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, auquel doivent être jointes les réponses écrites, 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.

Ce rapport devenant communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, je vous serais obligée de bien vouloir m'indiquer à quelle date ladite réunion aura eu lieu.

En application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur départemental des finances publiques de la Haute-Savoie. Par ailleurs, le document est communiqué au directeur de l'agence régionale de santé.

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

Catherine de Kersauson

Monsieur Stéphane MASSARD
Directeur du centre hospitalier intercommunal
« Les hôpitaux du Léman »
3 avenue de la Dame
74203 THONON-LES-BAINS CEDEX



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Centre hospitalier intercommunal des hôpitaux du Léman

(Département de la Haute-Savoie)

Exercices 2008 à 2012

SOMMAIRE

1-	PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
1.1-	Positionnement stratégique	7
1.2-	Evolution de l'activité	9
1.2.1-	L'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) en hospitalisation	9
1.2.2-	L'activité des urgences.....	10
1.2.3-	L'activité de consultation	10
1.2.4-	L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)	10
1.2.5-	Activité de long séjour	10
1.3-	L'analyse médico-économique	11
1.4-	La contractualisation externe et interne	12
1.4.1-	La contractualisation externe	12
1.4.2-	La contractualisation interne et la gouvernance	14
2-	FIABILITE DES COMPTES.....	14
2.1-	La préparation à la certification des comptes	14
2.2-	Les principes de sincérité et de régularité.....	15
2.2.1-	Le suivi des immobilisations et de l'état de l'actif.....	15
2.2.2-	Le calcul des amortissements.....	15
2.2.3-	La comptabilisation des stocks	16
2.2.4-	Le remboursement des frais par les budgets annexes	16
2.2.5-	L'exactitude des imputations comptables	17
2.3-	Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits	17
2.3.1-	Le rattachement des charges à payer	17
2.3.2-	Les rattachements de produits à l'exercice.....	19
2.3.3-	Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser	19
2.3.4-	Les créances irrécouvrables	19
2.4-	Le principe de prudence et la constitution des provisions.....	21
2.4.1-	Les provisions réglementées	21
2.5-	Les provisions pour risques et charges	22
2.5.1-	Les provisions pour risques (compte 1518)	22
2.5.2-	Les provisions pour charges	24
2.5.3-	Les provisions pour gros entretien ou grande révisions	25
2.6-	La sincérité et la fiabilité des prévisions budgétaires	25
3-	ANALYSE FINANCIERE	26
3.1-	La formation du résultat.....	26
3.1.1-	L'évolution des recettes	27
3.1.2-	L'évolution des dépenses.....	28
3.2-	Le résultat et l'analyse des soldes intermédiaires de gestion.....	29
3.3-	La capacité d'autofinancement, le tableau de financement et les indicateurs d'investissement.....	33
3.3.1-	La capacité d'autofinancement (CAF).....	33
3.3.2-	Le tableau de financement.....	34
3.3.3-	Les indicateurs d'investissement	34
3.4-	L'analyse bilancielle	35
3.5-	La situation de la dette	36
3.5.1-	Encours de dette et nature de la dette	36
3.5.2-	Gestion de la dette	36
4-	LA STRATEGIE D'INVESTISSEMENT.....	38
4.1-	Des projets de reconstruction et réhabilitation successifs découlant de la fusion	38
4.2-	Le schéma directeur immobilier du projet d'établissement 2011-2015	40
4.3-	L'incidence sur le plan global de financement pluriannuel	40
5-	MARCHES PUBLICS	42
5.1-	La procédure d'achat	42
5.2-	L'analyse par code nomenclature.....	42
5.3-	L'analyse de quelques marchés.....	43
5.3.1-	Les marchés de l'optimisation de l'information médicale.....	43
5.3.2-	Le paiement d'une prestation en information médicale sans passation de marché.	44
5.3.3-	Les marchés de la construction du bâtiment de médecine.....	45

6-	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DEPENSES DE PERSONNEL	49
6.1-	Pilotage et efficacité	49
6.1.1-	Le pilotage de la masse salariale	49
6.1.2-	La gouvernance de la gestion des ressources humaines.....	57
6.1.3-	L'efficacité de l'organisation	59
6.1.4-	Le parcours de soins et les goulots d'étranglements.....	64
6.2-	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)	67
6.2.1-	Le degré de formalisation de la GPEC	67
6.2.2-	La rationalisation des effectifs par une démarche métier	67
6.2.3-	La connaissance des marges de manœuvre.....	67
6.3-	Les primes et indemnités.....	68
6.3.1-	L'indemnité pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif de nuit.....	68
6.3.2-	La nouvelle bonification indiciaire	69
6.3.3-	L'indemnité représentative de travaux supplémentaires (IFTS)	69
6.3.4-	La prime de début de carrière	69
6.3.5-	La prime d'encadrement	69
6.3.6-	La prime de technicité	69
6.3.7-	La prime d'installation	69
6.3.8-	La prime de service	70
6.4-	La gestion du temps de travail	70
6.4.1-	Les règles de gestion et de contrôle du temps de travail	70
6.4.2-	Les heures supplémentaires	71
6.4.3-	Les comptes épargne temps (CET)	71
6.4.4-	Les astreintes non médicales.....	72
6.4.5-	L'absentéisme : une contrainte délicate à gérer	74
6.5-	La gestion des personnels médicaux.....	74
6.5.1-	Les contraintes de recrutement des personnels médicaux et la pénurie médicale.....	74
6.5.2-	La permanence des soins	75
6.5.3-	Les remplacements médicaux	76
6.5.4-	Les médecins vacataires.....	79
6.5.5-	Le temps de travail médical	79
6.5.6-	L'activité libérale.....	81

SYNTHESE

La chambre régionale des comptes d'Auvergne, Rhône-Alpes a examiné la gestion du centre hospitalier intercommunal « les hôpitaux du Léman » pour les exercices 2008 à 2012.

Le CHI des « hôpitaux du Léman », deuxième établissement de santé de Haute-Savoie en 2012, est issu de la fusion des centres hospitaliers de Thonon et Evian. Il est, depuis octobre 2012, le seul établissement de santé dans le Chablais (136 000 habitants), confronté au double défi de devoir absorber les conséquences de la fusion, tout en faisant face à une activité particulièrement dynamique depuis 2011, et ce, dans un contexte de pénurie de personnels médicaux et paramédicaux.

Cette augmentation d'activité permet aux hôpitaux du Léman de maintenir une situation financière saine avec un résultat comptable excédentaire et une capacité d'autofinancement nette positive en dépit de la non mise en œuvre de mesures de maîtrise des dépenses, notamment de personnel, lesquelles augmentent plus rapidement (+15,94%) sur la période que les recettes d'activité (+13,2%). Toutefois, le rythme d'augmentation des recettes d'activité est voué à ralentir, sous l'effet conjugué des campagnes tarifaires annoncées à la baisse et de la stabilisation des parts de marché sur le bassin de santé.

Pour autant, les hôpitaux du Léman sont aujourd'hui confrontés à une problématique d'investissement majeure. Le site de Thonon, sur lequel a été regroupé l'ensemble des activités de court séjour, a connu des opérations de restructurations successives (plateaux techniques de chirurgie et d'obstétrique, maternité, cuisine centrale, chaufferie, bâtiment de médecine, etc.) toutes menées au coup par coup sans cohérence les unes avec les autres et sans vision prospective ni stratégique globale. Il en résulte une série de bâtiments neufs ou restructurés, non fonctionnels et non efficaces pour une partie d'entre eux (cuisine centrale, bâtiment de médecine) qui ne répondent que partiellement aux besoins découlant de l'activité croissante et cohabitant avec des bâtiments non restructurés et souffrant de non conformités sanitaires et de sécurité majeures. Par ailleurs, les coûts liés à ces opérations successives sont importants. Malgré cela, l'établissement dans le cadre de son nouveau projet d'établissement (2011-2015) a prévu un schéma directeur immobilier d'un montant global de 160M€ sur 10 ans dont la première tranche (2012-2017) s'élève à plus de 82M€. Toutefois, le plan global de financement pluriannuel qui intègre ce schéma immobilier repose sur des hypothèses non réalistes tant en termes de projection de dépenses que de recettes. La soutenabilité financière d'un tel PGFP semble aujourd'hui compromise.

Il en découle la nécessité pour l'établissement de mettre en œuvre rapidement des mesures de rationalisation de ses dépenses et notamment celles de personnel en assurant un véritable pilotage de sa masse salariale reposant sur des indicateurs RH et un contrôle de gestion social aujourd'hui inexistant et une politique de ressources humaines à la fois efficace et conforme à la réglementation ; réglementation avec laquelle certaines distances avaient été prises comme palliatif à l'insuffisance d'attractivité de l'établissement pour les personnels médicaux et paramédicaux.

La chambre relève, par ailleurs, l'absence de procédures formalisées et de contrôle interne comptable. Or, certaines pratiques comptables, notamment en matière de provisions, remettent en cause la sincérité et la fiabilité des comptes qui devront faire l'objet d'une certification en 2015.

RECOMMANDATIONS

1. Améliorer la fiabilité des comptes et se doter de procédures comptables dans la perspective de la certification des comptes en 2015.
2. Se doter d'indicateurs RH et de véritables instruments de contrôle de gestion sociale autorisant un pilotage efficient des ressources humaines.
3. Mettre en œuvre une politique de ressources humaines médicales et non médicales conforme à la réglementation.
4. Assurer la sincérité des documents budgétaires et notamment du plan global de financement pluriannuel.
5. Revoir le projet d'établissement en déclinaison du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

La chambre régionale des comptes d'Auvergne, Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier intercommunal des hôpitaux du Léman pour les exercices 2008 à 2012.

Le contrôle a été engagé par lettre en date du 13 février 2013, adressée à Mme MARTINELLI, directrice par intérim. Ses prédécesseurs sur la période contrôlée ont également été informés par courriers en date du 13 février: M. Yvon RICHIR, M. Bernard MABILEAU, M. Didier LABBE, M. Jacques LESIMPLE.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ La fiabilité des comptes et l'analyse de la situation financière ;
- ♦ La gestion de la dette et la stratégie d'investissement ;
- ♦ L'analyse des dépenses de personnel et la gestion des ressources humaines dans le cadre de l'enquête nationale;
- ♦ La procédure d'achats avec un examen approfondi de deux marchés.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-2 du code des juridictions financières a eu lieu le 22 mai 2013 avec M. Stéphane MASSARD, nommé directeur de l'établissement en février 2013 ainsi qu'avec ses prédécesseurs : M. Didier LABBE (le 22 mai 2013), Mme Christine MARTINELLI (le 27 mai 2013), M. Jacques LESIMPLE (le 10 juin 2013) et M. Yvon RICHIR (le 12 juin 2013).

Lors de sa séance du 9 juillet 2013, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 12 août 2013 à M. Stéphane MASSARD, ordonnateur en fonctions, ainsi qu'à Mme Christine MARTINELLI, M. Yvon RICHIR, M. Bernard MABILEAU, M. Didier LABBE, M. Jacques LESIMPLE, anciens ordonnateurs, pour ce qui concerne leur gestion sur la période 2008-2012 et à M. Jean DENAIS, président du Conseil de Surveillance ainsi que, pour celles les concernant, au directeur général de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes, au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, au président du conseil national de l'Ordre des médecins et aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 22 novembre 2013, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1- Positionnement stratégique

Le CHI du Léman regroupe depuis 1998 les centres hospitaliers d'Evian et de Thonon. Il est aujourd'hui principalement implanté sur le site Georges Pianta à Thonon-les-Bains, siège de l'établissement. Il s'agit du deuxième établissement le plus important de Haute-Savoie en termes de produits, lesquels s'élèvent à 124,8 M€ au 31 décembre 2012, derrière le centre hospitalier d'Annecy et juste devant le CHI d'Annemasse-Bonneville.

Les hôpitaux du Léman font partie de la communauté hospitalière de territoire (CHT) Haute-Savoie Nord regroupant les hôpitaux d'Annemasse-Bonneville, les hôpitaux du Léman et les hôpitaux du pays du Mont Blanc depuis janvier 2012. Cette communauté hospitalière de territoire a, selon la convention constitutive de CHT, pour objectifs de mettre en œuvre une stratégie commune et d'organiser des synergies entre les établissements la composant.

La particularité de cette CHT est que deux de ses établissements (les hôpitaux du Léman et les hôpitaux du pays du Mont-Blanc) partagent depuis 2011 une direction commune assurée à ce jour par M. MASSARD et avant lui par M.RICHIR.

Les hôpitaux du Léman présentent une offre de soins complète et diversifiée que ce soit dans le champ sanitaire en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) ou dans le champ médico-social ainsi qu'en témoigne le tableau ci-dessous. Cela lui permet de répondre de manière exhaustive aux besoins de santé du bassin de population qu'il dessert.

Tableau n° 1 - Répartition des lits

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nb lits en médecine (hors SP)	147	148	144	157	158	163	151
Nb de lits de soins palliatifs							
Nb de places en médecine	20	20	20	20	20	20	16
Total médecine	167	168	164	177	178	183	167
Nb lits en UHCD	10						
Nb de lits en chirurgie	82	69	69	69	69	69	84
Nb de places en chirurgie							
Total chirurgie	82	69	69	69	69	69	84
Nb lits en obstétrique	47	52	52	54	52	52	52
Nb de places en obstétrique							
Total obstétrique	47	52	52	54	52	52	52
Nb de lits soins intensifs							
Nb de lits de surveillance continue			4	4	4	4	6
Nb de lits de réanimation	8						
Nb de lits de SSR	44	48	15	15	15	15	15
Nb de lits d'USLD	83	83	30	30	30	30	30
Nb de lits d'EHPAD	212	212	275	275	275	275	275
Nb de places en HAD			10	20	20	20	20
Nb de place de SSIAD							
TOTAL hors psychiatrie	653	650	637	662	661	666	667
Total Psychiatrie	87	87	87	87	87	87	87
Total Etablissement	740	737	724	749	748	753	754

Source : établissement

La zone géographique du Léman représente 136 263 habitants (population légale des arrondissements en vigueur au 1^{er} janvier 2011).

En 2011, 44 954 séjours ont été réalisés sur ce territoire : 61 % par les hôpitaux du Léman, 15 % par la clinique Lamartine, 6 % par les cliniques de Haute-Savoie, 4 % par le CHI d'Annemasse-Bonneville, 3 % par le centre hospitalier de la région d'Annecy.

Les séjours médicaux de la zone de Thonon sont assurés principalement par les hôpitaux du Léman avec 67 % de parts de marché. La gastro-entérologie se partage néanmoins entre le privé (35,4 %) et le public (48,9 %). En matière chirurgicale, le positionnement des hôpitaux du Léman est plutôt favorable avec 40 % des parts de marché contre 34,5 % pour la clinique Lamartine, son principal concurrent. En 2011, quelques spécialités sont cependant notablement prises en charge par la clinique Lamartine : l'orthopédie 54,5 % (contre 30 % aux HDL), l'ophtalmologie 42,1 % (HDL 27,2 %), le système nerveux 35,1 % (HDL 27,4 %). Les HDL concentrent, en obstétrique, 86,7 % des parts de marché. Les parts de marché des hôpitaux du Léman sont vouées à augmenter dans le secteur chirurgical avec la fermeture de la clinique Lamartine intervenue en octobre 2012.

Cette fermeture conforte la position de leader des hôpitaux du Léman désormais seul offreur de soins sur le territoire du Chablais pour une population de plus de 136 000 habitants qui double en haute saison.

En matière de soins de suite, les 50 lits autorisés de SSR (soins de suite et de réadaptation) dont disposaient les hôpitaux du Léman jusqu'en 2007 ont été transférés pour partie (35 lits) à la MGEN au 1^{er} janvier 2008 ; les 15 lits restant devant l'être d'ici la fin de l'année 2013. Les hôpitaux du Léman ne disposeront donc plus de filière d'aval internalisée et devront travailler avec leur partenaire de la MGEN qui disposera alors de 180 lits et 20 places de SSR sur le site d'Évian.

1.2- Évolution de l'activité

1.2.1- L'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) en hospitalisation

La médecine, à elle seule, représente 73,4 % des séjours quand la chirurgie et l'obstétrique n'en représentent respectivement que 18,9 % et 7,7 %. S'agissant de la valorisation des séjours, l'écart de poids entre la médecine et la chirurgie se réduit (écart de 1 à 4 en volume ; écart de 1 à 2 en valeur). Ce constat ne présage en rien de la rentabilité respective de la médecine et de la chirurgie, cette dernière devant également supporter les coûts d'un plateau technique conséquent (dont le bloc opératoire).

Sur la période 2008-2012, l'activité des hôpitaux du Léman a progressé de 12 % en nombre de séjours (nombre de RSS) et de 13,6 % en valeur. L'effet tarif a été légèrement positif sur la période, contrairement à ce qui a été observé au niveau national. Cela est essentiellement dû à un fort développement de l'activité de chirurgie. En effet, entre 2008 et 2012, l'activité chirurgicale a augmenté de 31 % en volume et de 33,4 % en valeur. Ce phénomène est particulièrement notoire sur l'activité chirurgicale de 1 jour qui progresse de 37,5 % en volume et de 88,7 % en valeur sur la période observée. Il en va de même pour l'activité chirurgicale de 2 jours et plus, laquelle progresse de 14,4 % en volume et de 25,2 % en valeur. Il en va différemment pour l'activité chirurgicale ambulatoire en progression de 54,6 % en volume mais de 48,6 % en valeur. L'effet tarif est également positif pour l'activité obstétricale en augmentation de 7,8 % en volume et de 9,1 % en valeur. En revanche, l'activité de médecine a été confrontée à un effet tarif négatif, la progression en valeur ayant été de 6 % sur la période alors que le nombre de séjours a augmenté de 8,4 %. Cet effet tarif négatif concerne exclusivement l'activité de médecine en hospitalisation complète supérieure à 2 jours (progression en volume : 8,3 %, progression en valeur : 4,8 %).

Tableau n° 2 - Activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), en nombre de séjours (RSS) et 100 % T2A.

ASO		2008		2009		2010		2011		2012		Evolution 2008 - 2012			
		RSS	Euros	RSS	Euros	RSS	Euros	RSS	Euros	RSS	Euros	Volume	%	Valeur	%
MEDECINE	Total	22 445	30 759 776	22 488	29 074 405	22 102	29 053 605	23 625	31 433 850	24 326	32 596 973	1 881	8,4%	1 837 197	6,0%
	Dont Séjour 2 jours et plus	7 625	23 914 051	7 347	21 785 334	7 633	22 373 446	7 768	24 203 561	8 261	25 067 249	636	8,3%	1 153 198	4,8%
	Séjour 1 jour	2 406	1 404 325	2 389	1 751 084	2 262	1 668 089	2 476	1 785 358	2 437	1 753 426	31	1,3%	349 101	24,9%
	Séjour 0 jour (hors séances)	2 519	1 676 486	2 628	1 871 798	2 471	1 682 546	2 521	1 731 691	2 949	2 080 343	430	17,1%	403 857	24,1%
	Séances	9 895	3 764 914	10 124	3 666 188	9 736	3 329 525	10 860	3 713 240	10 679	3 695 954	784	7,9%	-68 960	-1,8%
CHIRURGIE	Total	4 772	12 725 370	5 005	13 183 123	5 232	14 383 336	5 857	15 877 040	6 250	16 977 202	1 478	31,0%	4 251 832	33,4%
	Dont Séjour 2 jours et plus	2 193	9 996 422	2 188	9 933 461	2 320	11 098 791	2 512	12 032 733	2 508	12 516 465	315	14,4%	2 520 043	25,2%
	Séjour 1 jour	977	1 009 169	1 117	1 365 921	1 125	1 482 935	1 254	1 739 864	1 343	1 904 350	366	37,5%	895 181	88,7%
	Séjour 0 jour (hors séances)	1 552	1 719 778	1 700	1 883 741	1 787	1 801 611	2 091	2 104 443	2 399	2 556 388	847	54,6%	836 610	48,6%
	Séances	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
OBSTETRIQUE	Total	2 374	4 055 713	2 426	4 027 428	2 628	4 292 883	2 649	4 446 093	2 560	4 423 710	186	7,8%	367 997	9,1%
	Dont Séjour 2 jours et plus	1 594	3 856 679	1 587	3 778 591	1 682	4 000 804	1 737	4 144 223	1 739	4 163 973	145	9,1%	307 294	8,0%
	Séjour 1 jour	185	90 749	213	114 325	235	142 733	231	155 120	186	144 123	1	0,5%	53 374	58,8%
	Séjour 0 jour (hors séances)	595	108 285	626	134 512	711	149 347	681	146 750	635	115 614	40	6,7%	7 329	6,8%
	Séances	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
TOTAL	29 591	47 540 859	29 919	46 284 956	29 962	47 729 824	32 131	51 756 983	33 136	53 997 885	3 545	12,0%	6 457 026	13,6%	

Source : établissement

Au total, la progression de l'activité de 2008 à 2012, ne s'est pas faite de manière lissée. Après une faible progression en volume (et une baisse en valeur) entre 2008 et 2009, puis une stagnation en volume entre 2009 et 2010 (corrigée par un effet tarif positif) l'activité a enregistré une croissance très forte entre 2010 et 2011 (+7,24 % en volume, +8,44 % en valeur) puis plus modérée entre 2011 et 2012 (+3,33 % en volume, +4,33 % en valeur).

1.2.2- L'activité des urgences

L'activité des urgences des hôpitaux du Léman a progressé de 7,2 % sur la période 2008-2012. La proportion de passages aux urgences suivis d'hospitalisation aux hôpitaux du Léman a cru dans une plus grande proportion (+11,7 %), signe de la lourdeur plus importante des cas pris en charge. Le taux de passages aux urgences suivis d'hospitalisation est de 22 % en 2012 ce qui reste modéré.

Tableau n° 3 : activité des urgences

Activité des urgences	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2012/2008
nombre de passages	36 184	37 200	34 658	37 871	38 800	7,2%
dont suivi hospit. au CHI Léman	7 664	7 404	7 245	8 118	8 558	11,7%

Source : établissement

1.2.3- L'activité de consultation

L'activité de consultation présente également un dynamisme important avec une augmentation de 26 % entre 2008 et 2012 en volume (+14,4 % en valorisation).

Tableau n° 4 : activité de consultations

Consultations	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution
Nb consultations	99 577	105 430	109 925	119 479	125 445	26,0%
Valorisation T2A (AM)	3 228 549	3 260 655	3 389 677	3 566 591	3 693 387	14,4%

Source : établissement

Les hôpitaux du Léman, en réponse à une défaillance de l'offre libérale, déploient une activité de consultation externe dans la plupart des spécialités médicales et chirurgicales présentes au sein de l'établissement.

1.2.4- L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Les hôpitaux du Léman disposent à ce jour de 15 lits de SSR, lesquels seront transférés avant la fin de l'année 2013 à la MGEN. Cette activité est fluctuante en termes de nombre de séjours mais relativement stable en termes de taux d'occupation, signe d'une adaptation des capacités installées.

Tableau n° 5 : activité de SSR

Activité de SSR	2008	2009	2010	2011	2012
Nb de séjours ds la période	218	144	134	170	153
Tx d'occupation moyen	105,0%	102,7%	103,6%	102,0%	102,8%

Source : établissement

1.2.5- Activité de long séjour

Les hôpitaux du Léman disposent de 275 lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de 30 lits en unité de soins de longue durée

(USLD) suite à une conversion entre 2007 et 2008 de lits d'USLD en EHPAD. Les taux d'occupation sont satisfaisants.

Tableau n° 6 : activité d'EHPAD

EHPAD	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de journées	79 826	99 676	99 606	99 161	97 946
Nombre d'entrées	192	154	159	160	165
taux d'occupation	98,5%	99,3%	99,2%	98,8%	97,6%

Source : établissement

Tableau n° 7 : activité d'USLD

USLD	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de journées	30 711	11 660	10 396	10 792	11 123
Nombre d'entrées	31	30	17	20	18
taux d'occupation	101,4%	106,5%	94,9%	98,6%	101,6%

Source : établissement

1.3- L'analyse médico-économique

Les hôpitaux du Léman bénéficient depuis 2008 d'une évolution d'activité dynamique tant en volume (+12 % entre 2008 et 2012) qu'en valeur (+13,6 %). L'effet volume positif s'explique par le volontarisme d'une communauté médicale investie et par le peu de concurrence sur le territoire. L'effet tarif positif s'explique en partie par une augmentation de la lourdeur des séjours, avec une rémunération plus importante en tarification à l'activité. Ainsi est-il relevé une augmentation de la proportion des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 qui passe de 6,22 % en 2008 à 10,43 % en 2011 (indicateur hospidiag A9), ce qui place l'établissement au niveau du 8^{ème} décile (20 % les plus confrontés aux séjours de ce niveau de sévérité) des établissements de même typologie.

Le pourcentage des entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences (à distinguer du taux de passages aux urgences suivis d'hospitalisation relevé au chapitre 1.2.2.)¹ est globalement stable sur la période et s'établit à 45,8 % en 2011, soit au-dessus de la médiane des établissements de même typologie. Ce taux est variable selon les périodes de l'année et augmente fortement pendant les saisons touristiques, ce qui induit, pour l'établissement, des difficultés à anticiper l'activité de manière précise et donc à gérer les lits de manière optimale compte tenu de l'importance des hospitalisations non-programmées en haute saison.

Le taux d'occupation des lits s'élève à 79,8 % en médecine, ce qui situe l'établissement en dessous de la médiane pour chacune des catégories comparables (établissement de la région, de même catégorie, de même typologie) selon l'indicateur hospidiag A13. En revanche les taux d'occupation observés en chirurgie (84,8 %) et en obstétrique (72,9 %) placent l'établissement favorablement dans les différentes comparaisons hospidiag (8ème décile pour les établissements de même typologie en chirurgie et 7^{ème} décile en obstétrique).

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) - qui mesure la performance de l'établissement dans la gestion de ses durées de séjours par rapport aux établissements ayant une activité comparable - était dégradé pour les hôpitaux du Léman

¹ Le taux de passages aux urgences suivis d'hospitalisation est égal au nombre de passages aux urgences suivis l'hospitalisation/ nombres de passages aux urgences. Le pourcentage des entrées en hospitalisation complète (HC) en provenance des urgences est égal au nombre de séjours HC en provenance des urgences/ nombre de séjours HC.

tant en médecine qu'en chirurgie jusque fin 2010 puisque supérieur à 1 (séjours en moyenne plus long que les autres établissements). Il est toutefois relevé, une amélioration de cet indicateur tant en médecine qu'en chirurgie en 2011. Ainsi l'IPDMS médecine (indicateur P1) est passé de 1,062 en 2008 à 0,969 à 2011 et l'IPDMS chirurgie (indicateur P2) de 1,128 en 2008 à 0,935 en 2011. La forte évolution d'activité entre 2010 et 2011 a en effet contraint l'établissement à optimiser la gestion de ses durées de séjour. Dans le secteur de l'obstétrique, l'IPDMS (indicateur P3) est stable à un niveau démontrant une bonne performance de l'établissement (0,924 en 2011, soit au niveau du deuxième décile des établissements de même typologie les plus performants).

L'indice de facturation tel que défini par l'indicateur hospidiag P15 est de 16,7 % en 2011 alors que cet indicateur - qui met en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'Assurance Maladie – doit tendre vers 0. Cet indice situe les hôpitaux du Léman au niveau du décile d'établissements les moins performants. Le niveau de cet indicateur est révélateur des problèmes rencontrés par les hôpitaux du Léman sur l'ensemble de la chaîne de codage et de facturation.

1.4- La contractualisation externe et interne

1.4.1- La contractualisation externe

1.4.1.1- *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)*

Le projet d'établissement, de manière accrue depuis la loi HPST, doit découler du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'ARS et l'établissement.

1.4.1.1.1- *Bilan du précédent projet d'établissement et du précédent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)*

Dans le cadre du projet d'établissement 2007-2011, les hôpitaux du Léman ont achevé le processus de fusion Thonon – Évian, en repositionnant les activités médicales qui demeuraient sur le site d'Évian (néphrologie, rhumatologie, endocrinologie, neurologie, dialyse) dans une aile construite en continuité du bâtiment Pianta sur le site de Thonon pour un coût de 27 M€. Par ailleurs, l'établissement s'est impliqué dans la mise en place de filières et réseaux de soins concernant notamment la cancérologie, la gériatrie, l'ouverture sur la ville. La chirurgie a connu durant cette période un essor avec une reconnaissance au niveau territorial de certaines spécialités.

Les activités de prise en charge de la mère et de l'enfant ont également été orientées vers l'accompagnement personnalisé des parturientes et le renforcement du lien mère-enfant. La prise en charge psychiatrique s'est développée avec l'ouverture de structures en ville que ce soit à Thonon ou à Évian pour une prise en charge de proximité. Durant cette période ont également été validées les actions de coopération au sein de la communauté hospitalière de territoire (activité ORL, groupement de coopération sanitaire de biologie), des coopérations public/privé (imagerie lourde) ou encore des actions de participation à des réseaux (réseau Oncoléman par exemple).

La période du précédent projet d'établissement (2007-2011) coïncide avec celle du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Toutefois, le CPOM 2007-2011 n'a été signé par les différentes parties que le 9 juillet 2008. Les objectifs décrits dans l'annexe 2 du CPOM n'ont été que partiellement mis en œuvre et sans qu'un suivi formalisé n'ait été réalisé en lien avec l'ARH puis l'ARS. Le CPOM qui est arrivé à son terme à la fin de l'année 2011 n'avait toujours pas fait, en mai 2013, l'objet d'un bilan formalisé de sa mise en œuvre. Les discussions pour la préparation du nouveau CPOM en déclinaison du projet régional de santé (PRS), ont débuté entre l'ARS et les hôpitaux du Léman, sans bilan préalable partagé du précédent CPOM.

1.4.1.1.2- Principaux axes du nouveau projet d'établissement (2011-2016)

À l'occasion de l'élaboration du nouveau projet régional de santé Rhône Alpes pour la période 2012-2017, l'ARS a prévu une démarche qui s'appuie sur un plan stratégique régional de santé, trois schémas régionaux (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale) et neuf programmes qui déclinent ces trois schémas dont quatre régionaux (gestion des risques, accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies, accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, télémédecine) et cinq territoriaux : Est, Sud, Ouest, Centre, Nord. Les hôpitaux du Léman font partie du territoire Est, intitulé territoire de l'Arc Alpin.

Les priorités institutionnelles retenues pour ce projet d'établissement sont :

- ♦ les mises en conformité sanitaires et techniques de certains locaux (réanimation, unité de reconstitution des cytotoxiques) ainsi que la mise en sécurité électrique et incendie des bâtiments ;
- ♦ l'adaptation immobilière à l'évolution de l'activité - notamment pour les bâtiments de psychiatrie, les secteurs d'hébergement (afin d'augmenter le nombre de chambres à un lit), les plateaux de consultations, l'agrandissement des parkings, la création d'une crèche, etc. ;
- ♦ le positionnement des HDL dans le territoire de santé : les coopérations au sein de la CHT, le développement de l'attractivité pour les professionnels et patients au niveau local ;
- ♦ l'accompagnement des évolutions par le système d'information : en interne (prescription informatisée, dossier patient, etc.) et en externe (liens interhospitaliers, lien ville-hôpital) ;
- ♦ le développement de la culture qualité et gestion des risques ;
- ♦ la mise en place d'une réflexion éthique.

Les priorités des pôles ont trait à l'amélioration de la prise en charge des patients que ce soit dans le cadre de l'urgence ou de celui des consultations et des hospitalisations programmées, le travail en filière de soins et l'adaptation des ressources à l'activité existante et à venir. Ces priorités sont déclinées dans les différents projets qui composent le projet d'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, projet de gestion, projet logistique et technique schéma directeur immobilier, schéma des systèmes d'information).

Le projet médical, qui constitue le cœur du projet d'établissement, doit, selon les dispositions de la loi HPST, être constitué en déclinaison du projet régional de santé (PRS), le vecteur de cette déclinaison étant le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) qui lie l'établissement à l'ARS autour des objectifs et moyens retenus pour la mise en œuvre du PRS. Le projet d'établissement, tel qu'il a été approuvé par les instances², a été élaboré en concertation avec les pôles en amont de la préparation du nouveau CPOM.

1.4.1.2- Le contrat de performance ANAP

Un contrat de performance a été signé, le 28 juin 2012, entre les hôpitaux du Léman, les hôpitaux du pays du Mont-Blanc, l'ARS Rhône-Alpes et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Les thèmes et objectifs retenus pour les hôpitaux du Léman sont :

- ♦ l'efficience de l'offre et de l'organisation des soins avec comme objectifs une meilleure anticipation de l'évolution des besoins de soins sur le territoire et

² Conseil de surveillance, Directoire, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement.

l'organisation des soins en adaptant les moyens des services et des pôles à leur activité ;

- ♦ l'amélioration du pilotage médico-économique de l'activité ;
- ♦ l'optimisation des achats et des stocks ;
- ♦ l'amélioration de la gestion des ressources humaines avec le développement et la mise en œuvre des dispositifs opérationnels de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) ;
- ♦ l'amélioration de la performance du parcours patient (à la fois l'accueil du patient et la professionnalisation de la chaîne de facturation) ;
- ♦ l'amélioration du système d'information.

Ces enjeux sont effectivement cruciaux pour les hôpitaux du Léman. Ils restent toutefois généraux et vont nécessiter une déclinaison opérationnelle précise et un accompagnement actif.

1.4.2- La contractualisation interne et la gouvernance

La réglementation - et notamment le code de la santé publique dans ses articles L. 6143-7 et L. 6146-1 - pose la contractualisation interne comme base de l'organisation d'un établissement public de santé, lequel doit être organisé en pôles d'activités dirigés par un chef de pôle en cohérence avec le projet d'établissement et sur la base des contrats de pôles signés avec la direction.

Les hôpitaux du Léman sont organisés en 6 pôles cliniques et médico-techniques : le pôle médecine, le pôle chirurgie, le pôle mère-enfant, le pôle psychiatrie, le pôle gériatrie, le pôle médico-technique.

Ces pôles sont tous dirigés par un médecin chef de pôle assisté d'un cadre de pôle. Les relations entre les chefs de pôles, les cadres de pôles et les directions fonctionnelles ont été formalisées dans une note d'avril 2011.

En mai 2013 aucun contrat de pôle n'avait été signé ni même élaboré.

La chambre recommande à l'établissement d'élaborer et de signer dans les meilleurs délais des contrats de pôles en déclinaison du nouveau projet d'établissement lequel devra être revu en cohérence avec les objectifs qui seront arrêtés dans le cadre du CPOM en cours de contractualisation avec l'ARS.

2- FIABILITE DES COMPTES

2.1- La préparation à la certification des comptes

Les hôpitaux du Léman comptabilisant plus de 100 M€ de produits au compte de résultat principal, ses comptes devront être certifiés. L'établissement n'a toutefois entamé aucune démarche en interne pour se préparer à l'échéance de la certification. Un travail important de formalisation et de rédaction de procédures comptables et de fiabilisation des comptes – notamment dans le domaine des provisions – devra être entrepris rapidement dans la perspective de cette certification.

Aucune procédure de contrôle interne comptable n'est mise en œuvre ni même élaborée.

À titre d'exemple, la procédure de clôture ne parvient pas à être respectée malgré l'existence d'un calendrier dédié aux opérations afférentes. En juin 2013, l'exercice 2012 n'était toujours pas clos.

2.2- Les principes de sincérité et de régularité

2.2.1- Le suivi des immobilisations et de l'état de l'actif

La justification des soldes des comptes d'immobilisation 20 à 28, nécessite de rapprocher le bilan de l'état de l'actif. Cet état doit être produit toutes les années se terminant par 0 ou 5 (soit en 2010). Le comptable n'a pas été en mesure de fournir ce document, en avançant le passage au logiciel Hélios comme facteur explicatif de cette impossibilité.

En revanche, un tel document existe pour 2012.

S'agissant des sorties d'actifs, les montants des opérations relevés sur les fichiers d'inventaires sont différents des données des balances des comptes.

Tableau n° 8 : Cohérence sorties d'actifs

	Etat sorties actifs		CRP et CRA	
	Valeur Cessions	Valeur Nette (sortie)	Comptes 775	Comptes 675
2008	1 270,00	5 981,45	17 773,97	5 981,45
2009	380 000,00	62 579,82	395 041,81	62 579,82
2010	7 454 391,20	2 548 624,41	7 431 432,44	2 548 776,85
2011	0,00	136 907,74	598 216,75	136 907,74
2012	2 922 380,00	1 702 875,11	2 931 960,00	1 632 838,17

Source : CRC à partir des comptes financiers et tableaux sorties d'actifs

L'écart entre la valeur des cessions sur l'« état sortie d'actif » et le compte 775 résulte d'un non report automatique de la part de l'établissement des factures de cession dans le module informatique « immobilisations ». L'écart entre le compte 675 et le montant de la valeur nette résulte de la sortie des éléments d'actifs au profit du GCS. L'établissement avance comme explication l'impossibilité informatique, dans le module « immobilisations », de sortir les biens mis à disposition d'une autre structure.

Enfin, l'état de l'actif comprend de nombreuses fiches d'immobilisations réalisées entre 1970 et 1985 correspondant à des biens qui ne sont plus en usage au sein de l'établissement.

La chambre recommande à l'établissement de disposer d'un état de l'actif conforme à la réglementation et de recenser les sorties d'actifs aussi bien à l'inventaire qu'à l'état de l'actif.

2.2.2- Le calcul des amortissements

Si les durées d'amortissements indiquées dans l'état de l'actif sont, depuis 2008 globalement conformes au taux d'amortissements préconisés par la M21, bien que systématiquement dans la fourchette haute, ce constat ne vaut pas pour le nouveau bâtiment de médecine. Les HDL ont choisi d'amortir cette opération sur 50 ans alors que la durée d'amortissement indiquée par la M21 pour les bâtiments est comprise entre 20 et 30 ans. Ainsi l'annuité (avec un amortissement sur une durée de 50 ans) est de 432 k€ alors qu'elle aurait dû être de 720 k€ si l'opération avait été amortie sur 30 ans.

La chambre recommande à l'établissement de revoir la durée d'amortissement du nouveau bâtiment de médecine pour la rendre conforme aux préconisations de la M21.

2.2.3- La comptabilisation des stocks

L'analyse des différentes données des comptes financiers, permet de relever une augmentation sensible du niveau de stocks en 2012 sans qu'aucun facteur d'explication n'ait pu être avancé. Dans les services, de nombreux stocks « tampons » continuent d'exister.

La chambre ne peut que relever une faiblesse de l'établissement dans la gestion et le suivi de ses stocks : pas de balances mensuelles, pas d'inventaire régulier des stocks, absence d'une personne dédiée à leur gestion.

Tableau n° 9 : Variation des stocks

Année	Dépenses	Recettes	Variation de stocks (Valeur Absolue)	Variation de stocks (%)
2008	1 069 426	1 092 197	22 771	2,13%
2009	1 092 197	1 025 970	-66 227	-6,06%
2010	1 025 970	976 765	-49 205	-4,80%
2011	976 765	1 034 867	58 102	5,95%
2012	1 034 867	1 274 990	240 123	23,20%

Source : CRC à partir des comptes financiers

La chambre appelle donc à une plus grande rigueur dans la gestion des stocks et à leur rationalisation avec notamment une diminution des points de stockage, la réalisation de balances mensuelles et la nomination d'une personne responsable pour le suivi et la gestion des stocks.

2.2.4- Le remboursement des frais par les budgets annexes

Le calcul du remboursement des frais des budgets annexes se décompose en deux, parties. Une première relative au remboursement des produits stockés consommés par le budget annexe concerné et la seconde représentant le remboursement de prestations assurées par le budget général pour les budgets annexes.

Jusqu'en 2010, les remboursements des frais par les budgets annexes s'effectuaient sur une base non détaillée, qui surestimait les charges refacturées. A compter de 2011, l'établissement a modifié les modalités de calcul de ces remboursements en basant ses coûts de facturation sur les résultats de la base d'Angers.

Tableau n° 10 : Recettes remboursements des budgets annexes au budget général

	2008	2009	2010	2011	2012
COMPTE 7087	2 670 296	2 772 945	2 785 077	2 652 034	2 665 087
Evolution		3,84%	0,44%	-4,78%	0,49%

Source : CRC à partir des comptes financiers

La nouvelle méthode de calcul en place depuis 2011 a réduit la base des charges jusqu'alors plus élevée et en hausse régulière.

2.2.5- L'exactitude des imputations comptables

Il n'a pas été relevé d'erreur notable mis à part pour les trois items suivants :

Le premier concerne les remboursements des formations par l'Agence nationale de la formation hospitalière (ANFH) qui sont imputés au compte 6419 « Remboursement sur rémunérations du personnel non médical ». Les recettes relatives à ces prestations auraient dû être imputées au compte 754-1 « Remboursement de frais – Formation professionnelle ».

Le deuxième concerne les enregistrements comptables des factures du GIE IRM au compte 754-3. Jusqu'en 2011, les factures relatives au GIE IRM étaient enregistrées à tort pour leur montant net (montant de dépenses moins un montant de recettes), ce qui contrevenait au principe de non compensation. La régularité de ces écritures est assurée depuis 2011.

Le troisième item concerne l'absence de correction de l'imputation comptable des médicaments rétrocedés. Ces derniers sont en effets imputés au compte 602 lors de leur achat mais doivent, selon les dispositions de la M21, faire l'objet, en fin d'année et après rétrocession, d'un changement d'imputation à destination du compte 6071, ce qui n'est pas fait.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement a indiqué avoir rectifié pour 2013 l'affectation comptable des remboursements de frais de formation par l'ANFH et être en train de se renseigner sur les modalités pratiques de la correction comptable à prévoir en fin d'année pour ce qui concerne les médicaments rétrocedés (impact sur la cohérence balance des stocks/compte administratif du 602 ; impact sur la balance au niveau du stock final 2012 et stock initial 2013).

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

2.3.1- 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 : « *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* ».

2.3.1.1- Les dépenses engagées non mandatées

L'article R.6145-6 du code de la santé publique prévoit que l'ordonnateur doit tenir « *une comptabilité des dépenses engagées pour chacun des comptes prévus à l'article R. 61545-3* ». Dans le cadre des opérations de fin d'exercice, un mandat récapitulatif et un état des dépenses engagées non mandatées sont établis pour chaque compte de charges concerné.

Le taux de rattachement, calculé en rapportant le solde créditeur du compte 408 «fournisseurs – factures non-parvenues » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60, 61 et 62 doit se situer dans une fourchette raisonnable (entre 5 % et 10 %).

Tableau n° 11 : dépenses engagées non mandatées

Comptes		2008	2009	2010	2011	2012
Libellés						
SC 408	Fournisseurs - Factures non parvenues	284 317	278 936	1 333 209	1 493 563	878 628
SD60	Achats	14 167 989	15 262 724	15 134 856	15 799 689	17 715 741
SD61	Services extérieurs	3 891 314	4 219 378	4 645 933	4 796 054	5 079 329
SD62	Autres services extérieurs	2 663 405	2 355 837	2 495 218	2 810 731	2 735 614
Total		20 722 708	21 837 939	22 276 007	23 406 474	25 530 684
Taux		1,37%	1,28%	5,98%	6,38%	3,44%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Or, pour les hôpitaux du Léman, ce taux de rattachement était largement inférieur pour les années 2008, 2009 au ratio préconisé. Sa valeur indique que la procédure de rattachement des charges n'était pas effectuée de manière exhaustive dans la comptabilité de l'établissement.

2.3.1.2- Les reports de charges

L'indicateur R45 du tableau de bord financier des établissements publics de santé, mesure les reports en calculant le taux de charges sur exercices antérieurs. Cet indicateur, selon les recommandations nationales, doit se situer en-deçà de 0,2 %. Aux hôpitaux du Léman, si en 2008, le taux de charges sur exercices antérieurs était de 1,8 %, il s'est depuis amélioré.

Tableau n° 12 : report de charges

ANNEES		2008	2009	2010	2011	2012
Comptes						
Libellés						
6721		543 922			9 060	1 755
6722		10 820	12 495	1 219	10 894	
6723		27 104	45 785	10 279		130
6728		931 665	12 139	18 296		6 668
Total		1 513 511	70 419	29 794	19 954	8 552
Indicateur R45-TBFEPS Taux de charges sur exercices antérieurs		1,8%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%

Source : CRC à partir des comptes financiers et du tableau de bord financier des établissements publics de santé

2.3.1.3- Les charges constatées d'avance

Les charges constatées d'avance ne sont pas systématiquement recensées. Elles l'ont été de manière ponctuelle en 2008 avec la constatation entre autres d'un paiement de loyer concernant l'année 2009 pour environ 142 k€ et un contrat de maintenance (société ACCESS) dont l'imputation a eu lieu en 2008 et en 2010. L'ordonnateur affirme avoir passé des écritures de charges constatées d'avance à hauteur de 162 884,04 € en 2009, sans pour autant avoir mouvementé le compte 486, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la M21.

Tableau n° 13 : charges constatées d'avance

Année	Montant
2008	164 034,10
2009	0,00
2010	5 038,90
2011	0,00
2012	0,00

Source : CRC à partir des comptes financiers

2.3.2- Les rattachements de produits à l'exercice

Le rattachement des produits à l'exercice participe à la réalisation du juste résultat. Il n'a pas été relevé d'anomalies.

Tableau n° 14 : rattachement des produits

Comptes		2008	2009	2010	2011
Libellés					
4181	Redevable-produits à recevoir	0	14 000	0	0
4188	Redevable-produits à recevoir autres	0	186 565	811 814	881 739
Total 418		0	200 565	811 814	881 739

Source : CRC à partir des comptes financiers

Toutefois l'établissement ne rattache pas le versement correspondant aux recettes générées au mois de décembre en le prenant en compte directement dans les recettes de l'année durant la journée complémentaire sans base certaine de liquidation.

2.3.3- Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser

L'instruction M21 applicable aux établissements publics de santé (EPS) dispose : « Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elle doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif ». Par conséquent, ces comptes devraient présenter un solde nul à la clôture de l'exercice afin de ne pas fausser le résultat.

Sur la période contrôlée, des montants non négligeables demeurent dans les comptes d'attente alors qu'ils auraient dû être soldés.

Tableau n°15 : comptes d'attente

Années		2008	2009	2010	2011	2012
Comptes	Libellés					
471	Recettes à classer ou à régulariser	62 263	437 007	187 555	48 229	87 741
472	Dépenses à classer ou à régulariser	35 447	30 972	24 080	15 844	40 625

Source : CRC à partir des comptes financiers

2.3.4- Les créances irrécouvrables

L'instruction M21 prévoit que le compte 4152 « créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur » enregistre à son débit, par le crédit du compte de reste à recouvrer concerné, le montant des créances admises en non-valeur.

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.

L'examen des comptes financiers fait apparaître l'adéquation entre les montants inscrits au compte 4152 et les montants budgétaires inscrits au compte 654 relatif à l'apurement comptable des créances irrécouvrables.

Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une provision pour dépréciation : compte 68174 « dotations aux dépréciations des actifs circulants – créances ». Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge résultant de l'admission en non-valeur permettant ainsi à l'établissement de minorer ou d'annuler l'incidence de cette charge en termes de résultat.

Tableau n° 16 : créances irrécouvrables

CRP (en euros) Comptes	Libellés	2008	2009	2010	2011	2012
Solde 4152	Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	0	0	0	0	0
Crédit 4152	Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	295 453	148 530	155 160	146 214	251 473
654	Pertes sur créances irrécouvrables	295 453	148 470	150 510	146 105	247 394
78174	Reprises sur dépréciations des actifs circulants - Créances	0	0	0	81 000	91 018
68174	Dotations aux dépréciations des actifs circulants - Créances	0	0	81 000	100 000	60 000
Solde 491	Dépréciation des comptes de redevables	0	0	101 000	126 000	99 482

Source : CRC à partir des comptes financiers

Jusqu'en 2010, le CHI du Léman n'a pas constitué de provisions pour dépréciation des actifs circulants à hauteur des créances devant être admises en non-valeur. Les provisions constituées depuis 2010 ne sont pas la hauteur des créances concernées, comme le montre le différentiel entre le compte 68174 « dotations aux dépréciations des actifs circulant – créances » et le compte 654 « pertes sur créances irrécouvrables ». L'équilibre de l'écriture comptable qui voudrait que le montant de la reprise au compte 78174 soit chaque année équivalent au montant du débit du compte 654 n'est donc pas respecté.

Le faible montant des pertes sur créances irrécouvrables est imputable à une volonté de l'établissement de ne pas prendre en compte un volume de créances irrécouvrables supérieur au montant budgété à l'EPRD et ne correspond pas à une estimation sincère. En revanche l'établissement a entamé un rattrapage à compter de l'année 2012 justifiant ainsi l'augmentation du montant imputé au compte 654.

La chambre recommande à l'établissement d'effectuer une estimation sincère et un suivi régulier des créances devant être admises en non-valeur et de procéder chaque année aux écritures comptables prévues par la M21 pour les montants estimés.

2.4- Le principe de prudence et la constitution des provisions

2.4.1- Les provisions réglementées

2.4.1.1- Les provisions pour renouvellement d'immobilisation (compte 142)

Depuis l'arrêté du 15 mai 2008 modifiant l'instruction M21, la constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) provient exclusivement des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements. La constitution de provisions au moyen des ressources propres de l'établissement est exclue.

En 2008, l'établissement a reçu une aide à la contractualisation (dotation AC) au titre de l'aide à l'investissement d'un montant de 555 471 €. Cette aide n'a pas fait l'objet d'une provision contrairement aux dispositions de la M21 précitées.

En 2011, l'établissement a reçu une aide de l'agence régionale de santé d'un montant de 2 M€. Elle correspondait aux aides à l'investissement du plan Hôpital 2012. A ce titre, sa mise en provision était bien justifiée.

En revanche, l'établissement a provisionné en 2010 et 2011 les résultats de deux ventes d'actifs effectuées, soit 403 557 € (vente du CATTTP) et 1 294 245 € (résultat net de la vente du bâtiment d'Évian). Ces opérations ne rentrent pas dans le cadre de la réglementation en vigueur. Elles auraient dû être traitées lors de l'affectation des résultats et incorporées par ce biais dans le fonds de roulement.

2.4.1.2- Les provisions pour compte épargne-temps (compte 143)

Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 relatif aux CET prévoit dans son article 11-1 que : « *Les établissements ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique, pour les établissements de santé, et par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et des ministres chargés de l'action sociale, du budget et de la fonction publique, pour les établissements sociaux et médico-sociaux* » .

Le solde de provision pour CET, selon les tableaux fournis par l'établissement et après valorisation des jours générés par agent selon le barème décrit dans l'article 4 de l'arrêté du 6 décembre 2012³, auquel il convient de rajouter les charges patronales afin de provisionner le coût réel pour l'établissement de l'indemnisation du CET, devrait être, pour le personnel non médical, de 403 470,28 € à fin 2012 (452 267,14 au titre des exercices antérieurs à 2012 +86 397,14 € de valorisation de CET générés en 2012 –135 194 € de reprise sur provision CET suite à des jours pris ou payés aux agents) alors que le montant de la provision réalisée à ce titre est de 566 054,72 €.

³ Arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière. Art. 4. – « *Les montants forfaitaires bruts par jour relatifs à l'application des a et b du I de l'article 5 et du a du II du même article ainsi que ceux mentionnés aux articles 6 et 7 du décret du 3 mai 2002 modifié susvisé sont fixés par catégorie statutaire de la manière suivante :*

- *catégorie A et assimilés : 125 € ;*
- *catégorie B et assimilés : 80 € ;*
- *catégorie C et assimilés : 65 €.*

Le montant forfaitaire brut retenu pour l'application des a et b du I de l'article 5 et du a du II du même article, mentionné aux articles 6 et 7 du décret du 3 mai 2002 modifié susvisé, est celui de la catégorie statutaire dans laquelle est classé l'agent à la date de l'option formulée par cet agent. »

À l'inverse, pour le personnel médical, le montant enregistré était de 1 605 599,35 € alors que le montant de la provision aurait dû être de 1 748 069,25 € en reprenant la valorisation unitaire brute précisée dans le décret du 27 décembre 2012 à laquelle les charges patronales se rajoutent.

2.4.1.3- Les provisions pour propre assureur (compte 144)

Selon l'instruction M21: « ces provisions visent à couvrir des risques liés à l'activité hospitalière pour lesquels les établissements souhaitent en assurer directement la charge. L'article L. 1142-2 du code de la santé publique conditionne, pour les établissements publics de santé, le recours à ce dispositif en matière d'assurance responsabilité civile à une autorisation par arrêté du ministre chargé de la santé ». Seule l'Assistance publique – hôpitaux de Paris bénéficie d'un tel arrêté. Les autres établissements ne sont donc pas habilités à passer de telles provisions.

Or l'établissement a enregistré, à tort, deux types de provisions à ce compte.

La première est une provision intitulée « indemnités journalières », d'un montant de 122 500 € auquel est venue s'adjoindre une dotation supplémentaire de 65 000 € en 2011 (accompagné d'une reprise concomitante de 6 670,81 €). Elle a, selon l'établissement, été constituée pour faire face à des frais exceptionnels en cas d'accidents de travail, de maladies professionnelles consécutivement à un arrêt du contrat d'assurance à compter du 1er janvier 2004.

La deuxième provision intitulée « capital décès » présentait encore un solde positif de 100 182,99 € fin 2012. Il serait plus juste d'enregistrer cette provision au compte 151 « provisions pour risque »

2.5- Les provisions pour risques et charges

2.5.1- Les provisions pour risques (compte 1518)

Ce compte de provisions fait état, fin 2012, d'un montant de 1 240 191 €. Il appelle les observations ci-après.

En 2009, une provision de 440 000 € a été constituée dans la perspective de la mise en place d'une procédure d'intéressement des pôles et n'a pas été reprise jusqu'en 2012 où elle a fait l'objet d'une rectification d'imputation comptable (reprise du montant en provision pour risque et dotation pour le même montant en 2012 en provision pour charge). Outre l'erreur d'imputation, il convient de s'interroger sur la pertinence de passer une telle provision au motif de la mise en place d'un dispositif d'intéressement des pôles alors que le montant et l'échéance du versement sont connus à l'avance et qu'il s'agit d'un phénomène à récurrence annuelle. Cette provision répond à une logique de réserve irrégulièrement constituée.

Une provision de 250 000 € a été constituée en 2009 pour le risque TVA. Cette provision a pour origine le fait que le dernier contrôle fiscal qu'ont subi les hôpitaux du Léman a validé l'application par l'établissement d'un taux de TVA de 5,5 % sur les prestations de dépendance et d'hébergement des budgets annexes personnes âgées, ce qui a permis à l'établissement de bénéficier d'un coefficient de déduction de 10 à 11 % . Ce principe a été validé pour les exercices de 2005 à 2008. Or il s'avère que cette méthode d'application de la TVA, bien que conforme à une directive européenne de 2006, n'est pas relayée par le code général des impôts français. L'établissement craint donc de se voir appliquer un taux de TVA plus important au titre des exercices ultérieurs et a provisionné un montant de 250 000 € en 2009 et un montant de 200 000 € en 2011. Cette provision (d'ailleurs non constituée en 2010 et 2012) n'est pas justifiée. Une interrogation des services

fiscaux dès 2009 aurait permis de déterminer le taux applicable sans nécessité de provisionner dans la perspective d'un éventuel redressement.

En 2011 une dotation aux provisions pour risque a été constituée à hauteur de 329 152 € pour faire face au risque de forte variation du taux de l'emprunt Dexia dont le calcul est déterminé sur les écarts entre le cours de change de l'euro en Franc Suisse et le cours de change de l'Euro en USD.

Deux observations peuvent être formulées. La première est que la provision aurait dû être constituée sur la base de l'estimation du risque d'évolution du taux d'intérêt sur la période à venir et non, comme cela a été le cas, sur la base du disponible constaté en fin d'année résultant du différentiel entre le montant inscrit à l'EPRD en charges financières et le montant réel constaté au compte 66 en fin d'année. Cette pratique est attestée par un mail émanant des services de l'ordonnateur en date du 9 avril 2013 : « *Fin 2011 : le compte 66 avait un disponible de 329 152 € et ce solde a permis de constituer la provision. La prévision initiale du montant des intérêts 2011 tenait compte d'une hypothèse de mobilisation de l'emprunt crédit agricole (7 M€) en début d'année alors qu'il n'a été mobilisé que partiellement en décembre. Fin 2012 : dotation de 71 690 euros, les intérêts prévus pour l'emprunt Dexia étaient de 401 842 € à l'EPRD initial, la réalisation a été de 330 152 €, le non dépensé a été provisionné* ». La seconde porte sur le fait que cette évolution potentielle du taux d'intérêt de l'emprunt structuré devrait être estimée annuellement lors de la construction de l'EPRD (à un compte de charges financières) plutôt que de faire l'objet d'une provision.

Une provision de 15 000 € intitulée « jugement Piroli » a été constituée pour faire face aux charges probables qui découleraient d'un litige en cours avec un agent. Le fondement de cette provision n'est pas contestable. Elle aurait toutefois dû être imputée au compte 1511 « provisions pour litiges » et non au compte 1518.

Une provision de 140 000€ a été constituée lors de la clôture de l'exercice 2009 dans la perspective de l'éventualité d'un contrôle de l'assurance maladie sur le codage de l'établissement ; l'estimation de ce risque reposant uniquement sur le constat fait par l'établissement qu'il n'avait pas encore été contrôlé - et non sur la base de l'annonce d'un contrôle à venir - et sur la probabilité d'un risque d'indu à rembourser à la suite de ce contrôle hypothétique. Fin 2011 cette provision a été confortée par une nouvelle dotation de 200 000 € pour atteindre un solde de 340 000 € sans qu'aucune annonce d'un contrôle n'ait été faite par l'assurance maladie. Un tel contrôle a finalement eu lieu en août 2012. L'établissement s'est fait assister par le médecin DIM de la société Plurisanté qui a facturé 55 000 € sa prestation à l'établissement ; raison pour laquelle une reprise sur provision a été réalisée à hauteur de ce montant en 2012. Le contrôle assurance maladie réalisé en août 2012 a finalement fait l'objet de deux notifications d'indus respectivement de 26 108,24 € (RSI ALPES) et de 178 935,95 € (caisse d'assurance maladie de Haute Savoie), soit un total de 205 044,19 €. Il restera donc, en 2013, plus de 80 000€ de provision non reprises. L'établissement justifie de nouveau le maintien de cette provision par la perspective d'un contrôle à venir. Il indique avoir travaillé avec le prestataire externe « *non seulement sur les pratiques de codage avec les intéressés mais aussi sur la pertinence des hospitalisations (un des éléments de contrôle de l'Assurance Maladie). La provision a été maintenue du fait de la versatilité des règles PMSI et de la lenteur d'appropriation par les acteurs médicaux et soignants.* »

La chambre relève le fondement discutable de cette provision. Elle note également que l'établissement parie sur la facturation d'un nouveau montant d'indu consécutif à un contrôle de l'assurance maladie à venir plutôt que de sécuriser définitivement ses pratiques de codage.

2.5.2- Les provisions pour charges

Les provisions pour charges s'élèvent, fin 2012, à 1 091 771,95 € dont 533 271 € au titre de l'intéressement des pôles.

Elles appellent les observations suivantes :

Un certain nombre de provisions sont passées pour couvrir des charges sans pour autant avoir pour fondement une obligation certaine ou probable de l'établissement à l'égard d'un tiers et sont donc irrégulières. À titre d'exemple, une dotation de 24 000 € intitulée « conformité biomédical » a été constituée en 2010 pour faire face à un renforcement des contrôles sur certains appareils médicaux. Cette provision a été intégralement reprise en 2012 faute de raison d'être.

C'est également le cas de la provision « intéressement des pôles » dont le solde était de 533 271 € fin 2012 et qui ne correspond pas à une sortie de ressources à venir de l'établissement. L'ordonnateur souligne que le fait générateur de la provision repose sur un engagement envers les pôles sur la base des contrats devant être signés avec ces derniers et justifie la provision par le retard pris par l'établissement dans la démarche de contractualisation du fait des changements successifs de directeurs. Les pôles de l'établissement ne constituent cependant pas un tiers par rapport à l'établissement. Cette provision n'est donc pas fondée réglementairement et présente un caractère de réserve.

Par ailleurs, un certain nombre de provisions inscrites au compte 158 correspondent à des dotations ou financements reçus par l'établissement. Les financements reçus par un établissement public de santé, quelle que soit leur nature ou leur origine, ne peuvent pas être conservés budgétairement au moyen d'une provision - à l'exception du cas particulier des provisions réglementées suivies au compte 142 (provisions pour renouvellement des immobilisations).

Parmi ces provisions, qui correspondent à des crédits destinés à des projets autres que des projets d'investissement, il faut distinguer plusieurs cas :

- ♦ 1^{er} cas : les programmes, dont les financements (hors investissement), reçus en une fois, ont été mis en réserves au moyen d'une provision au compte 158 et qui sont achevés au cours de l'année n-1. Les provisions constituées au compte 158 sont alors des provisions manifestement « dormantes » et doivent être sorties du bilan au moyen d'une écriture de correction D/158 C/110 ou 119 (opération d'ordre non budgétaire).
- ♦ 2^{ème} cas : les programmes (hors projets d'investissement) dont les financements reçus en une fois ont été mis en réserve au moyen d'une provision au compte 158 et qui sont en cours de réalisation : crédit phase 2 /2012 ENCC (48 000 €) ; crédit phase 2 /2012 DAF Psy loi sans consentement (27 500 €) ; « subvention crédit non utilisé EMPS » (solde fin 2012 est de 28 060 € et qui n'a fait l'objet que de reprises partielles) ; « coordination territoriale DPPR crédits non utilisés » (constituée en 2011 pour un montant de 25 652 euros et redotée en 2012 d'un montant de 30 217,60 € soit un solde fin 2012 de 55 869,60 € et que l'établissement va reprendre en 2013). A titre exceptionnel, l'établissement pourra effectuer, lors de chaque exercice, des reprises au compte 158, à hauteur des crédits alloués sur cet exercice au programme ou projet concerné. Ces reprises s'étaleront sur chaque exercice jusqu'à l'achèvement du programme ou projet. Le directeur et le comptable devront justifier ces écritures dans l'annexe du compte financier et dans le dossier de clôture.

- ♦ 3^{ème} cas : les programmes dont les financements (hors investissement), reçus en une fois, ont été mis en réserves au moyen d'une provision au compte 158 et n'ont pas débuté et n'ont aucune durée précise, subissent des aléas (suspension temporaire) et/ou pour lesquels le versement du financement a été anticipé. Cela a été notamment le cas de la provision des crédits du plan de santé mental phase 2 (constituée en 2010 pour un montant de 39 347 € et reprise en 2012) et de celle des crédits phase 2 du dispositif régional de formation psychiatrique (constituée en 2011 pour un montant de 21 638 € et reprise en 2012). C'est le cas, en 2012, de la provision des crédits phase 3 DAF RIM psy (constituée en 2011 pour un montant de 32 245 €). Le directeur est autorisé à maintenir ces provisions à titre exceptionnel au compte 158. Au démarrage du programme, dans le cas d'un versement anticipé, ou à la reprise de celui-ci, il devra procéder aux ajustements de provisions décrits dans le 2^o cas.

Enfin, nous constatons la constitution régulière de provisions pour heures supplémentaires. Le temps de travail effectué dans ce cadre devrait se traduire par des jours de congés ou RTT non pris et élarger aux provisions pour CET.

2.5.3- Les provisions pour gros entretien ou grande révisions

Selon l'instruction comptable M21, « pour être traitée comme provision pour gros entretien ou grandes révisions, la provision correspondante doit être destinée 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. Les provisions pour gros entretien doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien ».

Afin de couvrir ce risque, l'établissement a constitué une provision (régulièrement abondée sur la période contrôlée) dont le montant, en 2012, est de 1 177 k€. Aucune reprise n'a été effectuée depuis 2008.

Faute d'un plan pluriannuel d'entretien, les provisions ont été constituées à tort.

L'établissement a appliqué le principe de prudence à l'extrême en provisionnant de manière très large. Ainsi le solde des provisions qui était de 1 079 154,15 € fin 2007 s'établit à 9 767 589,04 € fin 2012 avec notamment une très forte augmentation des provisions pour risque (passant de 0 € fin 2007 à 1 240 191 € fin 2012), des provisions pour renouvellement des immobilisations (de 11 100 € fin 2007 à 3 706 960 € fin 2012), des provisions pour CET (de 255 599 € fin 2007 à 2 171 654,07 € fin 2012), des provisions pour charges (de 129 476 € fin 2007 à 1 091 771,95 € en 2012).

La chambre relève également qu'un certain nombre de provisions ont été constituées de manière indue et répondent davantage à une logique de constitution de réserves que de provisionnement. Ces provisions non réglementaires représentent un montant de plus de 4,9 M€.

La chambre demande à l'établissement de régulariser sa situation.

2.6- La sincérité et la fiabilité des prévisions budgétaires

Le rapprochement du compte de résultat prévisionnel du budget principal (CRPP) de l'EPRD et des comptes financiers permet d'apprécier la qualité des prévisions budgétaires de l'établissement.

Tableau n° 17 : sincérité budgétaire

EXERCICE	EPRD Initial		Décision Modificatives		Réalisation			
	Montant		Montant	% par rapport à l'EPRD	Montant	% par rapport à l'EPRD		
2008	Dépenses	83 934 028	Dépenses	4 588 379	5,47%	Dépenses	89 041 872,09	6,09%
	Recettes	83 214 028	Recettes	4 588 379	5,51%	Recettes	89 313 571	7,33%
2009	Dépenses	91 075 550	Dépenses	834 953	0,92%	Dépenses	91 115 566	0,04%
	Recettes	95 612 197	Recettes	834 953	0,87%	Recettes	91 472 989	-4,33%
2010	Dépenses	99 618 470	Dépenses	1 192 307	1,20%	Dépenses	96 164 641	-3,47%
	Recettes	98 882 840	Recettes	1 459 707	1,48%	Recettes	100 494 380	1,63%
2011	Dépenses	95 948 278	Dépenses	2 339 510	2,44%	Dépenses	101 395 150	5,68%
	Recettes	96 500 248	Recettes	2 510 944	2,60%	Recettes	103 182 088	6,92%
2012	Dépenses	102 971 819	Dépenses	3 872 445	3,76%	Dépenses	108 139 785	5,02%
	Recettes	104 821 633	Recettes	3 610 070	3,44%	Recettes	109 927 092	4,87%

Source: CRC à partir des comptes financiers

Les écarts constatés entre l'EPRD et le compte financier s'avèrent importants, se situant entre 5 % et 7 % chaque année (à l'exception de 2009 et 2010). L'établissement, à chaque rapport infra annuel, élabore une décision modificative d'un montant substantiel afin d'ajuster la réalité du budget à sa prévision corrigée. De plus, ces décisions modificatives remettent en cause l'équilibre de l'EPRD (et le résultat prévisionnel) en 2010, 2011, 2012 dans la mesure où elles ont été approuvées en déséquilibre.

L'EPRD étant approuvé régulièrement à la fin du deuxième trimestre voire au début du troisième trimestre, l'établissement devrait être en mesure, au mois de juillet, de fournir une estimation de son résultat prévisionnel qui ne soit pas en décalage important avec le réalisé.

3- ANALYSE FINANCIERE

3.1- La formation du résultat

La période 2008 à 2012 montre une évolution des recettes du compte de résultat principal supérieure à celle des dépenses : 21 % pour les dépenses contre 23 % pour les recettes.

Tableau n° 18 : évolution des recettes et des dépenses

	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution en pourcentage
Dépenses	89 041 926	91 115 566	96 164 641	101 395 150	108 139 785	21%
Recettes	89 313 571	91 472 989	100 494 380	103 182 078	109 927 092	23%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Les hôpitaux du Léman font reposer leur équilibre financier sur une progression de recettes plus importante que celle de leurs dépenses, lesquelles continuent néanmoins à augmenter de manière assez soutenue sur la période.

Si l'ordonnateur explique cette augmentation des dépenses par celle du nombre de lits de l'établissement (724 lits et places en 2008 ; 754 lits et places en 2012), cette augmentation de la capacité d'accueil n'explique, en réalité, que partiellement la progression des dépenses.

3.1.1- L'évolution des recettes

Les recettes de l'établissement ont progressé de 23 % sur la période 2008-2012. Le titre 1 représente 65 % du montant total des recettes. Il a évolué de 13 % entre 2008 et 2012, soit en moyenne à un rythme de 3,15 % par an avec une hausse marquée en 2011 par l'attribution d'une dotation AC investissement de 2 M€. Les produits de la tarification des séjours ont évolué également de 13 % sur la période avec une hausse particulièrement soutenue en 2011 et 2012, signe du dynamisme de l'activité ces deux dernières années.

Les remboursements des molécules onéreuses (MO) et dispositifs médicaux implantables (DMI) remboursables en sus des séjours ont progressé respectivement de 55 % et 59 % en contrepartie de l'augmentation des dépenses de DMI-MO, lesquelles ont progressé, après retraitement des rétrocessions, respectivement de 81 % et 41 % entre 2008 et 2012. Un décalage notoire existe entre les dépenses engagées au titre des molécules onéreuses remboursables en sus et les remboursements perçus en contrepartie en 2011 (-200 k€) et 2012 (-390 k€).

	Dépenses (hors rétrocessions)	Recettes	Écart
2008			
Molécules onéreuses	1 919 990	2 000 725	80 735
Dispositifs médicaux implantables	580 627	549 798	-30 829
Total	2 500 617	2 550 523	49 906
2009			
Molécules onéreuses	2 713 238	2 748 924	35 686
Dispositifs médicaux implantables	599 417	584 172	-15 245
Total	3 312 655	3 333 096	20 441
2010			
Molécules onéreuses	2 631 158	2 741 167	110 009
Dispositifs médicaux implantables	728 131	748 240	20 109
Total	3 359 289	3 489 407	130 118
2011			
Molécules onéreuses	2 889 031	2 684 350	-204 681
Dispositifs médicaux implantables	671 388	715 864	44 476
Total	3 560 419	3 400 214	-160 205
2012			
Molécules onéreuses	3 474 028	3 083 543	-390 485
Dispositifs médicaux implantables	821 233	874 794	53 561
Total	4 295 261	3 958 337	-336 924
Progression MO 2008-2012	81 %	55 %	
Progression DMI 2008-2012	41 %	59 %	

Source : CRC

L'établissement explique ce décalage par le retraitement à opérer au titre de la rétrocession (alors que les chiffres présentés dans le tableau ci-dessus intègrent déjà ce retraitement), ainsi que par l'impossibilité inhérente au système d'information de transférer un produit d'un compte budgétaire à un autre en cours d'année, ce qui entraîne des problèmes d'imputation comptable. La chambre invite l'établissement à rectifier le paramétrage de son système d'information afin que les imputations comptables dans leur ensemble et plus particulièrement celles relatives à la comptabilisation des DMI et MO soient exactes.

Le titre 2 a évolué de 42 % entre 2008 et 2012. Cette hausse porte essentiellement sur :

- ♦ les produits de la tarification en hospitalisation complète : +48 %. Cette augmentation résulte de 2 facteurs : une progression des séjours couplée à une augmentation des prix de journée.
- ♦ les produits de la tarification en hospitalisation incomplète : + 62 %.
- ♦ les produits de la tarification en hospitalisation à domicile : +137 %. Cette variation est principalement liée à l'augmentation de cette modalité de prise en charge des patients.
- ♦ les produits des prestations de soins aux patients étrangers : +67 %. Cette progression est issue principalement de la facturation au titre des conventions internationales.

Enfin, le titre 3 progresse de 51 % principalement à cause de la hausse importante des produits de la rétrocession (+123 %) et de la forte augmentation au compte 74 due au basculement de crédits ARS antérieurement attribués au titre des MIGAC (titre 1 de recettes) vers le fonds d'intervention régional (FIR) pour 870 k€.

Par ailleurs, la hausse de l'année 2010 (compte 75) résulte des remboursements de frais au titre du GCS Dialyse pour un montant d'environ 700 k€. Les hôpitaux du Léman ont quitté ce GCS en 2012 entraînant une perte de recettes de 770 k€. Parallèlement la création du GCS Biologie en 2012 a généré de nouvelles recettes au titre des remboursements de frais pour un montant de 1,5 M€.

Le compte 77 « produits exceptionnels » a varié tout au long de la période au gré des cessions d'actifs avec des pics en 2010 et 2012.

3.1.2- L'évolution des dépenses

3.1.2.1- Les dépenses de personnel

Ces dépenses augmentent de 15,94 % entre 2008 et 2012, soit une progression soutenue à un rythme moyen annuel de 3,77 %.

3.1.2.2- Les dépenses médicales et pharmaceutiques

Les dépenses médicales connaissent une hausse de 32 % sur la période 2008-2012.

Hors rétrocessions de médicaments et hors molécules onéreuses (MO) et dispositifs médicaux implantables (DMI) payés en sus des GHS (i.e. en sus des tarifs de séjours)⁴, les dépenses médicales et pharmaceutiques sont maîtrisées ne progressant que de 6,9 % entre 2008 et 2012.

En revanche, le ratio « *part des recettes de l'assurance maladie absorbée par les charges à caractère médical* »⁵, est de 19,60 % pour les HDL en 2012 alors que la circulaire DHOS du 23 septembre 2009 indique qu'il doit se situer entre 10 % et 15 %.

L'évolution de la consommation des dispositifs médicaux implantables (DMI) et des molécules onéreuses (MO) est importante (71,8 % sur la période soit une évolution de 14,48 % en moyenne par an), ce qui place l'établissement à des niveaux de progression annuelle nettement supérieurs aux taux de progression annuels arrêtés par décret chaque

⁴ La loi du 18 décembre 2003 prévoit le remboursement en sus des tarifs des GHS de certaines molécules onéreuses et certains dispositifs médicaux implantables sur la base d'un tarif de responsabilité.

⁵ Ratio exposé dans la circulaire DHOS du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

année et au-delà desquels le remboursement est soumis à une approbation de la part de l'ARS⁶ après justifications spécifiques apportées par l'établissement. L'établissement dit avoir apporté ces justifications à l'ARS.

3.1.2.3- Les dépenses hôtelières et générales

L'analyse du titre 3 relatif aux charges hôtelières et générales fait apparaître une augmentation de 39 % sur la période examinée. Retraitée de la contribution au GCS et à la CHT (d'un montant de 2 547 063 € en 2012) l'évolution du titre 3 n'a été que de 10,48 % sur la période ce qui indique que l'établissement a globalement maîtrisé ses charges.

Les principales évolutions concernent:

- ♦ les dépenses de crédit-bail sur du matériel d'échographie et sur des équipements de production pour le service de blanchisserie : +703 %
- ♦ les comptes relatifs aux assurances (et plus particulièrement l'assurance au titre de la responsabilité civile) qui ont subi une évolution constante tout au long de la période : +209 k€ soit +84 %
- ♦ les impôts indirects et plus particulièrement la TVA collectée sur les recettes hébergement et dépendance des budgets annexes.

3.1.2.4- Les dépenses à caractère financier

La charge relative aux intérêts de la dette a progressé de 40 % sur la période, avec une hausse essentiellement ciblée sur les 2 dernières années suite à la mobilisation d'emprunts pour le financement de la construction du bâtiment de médecine. Le chapitre 68 « dotations aux amortissements, dépréciations et provisions » a également fortement augmenté avec une hausse sur la période de +27 % et un pic en 2011 relatif à l'attribution d'une aide à la contractualisation de 2 M€ ayant fait l'objet d'une provision réglementée pour renouvellement des immobilisations.

3.2- Le résultat et l'analyse des soldes intermédiaires de gestion

Sur la période 2008 à 2012, le résultat net consolidé affiche un excédent qui s'est considérablement amélioré en données non retraitées.

Tableau n° 19 : résultat consolidé

	2008	2009	2010	2011	2012
Compte Résultat Principal - H	271 645	357 423	4 329 739	1 786 928	1 787 307
Compte Résultat Annexe - B	-13 084	-26 316	1 102	50 803	26 359
Compte Résultat Annexe - E	10 161	-359 713	104 234	624 854	280 945
Compte Résultat Annexe - C	-19 095	44 444	75 452	86 361	112 401
Compte Résultat Annexe - A	0	0	0	0	0
Résultat Consolidé	249 626	15 838	4 510 527	2 548 946	2 207 011

Source : CRC à partir des comptes financiers

⁶ L'article L. 162-22-7-2 créé par loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 47 prévoit que « l'Etat arrête [...] un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes » aux spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux remboursables en sus des GHS. L'arrêté du 18 février 2009 précise que ce taux pour l'exercice 2009 est de 10 %. Concrètement, cela implique que si l'ARH (ARS aujourd'hui) estime « que le dépassement de ce taux par un établissement de santé n'est pas justifié, elle conclut, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage [...], un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement. [...] En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en demeure de présenter ses observations ». Ce taux a été fixé à 8 % pour l'année 2010.

Tableau n° 20 : soldes intermédiaires de gestion

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	48 848	48 921	50 181	53 972	56 415
. Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	0	0	0	0	0
. Sous-total MCO & HAD (A + B)	48 848	48 921	50 181	53 972	56 415
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	12 152	13 994	14 292	16 416	17 279
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	61 000	62 915	64 473	70 388	73 693
MIGAC	3 573	4 324	3 759	6 201	3 154
Forfaits annuels	2 108	2 279	1 946	2 124	2 121
Dotation annuelle de financement (DAF)	8 775	9 835	9 908	9 979	9 975
Produits afférents aux soins (CRA)	4 356	4 648	4 747	4 835	4 957
Produits afférents à la dépendance	1 672	1 827	1 832	1 925	1 881
Produits de l'hébergement	5 212	5 388	5 663	5 768	5 727
Autres produits de tarification des CRA	0	0	0	0	0
Ventes de marchandises	1 449	1 492	1 545	1 999	3 234
Autres produits	2 498	2 701	2 615	2 930	3 131
Produits bruts d'exploitation	90 644	95 409	96 487	106 148	107 874
Consommations en provenance de tiers	14 345	15 580	15 514	16 199	18 193
Charges externes	9 810	9 965	10 491	11 061	11 245
Remboursements de frais des CRA	2 101	2 190	2 178	2 067	2 104
- Consommations intermédiaires	22 054	23 355	23 827	25 193	27 334
= VALEUR AJOUTEE	68 589	72 053	72 660	80 955	80 539
+ Subventions d'exploitation	2 548	2 109	2 125	2 202	3 070
- Impôts et taxes	112	387	402	413	406
- Charges de personnel (en net)	64 958	67 435	69 008	70 472	74 782
= EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	6 068	6 341	5 374	12 272	8 421
+ Autres produits de gestion courante	696	751	1 419	1 849	2 782
- Autres charges de gestion courante	398	297	922	1 044	2 907
= MARGE BRUTE	6 367	6 794	5 871	13 077	8 296
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	16	14	211	290	1 173
- Dotations aux amortissements	5 244	5 002	4 799	5 188	5 149
- Dotations aux provisions et dépréciations	188	1 291	600	1 882	829
= RESULTAT D'EXPLOITATION	950	516	683	6 298	3 491
+ Produits financiers	15	20	14	12	23
- Charges financières	892	839	921	1 072	1 172
= RESULTAT COURANT	73	- 304	- 223	5 238	2 342
+ Produits exceptionnels	3 122	1 247	8 666	1 792	3 955
- Charges exceptionnelles	2 945	928	3 932	4 481	4 099
= RESULTAT EXCEPTIONNEL	177	319	4 734	- 2 689	- 144
RESULTAT NET	250	16	4 511	2 549	2 198

Source : tableau de bord financier des établissements publics de santé

- ♦ **La valeur ajoutée** : la progression de la valeur ajoutée jusqu'en 2011 est le résultat de la hausse de l'activité. En revanche la baisse enregistrée en fin de période est le résultat de l'effet conjugué de la diminution d'une dotation AC (aide à la contractualisation) de 2 M€ reçue en 2011 et de la hausse de la rétrocession en 2012 (vente de marchandises : +1,3 M€)
- ♦ **L'excédent brut d'exploitation** : ce solde a augmenté tout au long de la période avec un pic en 2011 pour ensuite décroître en 2012 à cause d'une nette augmentation des charges de personnel.
- ♦ **La marge brute** : elle se situe à un niveau confortable permettant de financer les amortissements et les frais financiers. L'indicateur hospidiag F1 place ainsi l'établissement parmi les 20 % les plus performants en termes de taux de marge brute en 2011 (avec un taux de 11,9 %). Toutefois, l'agence régionale de santé a notifié à l'établissement une dotation AC investissement d'un montant de 2 M€. Ce montant se trouve ainsi incorporé dans la marge brute alors qu'il fait l'objet d'une provision pour renouvellement des immobilisations. Une fois ce montant retraité, le taux de marge brute s'élève à 10,46 %.
- ♦ **Le résultat courant** suit la tendance de la marge brute. En revanche pour les années 2010, 2011 et 2012, il convient de considérer les différentes ventes d'actifs qui ont eu lieu sur ces trois exercices. Ainsi, le résultat courant de l'établissement est déficitaire en 2010 (-223 k€), année où des opérations de cessions d'actif ont eu lieu pour un montant de 7,4 M€ (le montant de la valeur nette comptable des éléments d'actifs cédées est de 2,5 M€ soit une plus-value de 4,9 M€).
- ♦ **Le résultat exceptionnel** varie au gré des cessions d'actifs (2010) et des dotations aux provisions (2011) pour atteindre un léger déséquilibre en 2012.

Pour appréhender le résultat structurel⁷, il convient de retraiter le résultat net des opérations sur exercices antérieurs, des aides à la contractualisation (AC) non pérennes dont l'établissement a bénéficié durant la période et des dotations aux provisions et reprises sur provisions qui ont été effectuées sans base réglementaire. Ce résultat structurel est déficitaire en 2008 et 2010, mais il est largement excédentaire en 2011 et 2012, amélioration qui repose exclusivement sur la valorisation d'une activité plus soutenue.

⁷ Le périmètre de retraitement du résultat retenu correspond à celui défini par la DHOS dans la circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

Tableau n° 21 : résultat structurel du compte principal

	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat net	271 645	357 423	4 329 739	1 786 928	1 787 307
Charges sur ex. antérieur (672)	1 513 511	70 419	29 794	19 890	8 552
Produits sur ex. antérieur (772)	2 204 605	594 634	897 089	584 302	374 125
Titres annulés sur ex. antérieur (673)	260 482	382 362	916 686	650 160	605 662
Mandats annulés sur ex. antérieur (773)	54	972	4 178	21 560	1 156
Sous total 1	-159 021	214 598	4 374 951	1 851 117	2 026 240
AC accordées par l'ARS (Hors AC Investissement faisant l'objet d'une provision)	644 707	386 934	24 000	0	90 811
AC Exceptionnelles	644 707				
Dotations grippe H1N1		5 000			
Hausse activité réel grippe H1N1		10 934			
Intéressement conditionné à l'évolution		46 000			
Intéressement conditionné au résultat		325 000			
ENCC			24 000		
Recrutement d'apprentis préparateurs en pharmacie	5 157		5 267	6 000	6 000
Formation aux retour d'expérience					3 505
Déploiement des retours d'expérience					16 306
Mise en réseau des activités hospitalières					65 000
VCNEAC (675)	1 989	62 580	2 548 193	136 908	1 632 376
PCEA (775)	17 774	395 042	7 431 082	598 217	2 931 960
Sous total 2	-819 513	-504 798	-531 938	1 389 808	635 845
Provisions pour travaux	30 000			60 000	
Autres provisions pour risques	0	830 000	0	729 152	-403 310
Intéressement		440 000			-440 000
Risque TVA		250 000		200 000	20 000
Contrôle codage		140 000		200 000	-55 000
Intérêts des emprunts				329 152	71 690
Provisions indemnité journalière				58 329	
Provisions réglementées renouvellement immobilisations	0	0	0	403 557	1 294 245
Résultat vente CATTTP				403 557	
Résultat vente Bâtiment B Évian					1 294 245
Provisions pour charges	0	117 702	-27 034	407 270	171 763
Solde compte 6284 informatique			20 000		
Intéressement des pôles				93 271	440 000
Subvention crédit non utilisé			48 480	-7 136	-8 284
Coordination territoriale DPPR crédit non utilisé				25 652	30 218
Crédit phase 2 DAF psy loi sans consentement					27 500
Heures supplémentaires budget H		117 702	-95 514	295 483	-317 671
Provision omise à réintégrer	-555 471				
Résultat structurel	-1 344 984	442 904	-558 972	3 048 116	1 698 543

Source : CRC à partir des comptes financiers et du tableau des provisions

L'analyse des soldes intermédiaires de gestion révèle une situation financière relativement saine. L'établissement a indument minoré son résultat comptable par une politique de provisions constituées en dehors de toute disposition réglementaire, le résultat structurel de l'établissement se révélant alors largement excédentaire sur les deux derniers exercices de la période contrôlée.

3.3- La capacité d'autofinancement, le tableau de financement et les indicateurs d'investissement

3.3.1- La capacité d'autofinancement (CAF)

Tableau n° 22 : la capacité d'autofinancement et la variation du fonds de roulement

	2008	2009	2010	2011	2012
RESULTAT DES COMPTES DE RESULTAT	249 626	15 838	4 510 527	2 548 946	2 207 011
+ DAP (68)	6 437 686	6 669 190	5 752 305	10 574 595	7 731 270
- RAP (78)	722 924	13 887	312 735	529 556	1 451 518
+ VCEAC (675)	5 981	62 580	2 548 777	136 908	1 632 838
- PCEA (775)	17 774	395 042	7 431 432	598 217	2 931 960
- Quote part subventions investissement (777)	155 180	164 825	182 135	202 224	198 969
CAF/IAF BRUTE	5 797 417	6 173 855	4 885 307	11 930 452	6 988 674
- Remboursement des emprunts	1 949 637	1 583 575	1 714 404	1 848 591	8 552 187
CAF/IAF NETTE	3 847 780	4 590 280	3 170 903	10 081 861	-1 563 513
- Investissements	5 871 271	8 679 432	12 723 832	13 820 646	5 982 174
BESOIN DE FINANCEMENT DES INVESTIS	-2 023 491	-4 089 152	-9 552 929	-3 738 784	-7 545 687
+ Cessions d'immobilisations	17 774	501 535	7 695 554	1 032 933	2 931 960
+ Apports et subventions (inclus le 10682)	122 696	335 956	180 647	34 754	381 946
+ Emprunts nouveaux	985	3 126 371	250	10 300 458	4 800 208
TOTAL FINANCEMENT INVESTISSEMENT	141 455	3 963 863	7 876 451	11 368 144	8 114 114
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT	-1 882 036	-125 289	-1 676 479	7 629 360	568 427

Source : CRC à partir des comptes financiers

La CAF augmente sur la période 2008-2012.

L'augmentation entre 2008 et 2009 s'explique par l'évolution du montant des reprises sur provisions (-709 k€ entre 2008 et 2009). La diminution de la CAF entre 2009 et 2010 s'explique par de moins fortes dotations aux provisions et un résultat de cessions d'actifs en forte hausse par rapport à 2009. La forte augmentation de la CAF entre 2010 et 2011 est due à l'effet conjugué d'une forte augmentation des dotations aux provisions et d'une diminution substantielle des plus-values sur cessions d'actifs (c/775- c/675).

La CAF doit être chaque année supérieure aux remboursements du capital des emprunts afin de dégager une CAF nette permettant de contribuer au financement des investissements. La CAF nette est chaque année substantiellement positive (à l'exception de l'exercice 2012) et contribue ainsi aux financements des investissements de manière correcte jusqu'en 2011 (65 % en 2008, 52 % en 2009, 25 % en 2010, 72 % en 2011).

L'établissement a présenté en 2012 une CAF ne lui permettant pas de financer le remboursement du capital de sa dette. Toutefois ce phénomène découle d'une série d'écritures concernant le traitement de la ligne de trésorerie. En effet, l'instruction M21 dans son paragraphe relatif au compte 164 dispose : « Si le compte 164 /49 peut ainsi présenter un solde débiteur en cours d'exercice, il doit être impérativement soldé, en fin d'exercice ». En fin d'année 2011, l'établissement n'a pas soldé ce compte. La conséquence a été une minoration des remboursements des emprunts sur cet exercice. En revanche, ce remboursement a été effectué en 2012. Ainsi, en 2012, il existe un cumul de deux années de remboursement d'emprunts venant ainsi détériorer artificiellement la capacité

d'autofinancement nette. En retraitant cette opération, l'établissement aurait dégagé une capacité d'autofinancement nette de 1 819 k€.

3.3.2- Le tableau de financement

Tableau n° 23 : le tableau de financement

	2008	2009	2010	2011	2012
CAF ou IAF	5 797 417	6 173 855	4 885 307	11 930 452	6 988 674
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	1 949 637	1 583 575	1 714 404	1 848 591	8 552 187
Titre 2 - Immobilisations	5 863 221	8 523 689	12 711 279	13 820 646	5 968 210
Titre 3 - Autres emplois	8 050	146 832	1 622	181	13 964
TOTAL DES EMPLOIS	7 820 908	10 254 096	14 427 305	15 669 417	14 534 361
Titre 1 : Emprunts	985	3 126 371	250	10 300 458	4 800 208
Titre 2 - Dotations et subventions	31 853	335 956	180 647	34 754	288 406
Titre 3 - Autres ressources	108 617	492 624	7 684 622	1 032 933	3 025 500
TOTAL DES RESSOURCES	5 938 872	10 128 806	12 750 826	23 298 596	15 102 788
Apport ou prélèvement sur fonds de roulement	-1 882 035	-125 290	-1 676 478	7 629 179	568 427

Source : CRC à partir des rapports de gestion

Les HDL ont investi plus de 46 M€ dans des immobilisations de 2008 à 2012 avec un pic en 2010 et 2011 correspondant à la construction du nouveau bâtiment de médecine. Ces investissements ont été financés en partie par la CAF nette que l'établissement parvient à dégager jusqu'en 2011.

L'établissement a cependant dû recourir à l'emprunt pour financer le montant des immobilisations, essentiellement en 2009 (3,1 M€ d'emprunts), en 2011 (10,3 M€ d'emprunts) et en 2012 (4,8 M€). Le montant des emprunts en 2012 (4,8 M€) retraité des opérations de trésorerie s'élève à 1,5 M€.

En 2010, le financement des investissements a été assuré par les produits de cessions d'actifs et au prix d'un prélèvement sur le fonds de roulement.

Après une variation régulièrement négative du fonds de roulement entre 2008 et 2010, il augmente en 2011 et 2012. Cette tendance résulte d'une part des cessions d'immobilisations en 2011 et 2012, mais également de la mobilisation de crédits (environ 15 M€).

3.3.3- Les indicateurs d'investissement

3.3.3.1- Le taux de vétusté des immobilisations

Le taux de vétusté des immobilisations est obtenu en divisant les amortissements cumulés par les valeurs brutes des actifs.

Le taux de vétusté des bâtiments est de 35,9 %, se situant ainsi à un niveau proche du 2^{ème} décile de sa catégorie (indicateur F7 hospidiag). Cela est notamment dû à la politique assez volontariste de l'établissement en termes de construction de nouveaux bâtiments pour permettre le regroupement des activités de court séjour sur le site de Thonon (plateaux techniques et nouveau bâtiment de médecine notamment).

En revanche, le taux de vétusté des équipements est de 83,2 %, positionnant ainsi l'établissement au niveau du 8^{ème} décile de sa catégorie selon l'indicateur F8 hospidiag. De nombreuses fiches d'immobilisations se rapportent à des immobilisations réalisées entre 1974 et 1985. Les équipements et les mobiliers concernés ne sont majoritairement plus utilisés à ce jour et auraient donc dû être sortis de l'actif.

3.3.3.2- Le taux de renouvellement des immobilisations

Le taux de renouvellement des immobilisations est estimé en rapportant les débits des comptes d'immobilisations brutes à leurs soldes débiteurs. En 2011, le ratio « taux de renouvellement des immobilisations » est de 10,4 %. L'établissement est ainsi situé à un niveau moyen.

3.4- L'analyse bilancielle

Tableau n° 24 : les ratios de bilan (en milliers d'euros)

Structures financières	2008	2009	2010	2011	2012
Fonds de Roulement Investissement	723	-956	-7 347	-2 625	-3 115
Fonds de Roulement Exploitation	6 331	8 690	13 404	16 311	17 370
Fonds de Roulement Net Global	7 054	7 734	6 057	13 686	14 255
Besoin en Fonds de Roulement	6 459	7 442	6 363	13 776	11 747
Trésorerie	595	292	-306	-90	2 508

Source : CRC à partir d'IDAHO

Les données d'IDAHO intègrent un montant de créances « article 58 » à 0 en 2009 alors que selon l'état financier C7 du compte financier 2009 le montant des créances article 58 s'élève à 805 186 €.

Le fonds de roulement net global (FRNG) se compose du fonds de roulement d'investissement (FRI) et du fonds de roulement d'exploitation (FRE).

Le FRI est négatif à compter de 2009 et jusqu'en 2012 avec notamment un creux très important en 2010, conséquence du programme d'investissement.

Le FRE connaît une très forte croissance, en étant multiplié par 2,7 sur la période ; croissance notamment due à la forte augmentation des provisions et du résultat comptable sur la période.

La structure même du bilan ne reflète pas la réalité. En effet, la politique de provisionnement des risques menée par les HDL ne répond pas à la réglementation sur un certain nombre de dotations. Le fonds de roulement d'exploitation devrait être corrigé au profit du fonds de roulement d'investissement.

Au global, le FRNG progresse de manière importante (+102 %) entre 2008 et 2012. En 2011, l'indicateur hospidiag F10 mesurant le FRNG en nombre de jours de charges courantes, plaçait les HDL, avec un FRNG à 51,4 jours de charges courantes, en dessous de la médiane des établissements de même catégorie. Malgré son augmentation sur la période, le FRNG ne parvient pas à couvrir le besoin en fonds de roulement de l'établissement jusqu'en 2010, générant ainsi un besoin de trésorerie de 2008 à 2010. À contrario, la trésorerie devient positive en 2011 et s'établit à plus de 2,3 M€ en 2012 du fait d'un recours à l'emprunt lors de cet exercice. L'ordonnateur précise qu'un seul emprunt a été contracté, début 2012, auprès de la Caisse des dépôts et consignations pour un montant de 1,5 M€ afin de couvrir les opérations relatives au court séjour gériatrique et au sous-sol du bâtiment médecine pour les archives. Il explique l'excédent de trésorerie fin 2012 (+2,5 M€) par l'augmentation de l'activité et par la cession du bâtiment B d'Évian. Ces éléments auraient pu être évalués dès le début d'année et le recours à l'emprunt évité sur l'exercice

2012. L'excédent de trésorerie en 2012 résulte donc d'une mauvaise appréciation de la part de l'établissement de la contribution respective des différentes ressources (autofinancement /emprunt) pour le financement des opérations d'investissement.

Le besoin en fonds de roulement de l'établissement se situe à un niveau élevé (51,3 jours de charges courantes selon l'indicateur hospidiag F9) ; plaçant les HDL parmi les 20 % des établissements ayant le BFR le plus important. Les facteurs d'explication de cette importance du BFR sont l'absence de mise en place des paiements fournisseurs à juste date et une défaillance dans la chaîne de codage, facturation et recouvrement ainsi qu'en témoigne l'indice de facturation hospidiag P15 (16,7 % alors qu'il devrait tendre vers 0) qui place les HDL dans le décile d'établissements les moins performants. Le BFR est en outre artificiellement gonflé en 2011 du fait de la dotation MIGAC de 2,4 M€ notifiée en 2011 mais versée seulement en 2012.

La trésorerie de l'établissement a connu une amélioration constante tout au long de la période. La hausse de l'activité et son incidence en termes de résultat d'exploitation expliquent cette tendance. La trésorerie très importante de l'année 2012 révèle un excédent d'emprunt en 2012 par rapport aux besoins de l'établissement.

3.5- La situation de la dette

3.5.1- Encours de dette et nature de la dette

L'encours de dette des hôpitaux du Léman était de 29 551 132 € au 31/12/2012. Son taux moyen s'élève à 3,8 %, sa durée résiduelle est de 20,4 ans et sa durée de vie moyenne de 10,4 ans. Au 31/12/2012, les indexations se répartissaient de la manière suivante : 65,2 % d'encours en taux fixe, 9 % en taux fixe à phase, 4,9 % en indexation sur le livret A, 20,9 % en emprunt structuré.

La part des emprunts à taux fixe représente 74,2 % (dont 9 % en taux fixe à phase). Cette proportion importante fait suite aux opérations de sécurisation réalisées sur l'année 2012 avec, en contrepartie, une rigidification de la dette. 4,9 % de l'encours de dette sont indexés à taux variable (non structuré) sur une indexation LEP (Livret d'Epargne Populaire) dans le cadre de l'enveloppe exceptionnelle proposée par la Caisse des dépôts et consignations en 2011. 20,9 % de la dette est structurée. Cette part est représentée par un seul contrat. Il s'agit d'un prêt DEXIA indexé sur l'écart entre les cours de change EUR/CHF et EUR/USD.

Une analyse de la dette des hôpitaux du Léman selon la classification issue de la Charte de bonne conduite Gissler, permet de mettre en avant les éléments suivants :

- ♦ 80 % de l'encours de dette sont indexés sur le risque minimum 1A de la charte Gissler. Cela concerne les emprunts à taux fixe, à taux fixe à phase ainsi que celui indexé sur le LEP.
- ♦ 20,9 % de l'encours sont indexés sur un risque hors Charte (niveau 6F) et correspond à l'emprunt Dexia susmentionné.

3.5.2- Gestion de la dette

Les hôpitaux du Léman sont accompagnés par la société « Finance Active » dans la gestion de leur dette, notamment pour la sécuriser.

Ainsi, l'emprunt DEXIA indexé sur la parité EUR /CHF et EUR/USD a été renégocié en juin 2010 pour diminuer le risque lié au mode de calcul du taux d'intérêt et obtenir un taux de 3,95 % pour les échéances de décembre 2010 et décembre 2011. La sécurisation de l'échéance 2010 a entraîné un surcoût de 68 358 € et celle de 2011 un surcoût de 65 357 €.

Entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2012, la part des produits structurés a diminué au bénéfice de la part à taux fixe qui a fortement augmenté entre les exercices 2011 et 2012 passant de 45,8 % en 2011 à 74,2 % en 2012.

En dépit de ces opérations de sécurisation, la proportion de produits hors charte Gissler reste anormalement élevée (20,9 %). À ce jour, compte tenu des pénalités contractuelles extrêmement défavorables et du contexte de marché (taux extrêmement bas), aucune opération de sécurisation de cet encours (avec refinancement en taux fixe sur les mêmes conditions de durée) ou de remboursement anticipé (avec paiement ou refinancement de la pénalité) ne semble envisageable.

La prévision d'évolution des frais financiers (hors emprunts nouveaux) pour les trois années à venir s'établit à : 1 100 k€ en 2013, 1 350 k€ en 2014, 1 280 k€ en 2015. L'augmentation de la charge d'intérêt sur 2014 s'explique essentiellement par la sécurisation en taux fixe du produit de pente DEXIA réalisée en 2012, et par les anticipations de dégradation du produit structuré indexé sur le change. En 2015, les frais financiers devraient s'établir, selon les prévisions de Finance Active, aux environs de 1 280 000 €. Les frais financiers devraient passer de 768 k€ à plus de 1 280 k€ entre 2009 et 2015 soit une hausse de 66 % en 6 ans (en excluant l'épiphénomène de surcoût en 2014 inhérent à la sécurisation du produit de pente).

Les hôpitaux du Léman subissent une augmentation importante des intérêts d'emprunts qui est due à la conjugaison de deux phénomènes : l'augmentation de l'encours de dette et les surcoûts liés à la sécurisation de la dette.

L'établissement est exposé à un risque de taux élevé sur un emprunt structuré représentant un encours de 6,4 M€.

La chambre recommande à l'établissement une grande prudence dans ses recours à l'emprunt pour ses opérations d'investissement à venir. Le taux d'indépendance financière des hôpitaux du Léman se situait déjà à 35,93 % au 31 décembre 2012 et son encours de dette rapporté au total des produits s'élevait à 25,24 %. Elle appelle la vigilance de l'établissement sur les seuils énumérés à l'article D. 6145-70⁸ du code de la santé publique et sur les conséquences qu'aurait le dépassement de deux des trois seuils en termes de perte d'autonomie de l'établissement pour la souscription de nouveaux emprunts.

⁸ « Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ;

Ces critères sont calculés à partir du compte financier du dernier exercice clos de l'établissement selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. La procédure d'autorisation n'est pas applicable aux emprunts dont le terme est inférieur à douze mois. Le directeur de l'établissement adresse sa demande d'autorisation assortie d'un plan global de financement pluriannuel mis à jour afin d'évaluer l'incidence prévisionnelle du projet d'emprunt sur l'équilibre financier de l'établissement. Si l'établissement est soumis à l'obligation de produire un plan de redressement conformément à l'article L. 6143-3, le directeur présente une actualisation de ce plan en précisant la trajectoire de désendettement qui en résulte. »

4- LA STRATEGIE D'INVESTISSEMENT

En 2000, le contrat d'objectif et de moyens signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation, prévoyait le regroupement des activités chirurgicales, obstétricales, d'urgence et de réanimation sur le site de Thonon ainsi que le maintien et le développement sur le site d'Évian des spécialités médicales qui y étaient pratiquées jusqu'en 1998, date de la fusion. Il a conduit à une restructuration du plateau technique chirurgical et obstétrical et de la maternité sur le site de Thonon afin de pouvoir accueillir les services évianais en 2004.

Cette stratégie de regroupement partiel a été remise en cause quelques années plus tard au profit du regroupement de l'intégralité des activités de court séjour sur le site Georges Pianta de Thonon, nécessitant la construction d'un nouveau bâtiment de médecine, et ce, trois ans après la restructuration des plateaux chirurgicaux et obstétricaux.

4.1- Des projets de reconstruction et réhabilitation successifs découlant de la fusion

La principale opération d'investissement découlant de la fusion a été la construction du bâtiment de médecine. Cette opération a été initiée dès 2008 selon la procédure de « conception-réalisation ». Selon son programme fonctionnel, « les activités de médecine concernées par ce déménagement sont la neurologie, la néphrologie, la dialyse, la rhumatologie, l'endocrinologie et [que] les activités de médecine existantes sur le site de Thonon et impliquées dans la réflexion sont la gastrologie et l'hospitalisation de semaine. Les activités de médecine existantes ou à créer non impliquées dans la réflexion sont la pneumologie, la cardiologie et le court séjour gériatrique. L'unité soins palliatifs est une prestation optionnelle ».

Lors du lancement du concours pour la conception-réalisation de ce bâtiment, d'autres opérations immobilières étaient en cours de réalisation ou de lancement sur le site Georges Pianta de Thonon, à savoir, la construction de la cuisine centrale, le déménagement de la chaufferie et l'aménagement d'une nouvelle zone de parking de 65 places. Or, ces opérations n'ont pas été traitées en cohérence les unes avec les autres. À titre d'exemple, les travaux relatifs à la cuisine centrale et à la chaufferie, entrepris en 2009, et réalisés pour un montant de 5,45 M€, ont conduit à localiser ces deux unités dans un bâtiment séparé à l'est du bâtiment Georges Pianta sans aucune liaison logistique directe (tunnel ou passerelle). Cela implique le chargement et déchargement des chariots repas dans des camions pour un trajet de moins d'une centaine de mètres. Le schéma directeur immobilier réalisé en 2012 dans le cadre du nouveau projet d'établissement prévoit de reconstruire intégralement l'unité de production alimentaire centralisée construite il y a quatre ans au sein du bâtiment principal afin de créer une liaison directe avec les services cliniques et minimiser ainsi les coûts logistiques. La chambre déplore qu'une définition précise, exhaustive et pertinente des besoins n'ait pas été arrêtée lors du lancement de l'opération en 2008.

Par ailleurs, selon le programme fonctionnel de conception-réalisation du bâtiment de médecine: « les hôpitaux du Léman insistent sur la notion d'évolutivité de la structure neuve à prendre en compte car ce bâtiment constituera certainement la dernière extension du site, d'où le besoin de le penser évolutif et adaptable à une demande ultérieure ». (cf. p.7 du programme fonctionnel pour la création du bâtiment de médecine). Cela est précisé en page 41 du programme : « *le maître d'ouvrage a la volonté que ce bâtiment soit le plus modulable possible dans sa structure et dans son organisation. Les activités hospitalières étant en perpétuelle évolution et questionnements, il est nécessaire que cette structure permette une évolutivité aisée et intégrée dès la phase conception.* »

Cependant, l'évolutivité telle qu'entendue par le maître d'ouvrage d'un point de vue capacitaire est décrite dans le programme fonctionnel de la manière suivante : « Les groupements devront faire deux propositions :

- ♦ *en base :*
 - *Niveau A : plateau de 37 lits pouvant évoluer vers 43 lits répartis en 2 unités*
 - *Niveau B: plateau de 43 lits pouvant évoluer vers 48 lits incluant 2 unités*
- ♦ *prestations optionnelles :*
 - *Niveau A : idem base*
 - *Niveau B : plateau de 35 lits pouvant évoluer vers 40 lits incluant 2 unités, ainsi qu'une unité de 10 lits de soins palliatifs soit un total de 45 lits pouvant évoluer vers 50 lits » (programme fonctionnel, p. 5).*

Ainsi, lors de la rédaction du programme, le maître d'ouvrage, en 2008, a souhaité construire des unités de 18 à 22 lits pouvant évoluer au maximum vers des unités de 21 à 25 lits alors que la mise en place de la tarification à l'activité dès 2005 et sa montée en charge progressive avaient fait ressortir qu'une unité d'hospitalisation standard devait comprendre 28 à 30 lits pour être économiquement viable. Le choix du dimensionnement des unités par le maître d'ouvrage venait donc dès 2008 circonscrire fortement toute possibilité d'évolutivité de la structure.

Les capacités des unités du bâtiment de médecine ont été définies en fonction de l'activité préexistante sur les sites en 2008 et en fonction des souhaits des praticiens, sans vision prospective de ce que pourrait être cette activité quelques années plus tard.

Ce bâtiment de médecine s'avère en définitive peu modulable de par la définition des espaces intérieurs et non efficient : taille inadaptée des unités et absence de mutualisation des secrétariats médicaux.

Par ailleurs, les besoins tels que définis initialement ont fluctué tout au long de la construction du bâtiment. Le programme fonctionnel initial décrit ce bâtiment comme devant accueillir des unités de médecine avec la réalisation en option d'une unité de soins palliatifs mais sans court séjour gériatrique.

Par la suite, un premier avenant est venu modifier l'orientation du projet en demandant la création de 4 lits supplémentaires de dialyse (le dimensionnement à 12 lits dans le programme initial ayant sous-évalué les besoins de la population en termes de dialyse), la suppression de l'unité de soins palliatifs (laquelle s'avérait trop onéreuse) et l'intégration au programme des dispositions constructives nécessaires à la réalisation ultérieure d'un service de réanimation. À ce stade, la chambre relève qu'un service tel que la réanimation, complètement dissocié de l'activité de médecine, a été, par voie d'avenant, intégré au sein d'un bâtiment de médecine, situé à l'opposé de l'hôpital par rapport aux urgences et au bloc opératoire.

Les avenants 2 et 3 ont finalement acté la création d'une unité de court séjour gériatrique, la création d'une rampe d'accès vide sanitaire et la réfection du local à archives en lieu et place d'un projet de parking souterrain imaginé antérieurement en sous-sol du bâtiment de médecine.

L'absence de cohérence dans la définition initiale des besoins a conduit à des modifications substantielles du projet avec pour conséquence des surcoûts importants : l'incidence des avenants étant de 2 694 672,2 € HT par rapport à un montant de marché initial de 15 829 000 € HT soit une augmentation de 17,1 %. La chambre relève également que l'agence régionale de l'hospitalisation n'est pas intervenue au stade de la définition des besoins pour orienter l'établissement vers un projet en cohérence avec le CPOM.

Les hôpitaux du Léman ont mené une succession d'opérations de restructuration (plateaux de chirurgie, maternité, cuisine, chaufferie, bâtiment de médecine) les unes après les autres, sans vision prospective qui aurait conduit à envisager une restructuration cohérente du site dans son ensemble avec un souci de modularité dans le temps. Cela a eu pour conséquence des surcoûts de fonctionnement notoires et l'augmentation des investissements liés à la mauvaise définition initiale des besoins.

La chambre relève l'absence de l'ARH puis de l'ARS en termes d'appui à la décision pour ces opérations de restructuration qui ont une incidence sur le devenir des hôpitaux du Léman et plus globalement sur l'offre de soins dans le Chablais.

4.2- Le schéma directeur immobilier du projet d'établissement 2011-2015

Le schéma directeur immobilier a été élaboré dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement 2011-2015. Ce schéma prévoit l'ensemble des opérations de travaux nécessaires pour faire face aux vétustés et non-conformités en termes sanitaires (trois unités présentent un nombre important de non-conformités : la réanimation, le laboratoire et l'unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques) et en termes de sécurité incendie (la majorité des cloisons et des portes n'offrent pas les degrés coupe-feu requis, les installations de ventilation ne sont pas équipées de clapets coupe-feu, etc.).

La direction de l'établissement a souhaité, en 2011 prévoir un plan assez volontariste de restructuration/réhabilitation/reconstruction de l'ensemble des bâtiments non restructurés avec comme ligne directrice l'organisation de la structure autour de l'accueil et du circuit du patient en travaillant au rapprochement d'unités en forte inter-relation et en favorisant la création de secteurs homogènes (ex : urgence-imagerie-bloc-réanimation ; consultations-imagerie-explorations fonctionnelles ; etc.). Ce schéma directeur concerne plus spécifiquement les unités suivantes : réhabilitation de la pneumologie et cardiologie, pôle mère-enfant, chirurgie, création d'un laboratoire de proximité dans le cadre du GCS, reprise et mise en conformité de la réanimation, extension du bloc opératoire et des parkings. Il en résulte un programme de réhabilitation global d'un montant de 160 M€ sur les 10 prochaines années et dont la première tranche (2012-2017) comprend des travaux d'un montant de 82 M€.

Si la communauté médicale a été informée de l'élaboration d'un schéma directeur immobilier et si les objectifs et les grands axes de ce dernier ont été présentés en directoire, les décisions d'implantation retenues pour les différentes unités se sont faites sans association de la communauté médicale et soignante.

Enfin, ce schéma, bien qu'ayant une incidence forte sur l'avenir de l'établissement et sur son équilibre financier, n'avait pas fait, en juillet 2012, l'objet de discussions avec l'ARS pour valider sa cohérence avec le projet régional de santé, étudier sa soutenabilité en termes financiers et évoquer un éventuel dispositif d'aide pour accompagner la restructuration de l'établissement.

4.3- L'incidence sur le plan global de financement pluriannuel

L'ampleur du schéma directeur immobilier a une incidence importante sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Le dernier PGFP validé est celui qui a été élaboré dans le cadre de l'EPRD 2012. Il intègre la première tranche du schéma directeur immobilier de 82 M€ et met en évidence un résultat qui demeure positif et en croissance sur la période pour s'établir à 3,69 M€ en 2016.

Tableau n° 25 – plan global de financement pluriannuel 2012

Plan global de financement pluriannuel élaboré par l'établissement en 2012													Taux retenu par les HDL au PGFP 2012	Taux moyen annuel constaté sur la période	Taux retenu pour simuler le PGFP 2012-
	Réalisations 2011	Prévisions 2012	2013	2014	2015	2016	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015					
CHARGES															
Titre 1 - Charges de personnel	64 101 060	66 673 242	69 027 893	70 408 451	71 816 620	73 252 952	3,53%	2,00%	2,00%	2,00%	2,38%	3,71%	3%		
Titre 2 - Charges à caractère médical	15 355 655	16 665 125	16 998 428	17 338 396	17 685 164	18 038 867	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	7,19%	5%		
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	10 137 805	9 951 616	10 150 651	10 353 664	10 560 737	10 771 952	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	8,59%	4%		
Titre 4 - Charges d'amortissements	11 800 631	9 681 836	6 307 653	6 667 903	7 565 381	8 384 494	-34,85%	5,71%	13,46%	10,83%	-3,53%	6,05%	Réel=-5,68%		
TOTAL DES CHARGES	101 395 150	102 971 819	102 484 625	104 768 414	107 627 902	110 448 265	-0,47%	2,23%	2,73%	2,62%	1,77%	4,98%	2,70%		
PRODUITS															
Titre 1 - Produits versés par l'assurance	72 275 395	70 931 740	73 928 943	76 342 477	78 804 284	81 315 326	4,23%	3,26%	3,22%	3,19%	3,47%	3,15%	2,50%		
Titre 2 - Autres produits de l'activité	16 416 132	16 784 911	17 120 609	17 463 021	17 812 282	18 168 527	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	9,20%	2,50%		
Titre 3 - Autres produits	14 490 551	17 104 982	16 225 133	14 094 580	14 375 636	14 662 004	-5,14%	-13,13%	1,99%	1,99%	-3,78%	10,92%	2%*sauf pour		
TOTAL DES PRODUITS	103 182 078	104 821 633	107 274 685	107 900 078	110 992 202	114 145 857	2,34%	0,58%	2,87%	2,84%	2,15%	5,33%	1,48%		
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)	1 786 927,96	1 849 814,00	4 790 060,00	3 131 664,00	3 364 300,00	3 697 592,00									

Source : établissement

Toutefois, les hypothèses d'évolution des différents titres de charges et de produits retenues par les hôpitaux du Léman pour élaborer ce PGFP semblent discutables en ce qu'elle prévoit une déconnexion entre l'évolution des produits et l'évolution des charges.

Ainsi, au niveau des charges, le taux moyen d'évolution annuel envisagé par l'établissement sur la période 2012-2016 est de 2,38 % pour celles de personnel (Titre 1) et de 2 % à la fois pour les charges à caractère médical (Titre 2) et celles à caractère hôtelier et général (Titre 3). Ces prévisions reposent sur des hypothèses de mise en œuvre de mesures de maîtrise des charges assez radicales. En effet, leur évolution au cours de la période 2008-2012 a été de 3,7 % pour le titre 1, de 7,19 % pour le titre 2 et de 8,59 % pour le titre 3. L'ordonnateur justifie le fondement de ces prévisions en précisant que l'augmentation des charges observées sur la période 2008-2012 était due à l'augmentation des capacités (724 en 2008 et 754 en 2012) et de l'activité.

En ce qui concerne les produits, l'établissement avait projeté dans son PGFP 2012-2016 une progression d'activité moyenne de 3,47 % pour le titre 1 (produits de l'assurance maladie) et de 2 % pour le titre 2 (produits issus des patients et mutuelles). Sur la période 2008-2012, l'établissement a enregistré une hausse moyenne de 3,15 % de ses produits de titre 1 et de 9,2 % de ceux de titre 2 (du fait notamment de l'augmentation de la proportion de frontaliers pris en charge dans l'établissement). L'établissement parie donc sur une poursuite de son augmentation d'activité continue sur la période, s'appuyant pour cela sur la fermeture de la clinique Lamartine et sur le dynamisme démographique du bassin de population. Toutefois, les résultats d'activité moins favorables que prévus sur la première moitié de l'année 2013 ainsi que l'incertitude relative aux campagnes tarifaires à venir invitent à la prudence en matière de prévision de recettes.

Le PGFP apparaît peu réaliste de par la divergence entre l'évolution prévisionnelle des recettes et des dépenses. Il prévoit en effet :

- une progression de recettes plus élevée que sur la période précédente ;
- en parallèle une progression beaucoup plus contenue et plus faible que sur la période précédente des dépenses de personnel, des dépenses à caractère médical et des dépenses hôtelières et générales.

La chambre invite l'établissement à la prudence et à l'estimation sincère de ses charges et produits pour l'élaboration du plan global de financement pluriannuel 2014.

Le plan d'investissement nécessaire à la mise en œuvre du schéma directeur immobilier tel qu'il est prévu dans le projet d'établissement 2011-2016 n'est pas soutenable financièrement pour l'établissement en l'absence de mise en œuvre d'importantes mesures d'économies internes et en l'absence d'octroi d'une aide à l'investissement par l'ARS. Sa situation financière, bien que saine à ce jour, ne lui permet pas d'absorber un plan d'investissement de 82 M€ sur les cinq prochaines années et encore moins de 165 M€ d'ici 2023.

5- MARCHES PUBLICS

5.1- La procédure d'achat

La politique et la fonction achat se sont progressivement structurées depuis 2010. L'établissement dispose, depuis 2011, d'un guide des bonnes pratiques, répondant, dans les principes qu'il énonce, aux règles fixées par le code des marchés publics.

Toutefois tous les achats ne sont pas centralisés au niveau de la cellule achats, laquelle gère ceux de l'établissement (en fonctionnement et en investissement) hors informatique et hors travaux. Les secteurs qui ne sont pas gérés par cette cellule n'appliquent pas à ce jour l'intégralité des préconisations du guide.

Cette cellule ne disposant de surcroît que d'un seul agent, sa polyvalence et sa permanence ne sont pas assurées.

Enfin, jusqu'en 2012, l'établissement ne disposait pas de tableau de bord achats lui permettant de suivre et d'évaluer la performance de cette fonction.

5.2- L'analyse par code nomenclature

Selon les termes de l'article 27 du Code des marchés publics⁹, les seuils en euros qui déterminent le mode de passation des marchés publics s'apprécient par catégorie homogène (dit aussi code nomenclature). L'application d'un code nomenclature à l'intégralité des achats effectués par l'établissement et la pertinence du code nomenclature défini par ce dernier sont, par conséquent, des critères fondamentaux d'appréciation de l'application du code des marchés publics.

⁹ Article 27 du code des marchés publics : « Le pouvoir adjudicateur ne peut pas se soustraire à l'application du présent code en scindant ses achats ou en utilisant des modalités de calcul de la valeur estimée des marchés ou accords-cadres autres que celles prévues par le présent article.

II. - Le montant estimé du besoin est déterminé dans les conditions suivantes, quel que soit le nombre d'opérateurs économiques auxquels il est fait appel et quel que soit le nombre de marchés à passer.

1° En ce qui concerne les travaux, sont prises en compte la valeur globale des travaux se rapportant à une opération portant sur un ou plusieurs ouvrages ainsi que la valeur des fournitures nécessaires à leur réalisation que le pouvoir adjudicateur met à disposition des opérateurs.

Il y a opération de travaux lorsque le pouvoir adjudicateur prend la décision de mettre en œuvre, dans une période de temps et un périmètre limité, un ensemble de travaux caractérisé par son unité fonctionnelle, technique ou économique.

2° En ce qui concerne les fournitures et les services, il est procédé à une estimation de la valeur totale des fournitures ou des services qui peuvent être considérés comme homogènes soit en raison de leurs caractéristiques propres, soit parce qu'ils constituent une unité fonctionnelle.

La délimitation d'une catégorie homogène de fournitures ou de services ne doit pas avoir pour effet de soustraire des marchés aux règles qui leur sont normalement applicables en vertu du présent code.

Pour les marchés d'une durée inférieure ou égale à un an, conclus pour répondre à un besoin régulier, la valeur totale mentionnée ci-dessus est celle qui correspond aux besoins d'une année. »

L'établissement a fourni la liste de ses achats par code nomenclature. Les constats sont les suivants :

- ♦ une quasi stabilité de l'architecture des codes nomenclatures définie par l'établissement (237 codes nomenclature en 2010, 234 en 2011, 228 en 2012) ;
- ♦ si l'augmentation des achats avec code nomenclature est réelle (+15,44 %) elle sera inférieure à celle des dépenses du titre 2 (+20 %) et du titre 3 (+28,33 %) qui, additionnées progressent de 23,37 %. La proportion des achats réalisés hors code nomenclature augmente donc sur les trois dernières années.

Le montant des achats réalisés hors code nomenclature n'est pas négligeable puisqu'il s'élève à plus de 2,9 M€ se répartissant de la manière suivante :

- ♦ comptes 60611, 60612, 606130, 606131 et 60618 « énergies » pour un montant de 1 022 023 € ;
- ♦ compte 61112 « l'imagerie » et «GIE IRM/Scanner» pour un montant de 493 258 € ;
- ♦ compte 61322 « locations de biens immobiliers » pour un montant de 1 078 244 € (dont un bail emphytéotique pour l'EHPAD des Verdannes) ;
- ♦ comptes 6226 et 6228 «honoraires et rémunérations diverses» pour un montant de 116 994 € ;
- ♦ comptes 6245 « transports d'usagers » pour un montant de 241 901 € ;
- ♦ compte 6263 « affranchissements » pour un montant de 130 447 €.

Ces achats hors nomenclature regroupent des situations hétérogènes.

L'ordonnateur justifie certains de ces achats par le recours à des groupements (groupement départemental pour la prestation ATSU des transports sanitaires dans le cadre de l'aide médicale d'urgence, groupement départemental pour les dépenses d'intérim, groupement d'intérêt économique IRM/scanner) ou certains dispositifs contractuels comme l'adhésion à la régie municipale des eaux de Thonon-les-Bains, l'existence d'un contrat de fourniture de l'énergie vapeur avec la centrale d'incinération du syndicat de traitement des ordures ménagères du Chablais ou d'anciens contrats passés avant l'ouverture à la concurrence pour la livraison en gaz de certains sites de l'établissement.

La chambre invite l'établissement à régulariser sa situation en organisant une mise en concurrence notamment dans les secteurs de l'électricité, du chauffage (pour la blanchisserie), du gaz (pour le site de l'EHPAD de la Lumière du Lac et les logements pour l'hébergement de professionnels de santé accueillis dans l'établissement), et des missions d'assistance juridique.

L'attribution d'un code nomenclature permettant de délimiter le périmètre de la catégorie homogène des achats est une nécessité pour apprécier les seuils et mode de passation qui en découlent.

5.3- L'analyse de quelques marchés

5.3.1- Les marchés de l'optimisation de l'information médicale

La qualité du processus de codage aux hôpitaux du Léman n'étant pas optimale, la direction de l'établissement a décidé, dès 2009, de recourir à un prestataire externe pour appuyer l'action du DIM interne (département d'information médicale) dans le processus d'optimisation du codage.

Un premier marché (2009/137) a été passé en procédure adaptée pour l'« analyse et l'optimisation des processus de codage de l'information médicale du centre hospitalier intercommunal hôpitaux du Léman », et attribué à ADVIMED puis notifié le 8 avril 2009 pour

un montant initial de 111 500,00 € HT et dont l'objet était l'optimisation du codage des séjours de l'année 2009.

En 2010, un second marché (2010/119) a été passé en procédure adaptée avec comme objet l'« intervention d'un médecin DIM consultant pour la révision du codage des résumés de sortie standardisés (RSS) avant envoi aux tutelles ». Ce marché a été attribué à PLURISANTE et notifié le 15 janvier 2010 pour la période du 1^{er} février 2010 au 31 janvier 2011, pour un montant de 66 000,00 € HT. Son objet était la révision du codage des séjours de l'année 2010 sur une base restreinte de dossiers ciblés à 80 unités par mois.

En 2011 a été passé le marché 2011/237 pour l'« intervention d'un médecin DIM-consultant pour l'accompagnement des pôles » en matière de codage. Il a été attribué, après appel d'offres, à la société PLURISANTE et notifié le 10 mai 2011 pour une période de 12 mois renouvelable 2 fois. Le montant de ce marché s'élève à 380 850 € HT par an. Il a été renouvelé pour la période du 1^{er} mai 2013 au 31 avril 2014. Son objet est le recodage de tous les séjours de plus de 5 jours des années 2011 et suivantes avec possibilité de travail avec le corps médical sur la pertinence des hospitalisations, les courriers et interventions à visées analytiques et pédagogiques en directoire et au sein des ateliers de pôle.

Plusieurs observations sont à formuler. PLURISANTE, société déjà prestataire pour les hôpitaux du Léman au moment de la publication du marché 2011/237 a été la seule à déposer une offre suite à la procédure d'appel d'offres. Alors que la société a formulé une offre élevée par rapport à la prestation attendue, la procédure n'a pas été déclarée sans suite.

En définitive, l'offre de PLURISANTE propose l'intervention d'un médecin DIM consultant à hauteur de 45 jours par an (soit l'équivalent de 0,2 ETP médical) et une intervention des équipes de consultants en information médicale pour le recodage à hauteur de 30 jours par mois (soit l'équivalent d'1,7 ETP de technicien en information médicale), le tarif de sa prestation (380 850 € HT soit 455 496,50 € TTC) permettait à lui seul d'envisager de rémunérer une équipe complète en information médicale avec 2 médecins DIM à temps complet et 3 à 4 TIM (techniciens en information médicale) dans la mesure où le coût brut chargé d'un médecin DIM (praticien hospitalier) est d'environ 110 000 € et celui d'un TIM de 50 000 à 60 000 k€. Le surcoût de cette prestation par rapport à une solution interne est important, et ce d'autant plus que jusqu'au début de l'année 2012, l'établissement a conservé un médecin DIM en interne et qu'une équipe interne d'information médicale est encore maintenue pour un coût brut chargé annuel d'environ 160 k€. Cette équipe se compose d'un attaché (0,3 ETP), d'un technicien supérieur hospitalier (1 ETP), d'une adjointe administrative (1 ETP) et de deux assistantes médico-administratives, secrétaires au DIM (2 ETP).

Le coût de la fonction DIM s'élève au global à plus de 615 k€ alors qu'il devrait être compris entre 240 et 260 k€.

La chambre relève le prix anormalement élevé de l'offre acceptée par les hôpitaux du Léman pour l'optimisation des processus de codage de l'information médicale. Par ailleurs, si la difficulté de recruter un médecin DIM compétent est à prendre en compte, un dispositif faisant coexister une prestation externe avec le maintien d'une équipe DIM interne, ne semble pas efficient.

5.3.2- Le paiement d'une prestation en information médicale sans passation de marché.

Par un courrier de l'ARS en date du 10 juillet 2012, les hôpitaux du Léman ont été informés de la tenue d'un contrôle de la production des informations médico-administratives dans le cadre de la tarification à l'activité. Ce contrôle devant avoir lieu à compter du 22 août

2012, l'établissement a souhaité, pour préparer ce contrôle dans les délais impartis, être accompagné par un prestataire externe connaissant l'établissement. Les hôpitaux du Léman ont donc renoncé à toute mise en concurrence en demandant à la société PLURISANTE d'établir un devis chiffrant cette mission. Le montant s'élève à 55 315 € TTC.

5.3.3- Les marchés de la construction du bâtiment de médecine

Le projet de construction du bâtiment de médecine fait suite à la décision de regrouper les activités hospitalières de Thonon et d'Évian sur le site de l'hôpital G. Pianta à Thonon. Les hôpitaux du Léman ont procédé à la vente de leurs locaux situés à Évian en prévision de ce transfert. Ces locaux devant être libérés le 1^{er} janvier 2011 sous peine d'une astreinte élevée, l'une des premières considérations qui a orienté le choix de la direction vers une procédure de conception –réalisation a été la rapidité de livraison du bâtiment.

Cette opération s'est traduite par la passation d'un marché de conception-réalisation et d'un marché de mission de contrôle technique.

5.3.3.1- Le marché de conception réalisation (marché 147/2009)

A l'issue d'un concours qui a conduit à recevoir 7 propositions et à en admettre quatre à concourir, l'ordonnateur, par décision n° 73/2009 du 13 mai 2009, a attribué ce marché à un groupement dont le mandataire est Eiffage, (avec trois entreprises co-traitantes).

L'acte d'engagement, signé le 25 mai 2009, fait état d'un montant de 15 119 000 € HT (18 082 324 € TTC) auquel vient s'ajouter une option de 710 000€ HT pour la réalisation d'un service de 10 lits de soins palliatifs.

Quatre avenants successifs ont été passés pour un montant total de 2 694 672,2 € HT, entraînant une augmentation de 17,1 % par rapport au marché initial (15 829 000 € HT).

Un premier avenant du 7 septembre 2010 expose ses fondements dans le préambule :

« Dans le cadre de l'exécution du marché, plusieurs événements successifs sont intervenus :

- ♦ *1/ Validation des études projet : le titulaire a contesté le bien fondé du rejet des premières études de projet par les hôpitaux du Léman. Cette contestation a fait l'objet d'un courrier daté du 25 février 2010 au terme duquel le titulaire se réservait la faculté de solliciter un allongement des délais d'exécution ainsi que l'indemnisation du préjudice consécutifs aux délais supplémentaires de validation des études du projet modifiées.*
- ♦ *2/ Modification du système de fondation : en suite de la réalisation des études géotechniques, le titulaire a dû modifier le système de fondation prévu. Par courrier en date du 25 février 2010, le titulaire s'est réservé la possibilité de solliciter l'indemnisation du surcoût consécutif, évalué à 488 609 € HT selon le devis du 18 décembre 2009, ainsi que l'octroi d'un délai supplémentaire d'exécution de six semaines.*
- ♦ *3/ Modification de certaines prestations :*
 - *Création de 4 lits supplémentaires de dialyse ;*
 - *Suppression de l'unité de soins palliatifs ;*
 - *Création d'un service de réanimation ;*
 - *Ajustement de certaines prestations.*

Au regard du chiffrage présenté par le titulaire pour la prise en compte de ces modifications, le maître de l'ouvrage a décidé de :

- Maintenir la création de 4 lits supplémentaires de dialyse ;
- Supprimer l'unité de soins palliatifs ;
- Reporter la création de l'unité de réanimation, mais intégrer immédiatement au programme les dispositions constructives nécessaires à sa réalisation ultérieure ;
- Apporter des modifications sur certaines prestations ».

Le montant du marché est ainsi porté à 16 145 048,59 € HT, l'incidence économique de cet avenant étant de 316 048,59 € HT. Elle se décompose de la manière suivante :

-587 033,37 € HT pour la suppression de certaines prestations (dont 494 729 € HT pour la suppression de l'unité de soins palliatifs)

+658 777,46 € HT au titre de prestations supplémentaires demandées par le maître d'ouvrage (dont 328 669,71 € HT au titre des dispositions constructives pour l'unité de réanimation). Les coûts correspondant aux dispositions constructives de la réanimation ont été payés par les hôpitaux du Léman alors que la réanimation a été exclue du bâtiment de médecine et n'a jamais été réalisée, ce qui a engendré des surcoûts par rapport à la simple création de réserves foncières (déjà partiellement intégrées dans le volume initial du bâtiment et donc dans le périmètre initial du marché) utilisées ensuite pour un usage autre (unité d'hébergement). L'inclusion de ces dispositions constructives pour la réanimation a par ailleurs engendré des surcoûts indirects sur la mission de contrôle technique.

+244 304,50 € HT au titre de l'incidence des travaux supplémentaires engendrés par les prestations demandées en sus par le maître d'ouvrage.

Selon cet avenant, « le titulaire prendra à sa charge l'intégralité des incidences de la modification du système de fondation et renonce en conséquence à toute réclamation ou recours contentieux de ce chef notamment en termes indemnitaire ou de calendrier. »

Il est possible d'en déduire que les surcoûts actés par l'avenant n° 1 ne découlent pas des sujétions techniques imprévues, mais bien de l'évolution des besoins du maître d'ouvrage et du changement partiel de l'objet des travaux (suppression de l'unité de soins palliatifs, intégration des dispositions constructives pour la construction d'une réanimation).

L'avenant n° 2, du 28 février 2011 acte la suppression de prestations et les demandes de prestations supplémentaires par les hôpitaux du Léman.

Le montant des prestations supprimées s'élevait à 4 799,04 € HT. Celui des demandes de prestations supplémentaires (dont les dispositions constructives pour création d'une unité de gériatrie et la création d'une rampe d'accès vide sanitaire, la réfection du local à archives et la mise en place d'une gaine tête de lit double), s'élevait à 195 307,96 € HT.

Les hôpitaux du Léman avaient fait part de leur désaccord sur les montants des devis proposés en s'appuyant sur le terme du programme contractuel incluant ces prestations dans l'objet initial du marché. Les parties n'étant pas parvenues à un accord, elles ont convenu du traitement global suivant : inclusion de l'ensemble de trois prestations (protections PVC dans les chambres, cloison circulation zone D, galerie logistique) dans le périmètre contractuel, obligeant le titulaire au titre de l'exécution du marché en contrepartie d'une augmentation du prix du marché pour un montant global de 19 619,51 € HT correspondant au paiement de ces trois prestations.

L'incidence économique est donc de 210 128,43 € HT, portant le montant du marché à 16 355 177,02 € HT.

L'avenant n° 3, du 29 juin 2011, acte le fait qu'« au cours de l'évolution du marché, le maître d'ouvrage a souhaité faire évoluer la destination de certaines surfaces de l'ouvrage », notamment en créant une unité de court séjour gériatrique (l'opération d'aménagement des soins palliatifs en unité de court séjour gériatrique est chiffrée à elle seule à 1 290 826,87 € HT). L'incidence économique de ce troisième avenant s'élève à 2 094 506,32 € HT, ce qui porte le montant du marché à 18 449 683,34 € HT.

L'incidence économique des 3 avenants successifs est de 2 620 683,34 € HT à rapporter à un montant de marché initial de 15 829 000 € HT (15 119 000 € HT et une option de 710 000 €), soit une augmentation de 16,55 %.

Par courrier du 3 août 2011, le trésorier avait soulevé le risque d'illégalité de ces avenants qui aboutissent à une augmentation du montant du marché initial au-delà du seuil de 10 à 15 % communément admis par la jurisprudence et qui pour une part en changent partiellement l'objet, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article 20 du code des marchés publics¹⁰.

L'ordonnateur a répondu par un courrier en date du 25 août 2011 en isolant l'opération de substitution des soins palliatifs par une unité de court séjour gériatrique (mais en omettant d'inclure les dispositions constructives de cette dernière unité ainsi que celles relatives à la création d'une unité de réanimation non prévue au programme) et en arguant de l'intérêt du service pour insister sur le respect impératif des délais de réalisation du marché. Ces arguments ne sont toutefois pas de nature à remettre en cause le fait que la destination des surfaces de l'ouvrage ait été changée de manière substantielle et que ces modifications auraient dû faire l'objet d'un marché complémentaire plutôt que d'un avenant

L'avenant n° 4 du 16 octobre 2011 acte des prestations supplémentaires pour un montant global de 73 988,86 € (portant le montant du marché à 18 523 672,2 € HT). La passation de cet avenant, met en évidence la mauvaise évaluation initiale des besoins par le maître d'ouvrage lors de la rédaction du programme. Il porte à 17,1 % l'incidence économique des avenants successifs par rapport au marché initial.

Le 14 octobre 2011 a été passé un marché complémentaire au marché de conception-réalisation pour la construction du bâtiment de médecine. Son objet est « *la mise en conformité des circulations sur le bâtiment principal consécutivement aux travaux opérés au titre du marché de conception-réalisation du bâtiment médecine* ». Le bureau de contrôle a constaté la non-conformité des circulations de la zone « administration » et en particulier celle des salles de réunion. L'ordonnateur justifie le recours à ce marché complémentaire ainsi : « *l'information tardive de cette non-conformité d'une part, les contraintes de libération des locaux préfabriqués utilisés provisoirement d'autre part constituent des contraintes de temps pour effectuer ces transformations. Seul le recours aux prestataires intervenant sur l'opération du bâtiment de médecine permettait de réaliser ces transformations de mise en conformité en respectant ces contraintes techniques et temporelles. Il résulte de ce qui précède que le recours au marché complémentaire est justifié dès lors que la survenance de cette non-conformité n'était pas raisonnablement prévisible à ce stade de l'opération. Par ailleurs, la réalisation de ces travaux est nécessaire au parfait achèvement du bâtiment médecine rattaché au bâtiment principal dans la mesure où elle est indispensable à la conformité aux règles de sécurité de ce dernier* ». Ce marché complémentaire a été passé pour un montant de 118 195 € HT (141 361,22 € TTC).

À la suite du rapport d'observations provisoires, l'établissement a fait parvenir à la chambre un bilan financier de la construction du bâtiment de médecine. En revanche, le

¹⁰ Article 20 du code des marchés publics : « *En cas de sujétions techniques imprévues ne résultant pas du fait des parties, un avenant ou une décision de poursuivre peut intervenir quel que soit le montant de la modification en résultant. Dans tous les autres cas, un avenant ou une décision de poursuivre ne peut bouleverser l'économie du marché, ni en changer l'objet.* ».

montant des avances consenties ainsi que l'assiette de calcul des révisions n'ont pas été communiqués. Il n'a donc pas pu être vérifié que les montants des avances avaient bien été exclus du périmètre de révision.

5.3.3.2- Le marché de mission de contrôle technique (marché 216/2008)

Les prestations supplémentaires actées par avenants successifs dans le cadre du marché de conception-réalisation ont eu pour conséquence de générer des contrôles complémentaires et un allongement de la durée d'intervention de la mission de contrôle technique. L'incidence économique sur le marché de mission de contrôle technique s'est ainsi élevée à 35,76 % du montant du marché initial, ce qui bouleverse l'économie générale du contrat.

L'ordonnateur précise que «cet avenant est consécutif aux modifications apportées au marché de conception réalisation n° 147/2009, du fait d'une part des études supplémentaires au titre du contrôle technique que les modifications du marché initial ont engendré (pour la réanimation et l'unité de court séjour gériatrique) et, d'autre part, du temps de réalisation des travaux qui s'est allongé du fait des modifications susmentionnées ». L'ordonnateur justifie également le recours à l'avenant par la nécessité de conserver le même contrôleur technique sur toute la durée de l'opération. Cela aurait cependant pu être le cas dans le cadre d'un marché complémentaire.

5.3.3.3- Synthèse sur les marchés relatifs à la construction du bâtiment de médecine

L'analyse des marchés de conception-réalisation et du marché de contrôle technique permet de relever que les avenants ont bouleversé l'objet du marché (essentiellement pour le marché de conception réalisation) et que cela a engendré des hausses de coûts approchant pour l'un, dépassant pour l'autre, le seuil d'alerte de 15 à 20 % indiqué par la circulaire du 3 août 2006 portant manuel d'application du CMP (art. 14-7). L'ordonnateur indique que ce seuil doit être apprécié comme un seuil de vigilance et que son dépassement n'est pas constitutif en soi d'un bouleversement de l'économie générale du marché en question. Il s'appuie pour ce faire sur l'arrêt du 25 février 2013 de la Cour d'administrative d'appel de Paris¹¹. La chambre relève que le cas d'espèce n'est pas transposable à la

¹¹ L'ordonnateur s'appuie sur l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris du 25 février 2013 (n° 12PA01067, n° 12PA00864, n° 12PA00638) : augmentation de 28.48 %), le marché de conception réalisation ne doit pas être assimilé à un marché de fourniture où les quantités sont déterminables à l'avance. Par nature, les besoins des marchés de conception-réalisation, sont précisés au fur et à mesure de son exécution. En outre, la complexité et l'ampleur du projet justifie l'adaptation du programme et plus exactement un changement d'affectation de certains locaux, nécessitant des modifications des aménagements intérieurs, moyennant un supplément de prix. On notera toutefois que dans le cas d'espèce, il s'agissait d'un marché de maîtrise d'œuvre. Les hôpitaux du Léman mettent en avant l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris du 25 février 2013 pour avancer qu'un marché de conception-réalisation échapperait aux dispositions de l'article 20 du code des marchés publics et qu'il ne peut être opposé à la gestion d'un tel marché le bouleversement de son économie générale ou de son objet.

Or, l'arrêt du 25 février 2013 de la CAA de Paris (n° 12PA01067, n°12PA00864, n° 12PA00638) concerne un marché de maîtrise d'œuvre. En outre, dans cet arrêt, la CAA de Paris précise : « *Considérant que les dispositions précitées de la loi du 12 juillet 1985 et du décret du 29 novembre 1993, qui, dans le cadre posé par l'article 19 du code des marchés publics, autorisent le maître d'œuvre à modifier le programme des travaux ou des prestations pendant les études d'avant-projet, doivent se combiner avec celles de l'article 20 précité de ce code, qui interdisent au maître de l'ouvrage de conclure un avenant qui aurait pour effet de bouleverser l'économie du marché ou d'en changer l'objet ; qu'il ne résulte, en effet, d'aucune disposition du code des marchés publics, ni de la loi du 12 juillet 1985 et de son décret d'application, que les avenants aux marchés de maîtrise d'œuvre conclus à prix provisoires seraient soustraits à la règle générale fixée par l'article 20 de ce code dans son chapitre X relatif à l'ensemble des avenants, et ce nonobstant le caractère réglementaire de ces dispositions ;* »

La CAA confirme donc qu'un marché de conception-réalisation n'échappe pas à l'application de l'article 20 du code des marchés publics. En revanche, après avoir confirmé l'application générale de l'article 20 du code des marchés publics à l'évolution de la rémunération des maîtres d'œuvres, la cour écarte ensuite la possibilité de reconnaître un bouleversement de l'économie du contrat lorsque l'avenant entérine des évolutions de

situation rencontrée par les hôpitaux du Léman et que les changements multiples de destination des locaux sont en eux seuls constitutifs d'un bouleversement de l'objet du marché qui vient conforter la thèse d'un bouleversement de l'économie générale dudit marché dont le pourcentage d'augmentation (17 % après les quatre avenants) par rapport au marché initial n'était qu'un indicateur. La chambre relève que des surcoûts ont été supportés par les hôpitaux du Léman alors qu'ils auraient pu être évités si les besoins initiaux avaient été correctement définis ; définition initiale non pertinente des besoins sur laquelle s'appuie le directeur en fonction à compter de septembre 2010 pour justifier les changements de destination des locaux qu'il a été amené à demander au prestataire.

La chambre relève que le marché de conception-réalisation du bâtiment de médecine et le marché relatif à la mission de contrôle technique afférente, ont subi, par voie d'avenants, des bouleversements substantiels dans leur économie générale et dans leur objet. Même si le choix de recourir à des avenants a été dicté par des impératifs compréhensibles (prise de conscience de la non pertinence des choix fait antérieurement dans le cadre du marché - à l'instar de l'installation de l'unité de réanimation au sein d'une unité de médecine éloignée du plateau technique- , nécessité de raccourcir les délais, complexité des travaux en milieu occupé avec un inconfort pour les patients et perte d'activité), ces surcoûts auraient pu être évités par une définition initiale des besoins plus pertinente. La chambre recommande à l'établissement d'être plus rigoureux et précis dans la définition des besoins initiaux afin d'éviter les bouleversements susmentionnés, lesquels contreviennent aux dispositions du code des marchés publics.

6- GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DEPENSES DE PERSONNEL

6.1- Pilotage et efficience

6.1.1- Le pilotage de la masse salariale

6.1.1.1- Sur la connaissance des dépenses de personnel

Le tableau n° 26 présente l'intégralité des dépenses de personnel en incluant celles qui relèvent de comptes hors titre 1 de dépenses.

Tableau n° 26 : périmètre des dépenses de personnel

		2009	2010	2011	2012
Titre 1	Total	60696883,6	62691665,4	64101060,2	67860798,4
Titre 3	indemnités comptables et 6225 régisseurs	0	0		12743,79
	6245 transports collectifs de personnel	0	0	33,21	0
	dépenses de formation au c.628				
Titre 4	participation frais de stage 6587 EHESP	43415,64	43415,64	43415,64	38068,6
	ch. de personnel sur ex. 6721 antérieurs	0	0	8995,8	1754,75
	68743 dotation provision CET	349869	331695	998654,15	394355
	Dépenses de personnel hors titre 1	393284,64	375110,64	1051098,8	446922,14
TOTAL dépenses de personnel		61090168,2	63066776,1	65152159	68307720,6
dépenses de personnel par correction du titre 1		1,00647949	1,00598342	1,01639753	1,00658587

Source : établissement

programme qui se rapportent à des missions indissociables des prestations du marché initial, nonobstant le fait qu'il augmente la rémunération du maître d'œuvre de près de 29 %. La cour analyse bien le marché de maîtrise d'œuvre en tant que tel et considère que le taux de dépassement du marché initial ne suffit pas à se prononcer quant au bouleversement de l'économie générale du marché, en l'absence de bouleversement de l'objet.

6.1.1.2- La fiabilité des comptes de personnel

Le solde des provisions pour CET, selon les tableaux fournis par l'établissement et après valorisation des jours générés par agent selon le barème décrit dans l'article 4 de l'arrêté du 6 décembre 2012 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière, auquel il convient de rajouter les charges patronales afin de provisionner le coût réel pour l'établissement de l'indemnisation du CET, devrait être, pour le personnel non médical, de 403 470,28 € à fin 2012 alors que le montant de la provision réalisée à ce titre est de 566 054,72 € ; a contrario, pour le personnel médical, le montant enregistré au compte 142 était de 1 605 599,35 € alors que le montant de la provision aurait dû être de 1 748 069,25 € en reprenant la valorisation unitaire brute précisée dans le décret du 27 décembre 2012 à laquelle les charges patronales se rajoutent. Le niveau de provision est donc globalement conforme au nombre de jours de CET générés avec cependant des déséquilibres entre les catégories de personnels dus à des inexactitudes dans les modalités de valorisation des charges.

Toutefois, il est relevé que la gestion des comptes épargne temps ne fait pas l'objet d'une traçabilité suffisante (pas de demande signée par les agents). L'établissement affirme que les demandes se font par écrit pour le personnel non médical sans pour autant que les documents attestant de cette pratique ait pu être fournis.

Concernant les reports de charges, aucune pratique de ce type n'a été relevée sur la période contrôlée. Les primes sont rattachées à l'exercice budgétaire concerné. Le niveau de charges de personnel sur exercice antérieur est marginal sauf en 2008 où ont été payées les heures supplémentaires liées aux exercices antérieurs (conformément au décret du 14 mai 2008) et la régularisation de TVA suite au contrôle fiscal.

L'établissement est à jour de ses obligations, notamment fiscales et ne rencontre pas de difficultés pour payer ses charges sociales.

6.1.1.3- Les données budgétaires

Tableau n° 27 : ratios relatifs aux dépenses de personnel

DONNEES GENERALES en €					
	2009	2010	2011	2012	2009/2012
dépenses totales	91 115 566,15 €	96 164 641,41 €	101 395 150,20 €	108 139 784,96 €	+18,68%
dont titre 1 (D1)	60 696 883,60 €	62 691 665,40 €	64 101 060,20 €	67 860 798,40 €	+11,80%
recettes totales	91 472 898,46 €	100 494 380,46 €	103 182 078,16 €	109 927 091,54 €	+20,17%
dont titre 1 (R1)	65 359 369,54 €	65 793 711,15 €	72 275 395,32 €	71 674 156,46 €	+9,66%
D1 / dépenses	66,62%	65,19%	63,22%	62,75%	
D1 / R1	92,87%	95,29%	88,69%	94,68%	
" marge"	7,13%	4,71%	11,31%	5,32%	

Source : établissement

La marge - qui indique le pourcentage des recettes du titre 1 non consommées par les charges de personnel du titre 1 – est fluctuante facialement mais globalement en diminution sur la période (il faut en effet retraiter les recettes de titre 1 des recettes exceptionnelles perçues en 2011).

Tableau n° 28 : évolution des dépenses de personnel en regard des recettes assurance maladie

	2008	2009	2010	2011	2012	2008/2012
Total dépenses de personnel (CRPP)	38 274 052	39 351 005	41 181 150	41 950 949	44 655 583	16,67 %
Recettes TITRE 1	63 303 400	65 359 370	65 793 711	72 275 395	71 674 156	13,22 %

Source : CRC

L'augmentation des dépenses de personnel sur la période 2008-2012 est importante, 16,67 %, alors que les recettes de titre 1 ne progressent dans le même temps que de 13,22 %.

Tableau n° 28 bis : détail des dépenses de personnel par chapitre en € (budget consolidé)

	chapitre	2008	2009	2010	2011	2012	2008/2012
<i>Personnel non médical</i>							
titulaire et stagiaire	6411	30 841 451,67	30 708 252,24	31 102 505,77	30 763 813,07	31 736 960,85	+2,90 %
personnel CDI	6413	2 196 885,08	2 460 390,72	2 995 459,90	3 315 530,23	3 614 822,84	+64,54 %
personnel CDD	6415	2 714 945,17	3 174 223,40	3 271 944,05	3 767 164,52	5 349 601,18	+97,04 %
contrats soumis à dispositions particulières	6416	375 987,82	395 173,41	451 660,02	301 346,87	198 596,17	-47,18 %
autre personnel	6417	56 326,54	50 362,61	78 977,10	71 484,48	65 743,93	+16,72 %
Sous total non médical		36 185 596,28	36 788 402,38	37 900 546,84	38 219 339,17	40 965 724,97	+13,21 %
<i>personnel médical</i>							
praticiens hospitalier	6421	5 030 131,76	5 186 617,63	5 537 432,81	5 878 036,42	5 921 223,96	+17,72 %
praticiens attachés	6422	395 929,23	730 100,65	684 386,50	763 259,22	912 865,29	+130,56 %
autres praticiens (cont, internes,	6423/24	332 209,51	568 756,78	806 756,29	859 940,46	876 330,25	+163,79 %
permanences des soins	6425	1 321 684,62	1 231 834,24	1 253 149,46	1 238 965,25	1 298 772,40	-1,73 %
Sous total médical		7 079 955,12	7 717 309,30	8 281 725,06	8 740 201,35	9 009 191,90	+27,25 %
Personnel intérimaire	621	277 706,09	539 426,99	561 445,30	432 384,12	510 225,81	+83,73 %
Total dépenses de personnel		43 543 257,49	45 045 138,67	46 743 717,20	47 391 924,64	50 485 142,68	+15,94 %

Source : établissement

L'analyse de cette augmentation des rémunérations, conduit à dissocier l'effet volume de l'effet prix. L'établissement ayant fourni la répartition des ETP par budget et par statut mais n'ayant pu fournir le détail de la masse salariale par budget et par statut, cette analyse croisée des évolutions en volume et en masse salariale a été réalisée au niveau du budget consolidé.

Tableau n° 29 : effectifs médicaux par catégorie (budget consolidé)

Personnel médical (en ETP moyens sur l'année)								
Statut	qualification RH	2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 2008-2012	Evolution en %
PERMANENT	PH temps partiel	5,00	3,92	2,57	2,50	2,73	-2,27	-45,39%
	PH temps plein	69,85	67,83	83,11	83,03	81,40	11,55	16,53%
	Praticiens attachés renouvelables	10,85	16,35	15,19	17,22	19,76	8,91	82,20%
	Praticiens contractuels sans renou	0,51	0,01			0,02	-0,48	-95,16%
Total PERMANENT		86,21	88,10	100,87	102,75	103,92	17,71	20,54%
NON PERMANENT	Internes et étudiants en médecine	10,24	13,79	14,61	15,47	13,27	3,03	29,60%
	PH temps plein	7,97	8,93				-7,97	-100,00%
	Praticiens contractuels sans renou	1,01	0,76	1,28	2,33	1,83	0,81	80,54%
Total NON PERMANENT		19,22	23,48	15,89	17,80	15,09	-4,12	-21,46%
Total général personnel médical		105,42	111,58	116,76	120,55	119,01	13,59	12,89%

Source : établissement

L'augmentation du nombre d'ETP médicaux (hors personnels extérieurs) est de 12,89 % entre 2008 et 2012 alors que l'augmentation de la masse salariale médicale (hors charges) sur la même période est de 27,25 % ce qui signifie que l'effet prix explique plus de 14 points de cette augmentation, soit plus de la moitié du phénomène.

Tableau n° 30 : effectifs non médicaux par catégorie

Personnel non médical (en ETP moyens sur l'année)		2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 2008-2012	Evolution en %
Statut	Qualification RH							
Titulaires et stagiaires	Intervenants		0,25					
	Personnel administratif	117,92	118,16	118,32	114,27	120,88	2,97	2,51%
	Personnel soignant et éducatif	808,96	797,72	798,17	783,83	781,11	-27,85	-3,44%
	Personnel médico-technique	38,84	38,84	38,28	37,28	37,73	-1,11	-2,86%
	Personnel technique	112,94	111,37	121,62	124,92	124,90	11,96	10,59%
Total titulaires et stagiaires		1078,66	1066,34	1076,39	1060,29	1064,62	-14,04	-1,30%
Apprentis		4,90	4,96	8,50	6,61	5,99	1,08	22,06%
Contrats à durée indéterminée	Personnel administratif	16,53	18,03	21,92	21,85	23,34	6,81	41,23%
	Personnel soignant et éducatif	31,26	37,81	53,09	61,43	65,97	34,72	111,07%
	Personnel médico-technique	5,31	5,60	6,14	6,62	5,80	0,49	9,27%
	Personnel technique	25,54	28,39	31,00	30,73	31,22	5,68	22,26%
Total contrats à durée indéterminée		78,63	89,84	112,15	120,63	126,34	47,71	60,67%
Contrats à durée déterminée	Personnel administratif	16,83	18,62	21,51	22,24	22,05	5,23	31,07%
	Personnel soignant et éducatif	83,01	95,94	100,94	113,17	166,98	83,98	101,17%
	Personnel médico-technique	5,19	6,62	7,78	6,93	7,05	1,87	35,95%
	Personnel technique	27,08	29,41	22,34	27,33	39,58	12,50	46,15%
Total contrats à durée déterminée		132,10	150,59	152,57	169,67	235,66	103,57	78,40%
Contrats soumis à dispositions particulières		31,37	31,84	28,16	17,89	11,35	-20,02	-63,83%
Total général personnel non médical		1325,66	1343,57	1377,76	1375,10	1443,96	118,29	8,92%

Source : établissement

L'augmentation des ETP non médicaux (hors personnel extérieur) est de 8,92 % entre 2008 et 2012 alors que l'augmentation de la masse salariale non médicale (hors charges) sur la même période est de 13,21 % ce qui signifie que l'effet prix explique cette augmentation pour plus de quatre points.

L'augmentation de 4,8 M€ de la masse salariale non médicale est principalement due à celle des dépenses de personnels en contrat à durée déterminée (+2,6 M€), soit une augmentation de 97 % entre 2008 et 2012 en termes de coûts pour une augmentation en volume de 78,4 % (+103 ETP). L'effet prix est important, l'augmentation des coûts de personnels en CDD étant de 19 points supérieure à l'augmentation en ETP de cette même catégorie de personnels sur la période. Cette augmentation est également due, pour une part importante (+1,4 M€) aux dépenses de personnels en contrats à durée indéterminée qui augmentent de 64,54 % (contre une augmentation de 60,67 % en nombre d'ETP).

L'effet prix très positif dans la catégorie des personnels contractuels s'explique par une politique de recrutement à des niveaux davantage liés à la rareté de certaines qualifications qu'à l'expérience ou aux compétences des personnels recrutés.

Les personnels titulaires expliquent l'augmentation de la masse salariale à hauteur de 895 509 € soit une augmentation extrêmement maîtrisée en quatre ans de +2,9 % en masse salariale mais avec un effet volume en baisse (-1,3 %, soit une diminution de 14 ETP) et un effet prix qui reste positif. Cet effet prix s'explique quasiment exclusivement par les mesures catégorielles et par une politique d'avancement généreuse.

Une nette diminution de la proportion des personnels titulaires qui représentaient 81,4 % des effectifs en 2008 mais seulement 73,7 % en 2012 est relevée, en faveur des personnels contractuels dont le poids sur la période passe de 5,9 % à 8,7 % pour les CDI et de 10 % à 16,3 % pour les CDD.

Tableau n° 31 : Effectifs non médicaux par catégorie

Evolution des personnels en ETP par catégorie	2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 2008-2012	Evolution en %
Personnels soignants et éducatifs	923,22	931,47	952,20	958,43	1014,06	90,84	9,84%
Personnel médico-technique	49,33	51,07	52,20	50,83	50,58	1,25	2,53%
Personnel administratif	151,27	154,81	161,74	158,35	166,27	15,01	9,92%
Personnels techniques	165,56	169,16	174,96	182,98	195,70	30,14	18,21%
Apprentis	4,90	4,96	8,50	6,61	5,99	1,08	22,06%
Personnel soumis à disposition p	31,37	31,84	28,16	17,89	11,35	-20,02	-63,83%
Total personnel non médical	1325,66	1343,32	1377,76	1375,10	1443,96	118,29	8,92%

Source : établissement

Cette augmentation, entre 2008 et 2012, des personnels contractuels au détriment des personnels titulaires est particulièrement prégnante chez les personnels soignants et éducatifs au sein desquels le nombre de titulaires a significativement diminué (-27 ETP) quand le nombre de personnels soignants et éducatifs contractuels augmentait (+83,98 ETP en CDD et +34,72 ETP en CDI). Les recrutements des personnels soignants et éducatifs se sont ainsi effectués prioritairement parmi les personnels contractuels non seulement pour accompagner et permettre le développement de l'activité, mais également pour pallier la diminution des personnels titulaires. L'établissement justifie ce recours aux contractuels par les difficultés qu'il rencontre à fidéliser le personnel titulaire notamment du fait du coût élevé de la vie dans le Chablais. Ce phénomène se retrouve avec une ampleur moindre au sein des personnels médico-techniques. Au global les effectifs soignants/éducatifs et médico-techniques progressent respectivement de 9,92 % et 2,53 % sur la période 2008-2012, ce qui reste en deçà de la progression de l'activité (13,6 %).

S'agissant du personnel soignant, l'augmentation principale a eu lieu entre 2011 et 2012 (+56 postes en 2012 par rapport à 2011). Sur la période, 41 postes ont été créés dans le secteur chirurgical pour faire face à l'augmentation d'activité anticipée suite à la fermeture de la clinique Lamartine.

La catégorie des personnels administratifs a enregistré une augmentation des effectifs, tous statuts confondus (+2,97 ETP titulaires, +6,81 ETP en CDI, +5,23 ETP en CDD soit une augmentation de 15,01 ETP équivalant à une évolution de +9,92 % entre 2008 et 2012) qui s'explique en partie par des recrutements de secrétaires médicales.

Ce phénomène est également observé avec davantage d'ampleur pour la catégorie des personnels techniques (11,96 ETP titulaires, 5,68 ETP en CDI et 12,5 ETP en CDD). Les ETP des personnels techniques ont donc augmenté, entre 2008 et 2012, de 30,14 ETP, soit une augmentation de 18,21 % alors que le personnel non médical dans sa globalité augmente de 8,92 % sur cette même période. Cette augmentation ne semble pas justifiée car sa corrélation avec l'activité est moindre et le renforcement de l'équipe de sécurité avancé comme cause par l'établissement n'explique que très partiellement le phénomène.

L'analyse par budget permet de faire ressortir des évolutions contrastées entre secteurs.

Tableau n° 31 bis : effectifs non médicaux en ETP par catégorie et par budget

PERSONNEL NON MEDICAL (ETP moyens par an)								
BUDGET PRINCIPAL		2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 2012/2008	%
Personnel administratif		145,30	147,81	154,67	151,14	158,67	13,37	9,20%
Personnel soignant et éducatif		727,25	724,13	747,18	758,77	807,89	80,63	11,09%
Personnel médico-technique		49,33	51,07	52,20	50,83	50,58	1,25	2,53%
Personnel technique		164,65	166,89	172,35	180,64	193,10	28,45	17,28%
Apprentis		3,90	4,20	7,01	5,05	3,22	-0,69	-17,56%
contrats dispo particulières		29,29	31,76	27,73	17,89	11,35	-17,95	-61,26%
sous total		1119,74	1125,86	1161,14	1164,32	1224,81	105,07	9,38%
AUTRES BUDGETS								
Personnel administratif		5,96	7,00	7,06	7,22	7,60	1,64	27,50%
Personnel soignant et éducatif		195,97	207,34	205,02	199,67	206,18	10,20	5,21%
Personnel médico-technique							0,00	
Personnel technique		0,91	2,27	2,61	2,34	2,60	1,69	186,63%
Apprentis		1,00	0,76	1,48	1,56	2,77	1,77	176,78%
contrats dispo particulières		2,08	0,08	0,43	0,00	0,00	-2,08	-100,00%
autres			0,25		0,35		0,00	
		205,92	217,71	216,62	211,13	219,15	13,23	6,42%
TOTAL GENERAL		1325,66	1343,57	1377,76	1375,45	1443,96	118,29	8,92%

Pour le budget principal, 122 postes (hors les contrats à dispositions particulières) ont été créés entre 2008 et 2012, dont 66 % concernent le personnel soignant et éducatif et 23 % le personnel technique.

Plus précisément, en ce qui concerne l'évolution des ETP de personnel technique, le tableau ci-après retrace les effectifs rémunérés de décembre pour 2008 et 2012 :

Tableau n° 31 ter : effectifs des personnels techniques par secteur

personnel technique rémunéré en décembre	2008	2012	Ecart
biomedical	6	6	0
blanchisserie	18,8	19,3	0,5
entretien nettoyage	14,74	12,35	-2,39
logistique	11	18,71	7,71
services techniques	23,5	26,94	3,44
restauration	46,45	46,04	-0,41
transport	10	16	6
sécurité	7	20	13
	137,49	165,34	27,85

Source : établissement

La principale évolution concerne le service sécurité qui multiplie pratiquement par trois son effectif sur la période, pour permettre de répondre à la réglementation en matière de sécurité incendie suite au classement de l'établissement en catégorie 1¹². Les services techniques sont aussi concernés du fait d'une montée en charge de l'équipe d'électriciens pour les mêmes raisons. Les services logistiques et de transport connaissent une forte augmentation de personnels sur cette période. L'établissement justifie cette augmentation par une évolution du périmètre d'intervention (mise en place de structures de psychiatrie en ville à Thonon et à Évian, développement de l'activité d'hospitalisation à domicile, mise en place du groupement de coopération sanitaire de laboratoire). L'établissement a également développé ses ressources internes en matière de transports ambulanciers afin de faire des économies sur les prestations extérieures. Par ailleurs, les tâches logistiques ont progressivement été retirées aux soignants (transports des prélèvements de biologie, armoires repas, armoires pharmacie, complémentation des consommables d'épicerie, produits entretien, etc.) pour être transférées sur les personnels logistiques. L'ouverture du nouveau bâtiment de

¹² L'établissement a en effet été classé en ERP1 (établissement recevant du public, catégorie 1) par la commission de sécurité incendie suite à la construction du bâtiment de médecine.

médecine a également nécessité le renforcement de l'équipe logistique du fait d'un plus grand nombre de points de collecte de déchets et logistiques.

6.1.1.4- *La politique de gestion des ressources humaines comme facteur d'explication de l'évolution de la masse salariale*

6.1.1.4.1- *Les priorités institutionnelles en matière de politiques des ressources humaines*

Les hôpitaux du Léman, de par leur situation frontalière et enclavée, souffrent d'un déficit d'attractivité du personnel médical et paramédical. Cela se traduit par une difficulté à pourvoir les postes dans certaines disciplines, par un sous-effectif pour d'autres, par un recours important à l'intérim tant médical que para-médical et par un « turn-over » également non négligeable.

L'établissement a récemment redéfini ses priorités en matière de politique de ressources humaines dans le cadre du contrat de performance signé avec l'ANAP et l'ARS en juillet 2012. Deux pistes de travail principales ont été retenues : l'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation du personnel soignant et la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Toutefois, la mise en œuvre de ces mesures demeure embryonnaire. Une dotation a été versée en 2011 et 2012 par l'ARS sous forme d'aide à la contractualisation pour favoriser la fidélisation des personnels soignants.

6.1.1.4.2- *La politique de recrutement : une forte proportion de contractuels*

La politique de recrutement constitue un enjeu stratégique, conditionne l'adéquation des personnes et des postes et a une incidence forte sur la maîtrise de la masse salariale. Si une procédure de recrutement est en vigueur dans l'établissement précisant son circuit et la répartition des rôles entre les différents protagonistes, en revanche, elle ne définit pas la politique de l'établissement en matière de niveau salarial de recrutement des contractuels.

La forte augmentation de la proportion des personnels contractuels (25,1 % en 2012 contre 15,1 % en 2008) résulte de la conjonction de plusieurs facteurs que sont la difficulté à attirer et fidéliser le personnel titulaire au niveau de salaire prévu par le statut (coût de la vie élevé dans le Chablais) et la volonté de l'établissement de disposer de compétences précises pour certaines fonctions, notamment administratives ou techniques, qu'elle ne parvient pas à trouver parmi les personnels titulaires.

La volonté d'attirer et de fidéliser le personnel a conduit l'établissement à accentuer sa politique de recrutement en direction des personnels contractuels mais également à réduire sa politique de titularisations. Peu de concours ont été organisés sur les trois dernières années (2008-2010). Il en découle une baisse du nombre annuel de titularisations, lequel est passé de 110 en 2008 à 76 en 2011. Il est par ailleurs relevé l'existence d'un phénomène de refus de certains personnels contractuels d'être titularisés (un à deux refus de mise en stage par mois enregistrés par la DRH) pour des raisons financières pour certains ou par souci de rester libre de quitter l'établissement si une opportunité de recrutement dans un autre établissement (privé ou établissement en Suisse) se présentait.

En corollaire, un effet « prix » particulièrement fort est relevé dans l'évolution de la masse salariale globale, imputable à l'évolution des personnels contractuels. Or cet effet prix n'est pas inhérent à la qualité de contractuels de ces personnels mais à la latitude en terme de niveau de rémunération qu'offre le statut de contractuel. L'analyse du fichier répertoriant le grade et l'échelon de recrutement pour l'intégralité des personnels contractuels recrutés durant la période 2008-2012 fait ressortir qu'ils sont, pour une part importante des

personnels contractuels, en déconnexion totale avec une quelconque reprise d'ancienneté et qu'ils résultent de la seule négociation lors du recrutement. L'analyse, par sondage, du grade et de l'échelon de recrutement rapportés aux fonctions occupées pour 17 de ces personnels contractuels met en évidence des «largesses» financières dans cette politique de recrutement, sans lien démontrable avec l'ancienneté, l'expérience, les compétences ou les fonctions occupées (par exemple, recrutements en classe supérieure ou exceptionnelle de personnels ayant peu d'ancienneté, par ailleurs sur des contrats de remplacement qui se pérennisent in fine).

Le fait que la procédure de recrutement soit en partie déléguée aux cadres de pôles et que, par ailleurs, la direction des ressources humaines n'intervienne qu'en fin de procédure pour avaliser le recrutement et le niveau de rémunération complexifie la maîtrise des niveaux de salaires des contractuels à l'embauche et entretient un effet prix à la hausse.

Le recrutement des contractuels sur un échelon élevé contribue à entretenir le phénomène de refus de mise en stage par ces mêmes personnels ou à engendrer des situations de surcoût pour l'établissement lors de leur mise en stage avec le versement d'une indemnité compensatrice aux anciens contractuels mis en stage pour combler l'écart entre le salaire précédemment perçu en tant que contractuel et celui qu'il perçoivent après calcul de leur reprise d'ancienneté lors de la mise en stage, et ce jusqu'à ce qu'ils acquièrent un échelon leur permettant de prétendre à une rémunération égale à celle perçue antérieurement.

L'actuelle direction des ressources humaines a souhaité instaurer une gestion plus rigoureuse en proposant le recrutement de tous les contractuels au 1^{er} échelon avec reprise de l'ancienneté lors de la mise en stage. Aussi, après négociation avec les syndicats et arbitrage du directeur, a été adoptée, lors du CTE du 12 juin 2013, la règle suivante : le recrutement initial des personnels contractuels se fera dorénavant au 1^{er} échelon, que ce soit sur poste vacant ou poste de remplacement. À l'issue d'une période de 3 mois de présence (continuation du remplacement ou renouvellement du contrat sur poste vacant), il sera procédé à un calcul de la reprise d'ancienneté.

6.1.1.4.3- Une politique d'avancement généreuse

Les hôpitaux du Léman vont parfois au-delà des règles d'avancement d'échelon prévues par la réglementation. Ainsi, un tiers des agents promouvables bénéficient d'un avancement à la durée minimum et un tiers d'un avancement à la durée intermédiaire. Il s'agit d'une politique d'avancement généreuse qui va au-delà de l'avancement homogène à la durée moyenne. Par ailleurs, l'avancement à la durée intermédiaire a été mis en œuvre dans les hôpitaux en application de la circulaire du 3 décembre 1959, circulaire qui a été, de fait, abrogée par le statut de la fonction publique hospitalière lequel a remplacé le livre 9 du code de la santé publique.

Enfin, cette règle du tiers promuable est appliquée pour chaque échelon et non seulement par grade, ce qui va au-delà des dispositions réglementaires. La seule durée de progression réglementairement opposable est la durée maximale.

Concernant l'avancement des personnels contractuels, aucune procédure ou règle institutionnelle n'a jusqu'à présent été arrêtée. La direction des ressources humaines est actuellement en réflexion avec celle des soins pour homogénéiser et retranscrire les pratiques existantes qui sont variables et découlent en grande partie de la négociation initiale entre les parties ; le principe de base demeurant, pour les personnels contractuels l'avancement à la durée moyenne.

6.1.1.5- Sur le pilotage pluriannuel de la masse salariale

La direction des ressources humaines suit les ETP et celle des finances la masse salariale. Une rencontre régulière (qui se veut mensuelle mais se tient actuellement selon une périodicité plus étendue) a vocation à assurer le rapprochement entre ces deux suivis. Pour autant, aucune traçabilité de ces réunions n'est assurée et aucune conclusion formalisée n'en ressort quant à l'analyse des causes de l'évolution de la masse salariale.

La directrice des ressources humaines et l'attachée d'administration hospitalière au sein de la DRH se répartissent la veille réglementaire. L'information est d'abord relayée auprès de la direction générale et de la direction des soins. Elle est ensuite diffusée pour application à l'équipe de la DRH par le biais de réunions de service mensuelles.

Aucun chiffrage précis des effets financiers découlant de la modification du contexte réglementaire (normes d'encadrement, mesures statutaires, etc.) n'est réalisé pour être intégré ensuite dans les projections financières. Le dernier PGFP validé à ce jour relatif à l'exercice 2012, se contentait d'anticiper une augmentation uniforme des dépenses de personnel de 2 % par an (à l'instar des autres titres de dépenses) sur les cinq années à venir, sans justification de cette hypothèse.

La chambre relève que les hôpitaux du Léman ont adopté une politique de recrutement et d'avancement généreuse en réponse à la nécessité d'attirer et de fidéliser le personnel. Toutefois, les pratiques mises en place ne semblent pas toujours en adéquation avec l'objectif recherché et se révèlent onéreuses. Tout en préservant la mise en œuvre de mesures ciblées visant à améliorer l'attractivité de l'établissement, un retour à une application stricte des dispositions réglementaires permettrait de dégager des économies budgétaires.

6.1.2- La gouvernance de la gestion des ressources humaines

6.1.2.1- Connaissance du coût de l'activité GRH

La connaissance du coût de l'activité RH est partielle et lacunaire aux hôpitaux du Léman. Il existe une cellule de contrôle de gestion qui exploite un nombre important de données et élabore des indicateurs de suivi des recettes et de certaines dépenses, essentiellement à destination des pôles. En revanche, la fonction contrôle de gestion sociale (i.e. se rapportant aux données relatives aux coûts des ressources humaines) n'est pas gérée par la cellule de contrôle de gestion. Les ressources humaines gèrent des bases de données se rapportant à la fonction RH quasiment exclusivement en volume (suivi en nombre d'ETP), sans qu'aucun indicateur synthétique permettant le pilotage stratégique des ressources humaines ne soit extrait. Jusqu'à début 2013, aucun indicateur au sens strict du terme (à l'exception du taux d'absentéisme et du nombre de mensualités de remplacement) n'était réellement élaboré. Par ailleurs, aucune donnée de coût n'émanait de la DRH jusque début 2013.

La direction des finances effectue en parallèle un suivi des dépenses de titre 1. Une rencontre périodique (tous les un à deux mois) se tient entre les responsables de ces suivis à la direction des ressources humaines et à la direction des finances. Cependant, aucun rapprochement formalisé des données n'émerge de cette rencontre et aucun indicateur n'en est extrait si bien que les facteurs d'explication de l'évolution des dépenses de personnel sont échangés oralement et ne débouchent sur l'élaboration d'aucun support écrit ni sur le calcul d'aucun indicateur permettant par exemple d'identifier l'effet volume, l'effet prix par grade ou catégorie de personnel. La direction de l'établissement n'est, par conséquent, destinataire d'aucun tableau de bord stratégique au niveau des ressources humaines de nature à faciliter le pilotage des dépenses de personnel.

Toutefois, depuis le début de l'année 2013, une nouvelle politique semble avoir été insufflée au niveau de la direction des ressources humaines tendant à retenir des indicateurs de suivi et d'explication de l'évolution de la masse salariale. Ainsi, ont été mis en place :

- ♦ un suivi détaillé des dépenses d'intérim par service, grade et nombre de jours d'intérim.
- ♦ le calcul du taux de remplacement sur absentéisme.
- ♦ un suivi des heures supplémentaires par pôle et par service.
- ♦ un tableau détaillé du suivi des disponibilités.

Par ailleurs, les hôpitaux du Léman participent à la base d'Angers depuis 2005, ce qui permet de comparer les coûts des fonctions support à ceux des autres établissements de la base. Les résultats sont présentés aux pôles (principalement le pôle médico-technique). Ces résultats sont cependant essentiellement utilisés dans le cadre d'études spécifiques. Pour la fonction « service administratif lié au personnel » les hôpitaux du Léman présentent un coût de l'unité d'œuvre (en l'occurrence le coût du bulletin de paie) qui est de 831,2 € contre 1 308,4 € en moyenne des établissements participant à la base d'Angers. Les hôpitaux du Léman se situent donc dans le décile le moins onéreux sur la fonction « services administratifs liés au personnel ».

La cellule de contrôle de gestion n'intervient pas dans le domaine des ressources humaines. Elle n'est pas sollicitée par la direction générale pour élaborer un tableau de bord stratégique permettant le pilotage de l'établissement.

Les hôpitaux du Léman n'ont pas une connaissance des coûts des ressources humaines suffisante pour permettre un pilotage de la masse salariale. L'absence d'articulation de la politique des ressources humaines avec la stratégie financière est également relevée.

6.1.2.2- Répartition des compétences pour la GRH

La répartition et l'articulation des compétences en matière de gestion des ressources humaines entre les différentes autorités de l'établissement (chef d'établissement/ DRH/ directeur des soins/chefs de pôle) - notamment les décisions relatives aux emplois (recrutements, remplacements, recours à l'intérim, aux heures supplémentaires) – ne sont pas formalisées dans une procédure écrite. La pratique suivie est toutefois la suivante : les grands principes de GRH sont définis par le chef d'établissement, ensuite ils sont déclinés sous une forme opérationnelle par le binôme DRH – DSI, puis ils sont appliqués par les cadres de pôle.

Les recrutements et l'organisation des remplacements sont délégués aux cadres de pôle, dans le respect des effectifs fixés. La DRH instruit la dimension juridique des recrutements. Le chef d'établissement a ainsi retenu des règles en matière de rémunération pour les contractuels (sur postes vacants et sur remplacement) et sur le paiement des heures supplémentaires.

Le recours à l'intérim est proposé par le cadre de pôle concerné au binôme DRH – DSI pour validation. Une procédure avec un arbre décisionnel existe dans l'établissement qui encadre le recours à l'intérim.

La directrice des ressources humaines a délégation de signature pour ce qui relève de son domaine, excepté les affaires médicales qui ne sont pas incluses dans la fiche de poste de la DRH et demeurent du ressort du chef d'établissement et par délégation de la directrice de site. Il n'y a pas de délégation de signature au directeur des soins ni aux chefs de pôle.

En matière de dépenses relatives aux ressources humaines, si une délégation aux pôles pour les mensualités de remplacement avait été mise en place pour les pôles ne disposant pas de pool de remplacement (ex. services médico-techniques), elle n'existe plus actuellement.

La réflexion est en cours sur son éventuel rétablissement. Un suivi des effectifs est réalisé mensuellement avec les cadres de pôle mais uniquement en termes d'ETP et non en termes de masse salariale.

6.1.3- L'efficience de l'organisation

6.1.3.1- *La productivité*

Il n'existe pas de capacités installées mais non utilisées en raison d'une insuffisance de personnel. Les taux d'occupation sont calculés mensuellement par service. Pour 2011, le taux d'occupation des lits en médecine s'élève à 79,8 %, ce qui situe l'établissement en dessous de la médiane pour chacune des catégories du benchmark hospidiag (établissement de la région, de même catégorie, de même typologie). En revanche les taux d'occupation observés en chirurgie (84,8 %) et en obstétrique (72,9 %) placent l'établissement favorablement dans les différentes comparaisons hospidiag (8ème décile pour les établissements de même typologie en chirurgie et 7ème décile en obstétrique). En 2012, selon les données présentées par service par l'établissement, les taux d'occupation sont en moyenne de 99,4 % en médecine, de 86,4 % en chirurgie et de 96,8 % en obstétrique, soit en progression par rapport à 2011.

Le taux d'occupation à lui seul ne permet pas de cerner la productivité des services s'il n'est pas complété d'une analyse de la durée moyenne de séjour.

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) qui mesure la performance de l'établissement dans l'optimisation de ses durées de séjours était dégradé tant en médecine qu'en chirurgie jusque fin 2010 puisque supérieur à 1 (séjours en moyenne plus longs que la moyenne des autres établissements). Cet indicateur s'améliore cependant tant en médecine qu'en chirurgie sur l'année 2011. Ainsi l'IPDMS médecine est passé de 1,062 en 2008 à 0,969 à 2011 et l'IPDMS chirurgie de 1,128 en 2008 à 0,935 en 2011. La forte évolution d'activité entre 2010 et 2011 a en effet contraint l'établissement à optimiser la gestion de ses durées de séjour. Dans le secteur de l'obstétrique, l'IPDMS est stable à un niveau satisfaisant (0,924 en 2011, soit au niveau du deuxième décile des établissements de même typologie les plus performants).

Cette amélioration s'est prolongée en 2012, la durée moyenne de séjour globale (MCO) étant passée de 3,2 à 3,1 jours. Elle s'est allongée en médecine entre 2011 et 2012 (de 3,2 jours à 3,4 jours) mais s'est raccourcie en chirurgie (de 2,9 à 2,6 jours) ainsi qu'en obstétrique (de 3,9 à 3,8 jours).

Les indicateurs de productivité RH sont quasiment inexistantes et sont essentiellement des indicateurs « maison ». Les indicateurs hospidiag ne sont par ailleurs que peu utilisés en interne à l'exception de l'IPDMS et des parts de marché. L'établissement n'utilise pas de données comparatives pour mesurer ses dépenses de personnel et le niveau de son effectif ni d'indicateurs pour mesurer sa productivité en matière de ressources humaines.

L'établissement ne met pas à ce jour en œuvre de mode d'intéressement lié au niveau d'activité, individuel ou collectif.

Le nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme aux hôpitaux du Léman est de 41 en 2011, ce qui situe l'établissement au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie, mais le place très en deçà de la médiane des établissements de même typologie.

Le nombre d'ICR (indice de coût relatif) d'anesthésie par chirurgien et IADE (infirmier anesthésiste), est de 18469 aux hôpitaux du Léman en 2011, ce qui situe l'établissement au niveau du 8^{ème} décile (20 % des établissements les plus performants) des établissements de cette catégorie mais situe les HDL au niveau du 2^{ème} décile des établissements de même typologie.

Le nombre d'ICR par chirurgien était de 94468 en 2011, ce qui situe l'établissement au niveau du 7^{ème} décile des établissements de sa catégorie et au niveau de la médiane des établissements de même typologie.

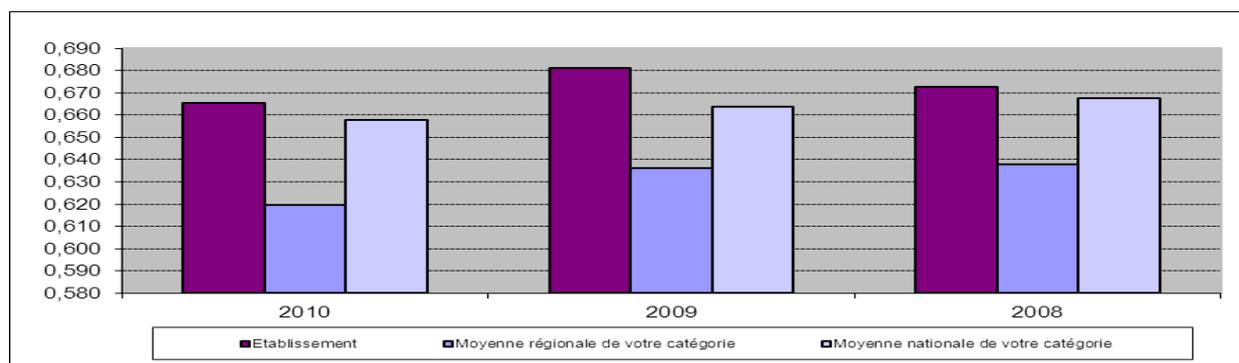
Le nombre d'infirmières et d'aides-soignantes par cadre infirmier était de 23,2 ETP en 2011, ce qui ramène les HDL un peu en dessous de la médiane des établissements de sa catégorie et au niveau du 8^{ème} décile des établissements de même typologie alors que jusqu'en 2010, le nombre d'IDE et d'AS par cadre était tel que les HDL se situaient parmi les 20 % des établissements les moins performants.

Le nombre de B par technicien était de 674320 en 2011, ce qui place les hôpitaux au niveau de la médiane des établissements de même catégorie et de même typologie.

Un examen des ratios fournis par la banque de données hospitalière de France (BDHF), complète l'analyse étant entendu que les données de la BDHF les plus récentes se rapportent à l'exercice 2010.

Selon cette source, la proportion des dépenses de personnel dans le budget général est importante par rapport aux établissements de même catégorie jusqu'en 2010, étant entendu que cette proportion, bien qu'en baisse à compter de 2011 (du fait notamment d'une forte augmentation des charges de titre 4 résultant de l'amortissement du bâtiment de médecine et de fortes dotations aux provisions), demeure élevée.

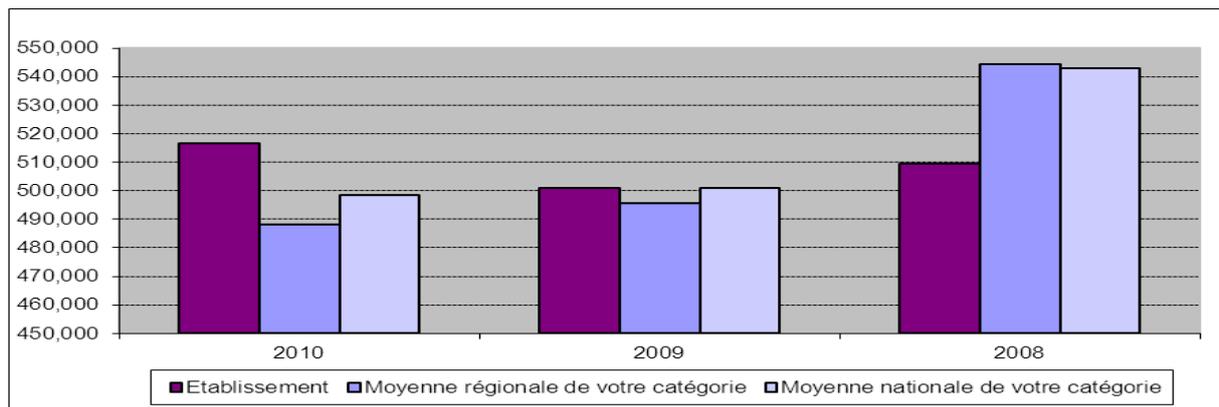
Tableau n° 32 : poids des dépenses de personnel par rapport au budget général



Source : BDHF

Le coût moyen par agent est en moyenne plus élevé aux hôpitaux du Léman que dans les établissements de même catégorie. L'évolution très positive de l'effet prix relevée sur l'ensemble des personnels aura renforcé cette tendance en 2011 et 2012.

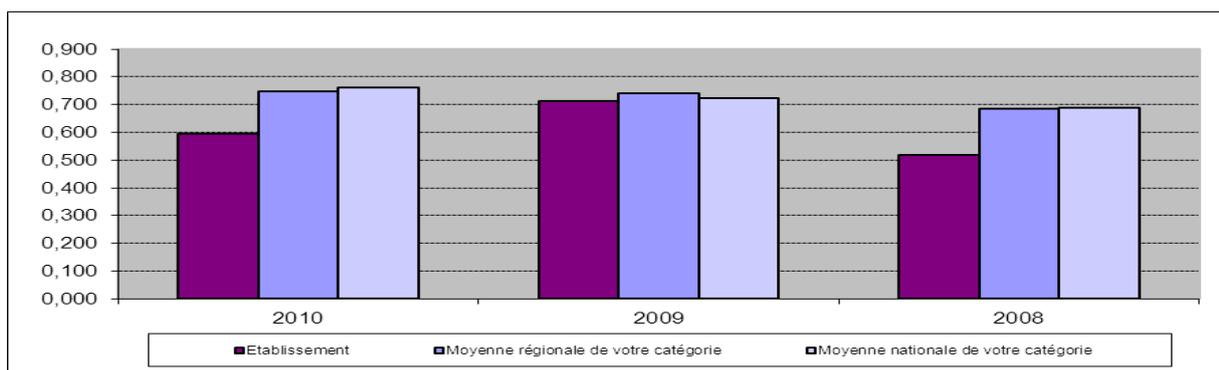
Tableau n° 33 : indice moyen rémunéré par rapport au budget total



Source : BDHF

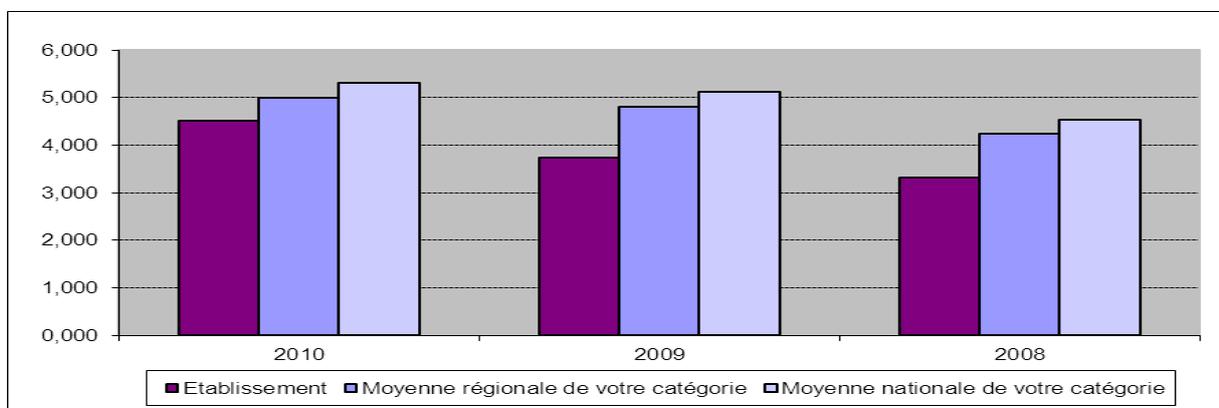
Toutefois, si la proportion des dépenses de personnel est forte et le coût unitaire des agents en moyenne plus important que dans les établissements de même catégorie, la productivité des personnels médicaux et soignants reste élevée. La densité de personnel médical et soignant pour 1000 journées réalisées et venues est ainsi en moyenne plus faible que dans les établissements de même catégorie.

Tableau n° 34 : densité du personnel médical pour 1000 journées réalisées et venues



Source : BDHF

Tableau n° 35 : densité totale du personnel des services de soins pour 1000 journées réalisées et venues



Source : BDHF

6.1.3.2- *L'organisation des soins : l'encadrement et le dimensionnement des services*

La clef principale de l'efficacité d'un établissement de santé repose sur le dimensionnement des services et l'optimisation subséquente de la charge de travail de chaque équipe soignante, de jour comme de nuit.

De manière générale, mais avec une prégnance particulière depuis le passage en tarification à l'activité, le dimensionnement « efficace » d'un service se situe à 30 lits (+/- 2 lits en fonction de la lourdeur des patients et des pathologies prises en charge dans le service).

Aux hôpitaux du Léman, l'examen de l'ensemble des services de court séjour - et en excluant les services spécifiques dont le dimensionnement est arrêté par une autorisation particulière ou pour lesquels les taux d'encadrement sont normés (surveillance continue, réanimation, dialyse, unité d'hospitalisation de courte durée, néonatalogie) ainsi que les services de jour ne comportant que des places (comme l'unité de chirurgie ambulatoire, l'unité de jour de médecine, l'unité de psychiatrie de jour et l'unité psychiatrique de l'enfance) - fait ressortir un total de 294 lits répartis en 14 services (cf. tableau ci-après) soit une moyenne de 21 lits par service. Parmi ces services, un seul atteint le seuil d'efficacité de 28 lits (le service de maternité de 30 lits), les autres se répartissant sur une échelle allant de 16 lits pour la pédiatrie à 25 lits pour l'orthopédie/traumatologie.

Tableau n° 36 : répartition des lits par unité

Pôles	Libellé	Code	Capacité totale d'accueil :	Capacité d'accueil utilisée :	
	U.F	U.F			
Pôle Médecine	Cardiologie	3500	21 lits	21 lits	
	Gastro Endocrino Onco	3320	22 lits	22 lits	
	Hopital de semaine de médecine	3305	12 lits	12 lits	
	Neurologie	3720	17 lits	17 lits	
	Pneumo-infectieux	3210	23 lits	23 lits	
	Néphro Rhumato	3321	17 lits	17 lits	
	Surveillance médicale continue	3535	4 lits	4 lits	
	Sous Total Médecine			116	116
	Dialyse	4141	16 postes	16 postes	
	GCS Dialyse	4242			
	UDM Dialyse	4343			
	Unité de Jour	3322	15 lits	15 lits	
	Hospitalisation à domicile	3390	20 places	20 places	
Total Pôle Médecine			167	167	
Pôle Chirurgie	Ortho Traumatologie	5400	44 lits	25 lits	
	VUGO 5/7	5000	22 lits	22 lits	
	VUGO 7/7	5300	22 lits	22 lits	
	Sous Total Chirurgie			88	69
	UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire)	5700	15 lits	15 lits	
	Réanimation Polyvalente	3939	8 lits	8 lits	
	Unité hospit. Courte Durée	1075	10 lits	10 lits	
Total Pôle Chirurgie			121	102	
Pôle Mère enfant	Maternité du Léman	6010	30 lits	30 lits	
	Sous Total Maternité			30	30
	Pédiatrie	6553	16 lits	16 lits	
	Surveillance médicale Pédiatrique	6551	2 lits	2 lits	
	Néonatalogie	6552	6 lits	6 lits	
Total Pôle mère-enfant			54	54	
Pôle Psychiatrie	USN3	7055	23 lits	23 lits	
	USN2	7155	20 lits	20 lits	
	PSY. ADULTES JOUR	7558	19 places	19 places	
	PSY DE L'ENFANCE	7750	25 places	25 places	
	Total Pôle Psychiatrie			87	87
Pôle Gériatrie & SSR	S.S.R.G - Moyen Séjour	8163	15 lits	15 lits	
	Sous Total Moyen Séjour			15	15
	Court séjour gériatrique	3080	24 lits	24 lits	
	Sous Total Court séjour gériatrique			24	24
	EHPAD Les Verdannes	9300	120 lits	120 lits	
	EHPAD La Lumière du Lac	9060	53 lits	53 lits	
	EHPAD La Prairie	9700	102 lits	102 lits	
	Sous Total EHPAD			275	275
	Long Séjour Lumière du Lac	9050	30 lits	30 lits	
	Sous Total Long séjour			30	30
Total Pôle Gériatrie & SSR			320	320	

Source : établissement

L'historique de l'établissement (avec la coexistence de services répartis sur les deux sites de Thonon et Évian) et les contraintes architecturales qui en découlent expliquent une partie de ce dimensionnement. En revanche, il est regrettable que les récentes réalisations immobilières ayant permis de concentrer l'ensemble des activités de court séjour sur le site Georges Pianta à Thonon n'aient pas été conçues de manière à penser le dimensionnement des services en termes d'efficience et de modularité des services afin d'adapter les capacités en fonction de l'évolution de l'activité à la fois saisonnière et sur une échelle de temps plus longue suite à la reconfiguration du paysage concurrentiel sur le bassin de vie.

Ainsi, le bâtiment de médecine qui a été inauguré en 2011 a été conçu avec des services de 17 à 23 lits non modulables par juxtaposition des capacités existantes sur chacun des sites, sans analyse médico-économique réelle ni vision prospective.

Concernant le dimensionnement des équipes soignantes, outre le respect de la réglementation concernant certaines unités spécifiques (réanimation par exemple), le calcul se fait, aux hôpitaux du Léman, sur la base d'une infirmière et d'une aide-soignante pour 12 lits (1 IDE et 1 AS pour 24 lits la nuit). À ce stade le décalage entre la pratique des hôpitaux du Léman et le ratio d'efficience en tarification à l'activité qui se situe à une infirmière et une aide-soignante pour 15 lits est relevé.

De surcroît, de nombreuses unités ne comportent pas un nombre de lits qui soit un multiple de 12, ce qui engendre un ratio de personnel par lit plus important encore que la règle définie en interne d'une infirmière pour 12 lits, laquelle est déjà en deçà du seuil d'efficience. Pour l'unité de court séjour gériatrique, l'effectif en aides-soignants va au-delà du ratio d'une aide-soignante pour 12 lits afin de tenir compte du niveau de dépendance des patients pris en charge dans cette unité et de l'importance des soins de nursing.

Un travail de « remise à plat » des effectifs s'appuyant sur un calcul combinant les ratios susmentionnés et le temps de travail doit prochainement être réalisé par la direction des soins, avec les cadres de pôles et en concertation avec la direction des ressources humaines.

Les personnels sont mutualisés en cas d'absentéisme ou de fermetures de lits. Une procédure existe visant à répartir les personnels en interne avant d'avoir recours à l'intérim.

Pour la saisonnalité, un groupe de travail issu de la commission des hospitalisations non programmées est chargé de proposer l'organisation à arrêter durant les périodes concernées pour validation en directoire.

6.1.4- Le parcours de soins et les goulots d'étranglements

Pour apprécier la fluidité globale du parcours des patients, des points clefs ont été analysés.

Il a été ainsi relevé les séjours classés en extrême haut ou en extrême bas signe d'une défaillance dans la gestion du parcours de soins du patient ou d'une inadéquation entre la pathologie telle qu'elle a été codée (ou telle qu'elle est susceptible d'être codée selon les normes en vigueur) et les modalités de prise en charge du patient. En 2012, sur les 33 136 séjours MCO, 648 séjours se situaient en extrême bas, soit 2,2 % des séjours. Ces séjours sont valorisés en moyenne à la moitié (avec parfois un écart de 1 à 4) de la valeur d'un séjour codé de manière identique mais dont la durée serait au moins égale à la borne basse. L'établissement est ainsi pénalisé par les séjours en borne basse à hauteur de 682 702 € en 2012. Les séjours classés en borne haute sont au nombre de 288 (soit 0,9 % des séjours). Ces séjours s'avèrent coûteux pour l'établissement et sont révélateurs d'un parcours de soins non optimisé (délais d'attente pour un avis médical, notamment en cardiologie, ou un examen d'imagerie), d'une prise en charge sociale qui s'avère délicate (problème de retour à

domicile ou contexte de précarité), ou d'une difficulté à trouver un lit d'aval en temps voulu (problème de coordination avec les unités d'aval et notamment de SSR).

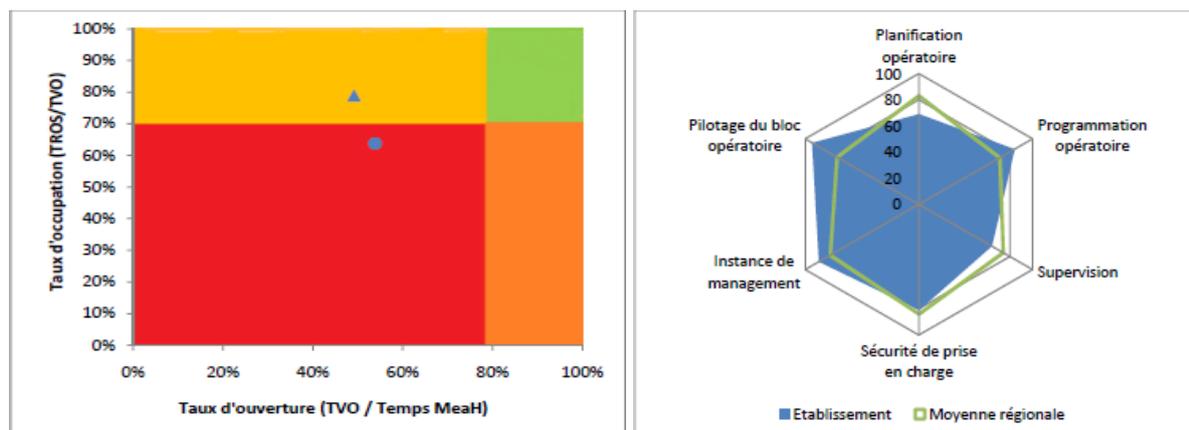
L'étude des centres névralgiques de l'activité que sont notamment le bloc opératoire et le plateau d'imagerie, permet de mettre en lumière la gestion du parcours de soins au sein de l'établissement.

6.1.4.1- Le bloc opératoire

S'agissant du bloc opératoire, deux benchmarks successifs en 2008 et 2010 ont été réalisés.

L'étude de benchmark réalisée en 2010 sur la performance des blocs opératoires de la région par l'ARS Rhône-Alpes en lien avec la MEAH indiquait que les hôpitaux du Léman avaient amélioré cette gestion entre 2007 et 2010 mais disposaient encore de marges de manœuvre pour optimiser son fonctionnement, notamment en matière de programmation opératoire afin d'améliorer à la fois le taux d'ouverture et le taux d'occupation ainsi que l'indiquent les deux schémas ci-après. En 2007 l'établissement se situait dans la zone dite critique de sous-performance (quart inférieur gauche). En 2010, l'établissement se situait dans le quart supérieur gauche ce qui signifie que les vacations sont optimisées mais que des marges de manœuvre restent disponibles en ouvrant davantage le bloc opératoire, ce qui a été mis en œuvre depuis.

Tableau n° 37 : diagnostic de performance du bloc opératoire



	2010	2008	2007
Taux d'ouverture	49%		54%
Taux d'occupation (salle)	79%		64%
Taux de débordement (salle)	4%		

Source : étude de benchmark MEAH sur les blocs opératoires (2010)

Depuis 2010, le fonctionnement du bloc opératoire fait l'objet d'un suivi mensuel précis. Il apparaît que l'activité opératoire a fortement augmenté (7 140 interventions en 2009 ; 8 789 en 2012, soit une progression de 23 %) et que la performance du bloc s'est substantiellement améliorée (le taux de performance mesuré par l'indicateur TROV/TVO étant passé de 68,4 % en 2009 à 91,3 % en 2012).

Le taux de débordement qui était de 9,5 % en 2009 a augmenté pour s'établir à 10,8 % en 2012 (après être monté à 11,5 % en 2011), contrepartie de l'augmentation de l'activité. Il en découle un nombre d'heures supplémentaires important (1 840 h en 2011 pour les personnels du bloc opératoire).

Une charte de bloc opératoire est en vigueur aux hôpitaux du Léman et le conseil de bloc est chargé de la faire respecter.

6.1.4.2- *L'imagerie*

Pour les patients hospitalisés les délais restent modérés mais pourraient être optimisés puisqu'ils sont de 24 à 48 heures (en fonction du degré d'urgence) pour le scanner, l'IRM, l'échographie et la mammographie ; la radiologie conventionnelle étant réalisée dans la journée.

En revanche, pour les externes, les délais de rendez-vous sont longs : scanner : 1 mois ; IRM : 80 jours ; mammographie hors dépistage : 15 jours ; mammographie dépistage : 3 semaines ; échographie : 2 semaines (sauf urgence), radiologie conventionnelle : dans la semaine sauf urgence.

Les délais observés pour les patients externes se répercutent ponctuellement sur les patients hospitalisés (en se traduisant par un report d'une journée) et peuvent avoir marginalement une incidence sur la durée moyenne de séjour.

Ces délais s'expliquent notamment par le manque de médecins radiologues, l'effectif actuel étant de 3,5 ETP pour un effectif cible de 5 ETP. Pour le scanner, le partage à 50 % des plages entre les externes et les hospitalisés rigidifie le fonctionnement.

6.1.4.3- *La gestion des lits*

Il n'y a pas de procédure spécifique encadrant la gestion des lits. La direction n'a pas mis en place de système lui permettant de connaître à tout moment la capacité installée, occupée et vacante, les mouvements n'étant pas réalisés en temps réels. Elle n'intervient pas dans la gestion des lits sauf de manière exceptionnelle et en dernier recours pour arbitrer un conflit portant sur l'unité d'hébergement et de prise en charge d'un patient. L'accueil en service d'hospitalisation peut s'avérer être un goulot d'étranglement en haute saison, sans pour autant qu'un protocole ait été instauré ou qu'une personne ait été chargée spécifiquement d'assurer la fluidité dans la gestion des lits en période de tension.

6.1.4.4- *L'organisation des secrétariats médicaux*

La gestion des secrétariats médicaux est également décisive en matière de productivité et essentielle dans la fluidité du parcours du patient. A ce jour, cette gestion n'est pas optimisée, en l'absence de toute centralisation/mutualisation des tâches au sein des accueils et secrétariats médicaux. L'organisation des secrétariats médicaux fait d'ailleurs l'objet d'une mesure spécifique du contrat de performance ANAP. L'audit réalisé par les consultants en phase diagnostic du contrat performance met en avant un effectif de secrétaires médicales relativement élevé rapporté à l'activité de l'hôpital (sureffectif estimé entre 1 et 1,5 ETP).

Malgré ce sureffectif, il a également été relevé par les consultants qu'un appel téléphonique sur trois n'était pas répondu et qu'un tiers des comptes rendus d'hospitalisation n'étaient pas envoyés dans les 8 jours (conformément à la norme déterminée par la Haute Autorité de Santé). Cela est dû à une atomisation des effectifs des secrétariats médicaux, lesquels sont répartis dans les différents services sans aucune centralisation. Un gain pourrait être obtenu en augmentant la polyvalence des secrétaires et la mutualisation des tâches.

Le sous-dimensionnement des unités de soins entraînant un surdimensionnement des équipes soignantes rapporté au nombre de lits et l'absence d'organisation centralisée des secrétariats médicaux sont les deux principaux points faibles de l'organisation de l'établissement et nuisent à sa productivité.

6.2- Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

6.2.1- Le degré de formalisation de la GPEC

L'établissement ne dispose pas de démarche formalisée de GPEC. En revanche, en 2011, dans le cadre d'un des volets du contrat de performance ANAP, un diagnostic a été réalisé par un consultant extérieur qui concluait sur la nécessité de travailler sur la mise en place d'une GPEC, avec comme axe premier, l'amélioration de l'accueil des nouveaux arrivants et des stagiaires pour fidéliser les personnels et limiter le « turn-over » (un travail en ce sens est actuellement en cours au niveau de la DRH de l'établissement). Toutefois cet axe du chantier ANAP reste relativement éloigné et restrictif par rapport à la définition classique de la GPEC, laquelle suppose une approche beaucoup plus large de la fonction RH avec comme pierre angulaire, la réalisation d'une cartographie des métiers et des compétences.

La démarche GPEC est donc inscrite dans le volet social du projet d'établissement par le biais de la mise en œuvre du chantier ANAP, dans une acception limitée et est encore aujourd'hui au stade embryonnaire. A ce jour, aucune personne, aucun groupe n'a été clairement identifié pour porter cette problématique au sein de l'établissement. De surcroît, il n'y a pas de formation GPEC réalisée ni même programmée.

6.2.2- La rationalisation des effectifs par une démarche métier

Aucune démarche métier n'est formalisée, bien que prévue dans le volet « projet de soins » du projet d'établissement 2011-2015.

Les personnels soignants et médico-techniques ont tous une fiche de poste. Dans les autres secteurs, l'existence d'une fiche de poste est plus aléatoire. L'établissement ne dispose pas de la liste exhaustive des fiches de postes existantes, ce qui ne lui permet pas de recenser celles manquantes. Il n'y a pas de référentiel des compétences et les compétences requises pour chacun des postes ne sont pas identifiées en tant que telles.

Il n'y a pas de système d'alerte formalisé permettant d'anticiper les tensions sur certains métiers ou certaines compétences. Les métiers sensibles sont identifiés par le biais de l'analyse rétrospective des postes vacants, de la difficulté à les pourvoir et du nombre de candidatures reçues sur les différents grades. Actuellement, les postes sensibles concernent les IADE, les IBODE, les IDE et AS en gériatrie. Aucune mesure spécifique de recrutement n'est prévue pour les IADE et les IBODE, en revanche pour les IDE et AS en gériatrie, la mobilité interne est priorisée, et les formations facilitées.

L'établissement a prévu de définir ses effectifs cibles par unité à compter de fin 2013 - avec une méthodologie à définir.

6.2.3- La connaissance des marges de manœuvre

L'établissement a tenté de compenser son absence d'approche prospective par une plus grande réactivité dans le recrutement.

Ainsi, le processus de recrutement pour les soignants a été refondé sur les notions de « réactivité » et de « centralisation », avec la mise en place d'un contact téléphonique dans les 48h qui suivent la réception d'une candidature. Un cadre supérieur de santé positionné

de manière transversale gère toutes les candidatures, orientées ensuite vers les cadres de pôle en fonction des profils détectés. Un tableau de suivi des candidatures a été mis en place en 2012, permettant de connaître le nombre de rendez-vous pris après contact téléphonique, et combien au final aboutissent à une embauche.

L'établissement ne dispose pas en revanche d'une base de données recensant par agent, les compétences acquises (y compris celles non requises par son emploi), les différents postes occupés et les éventuels souhaits de mobilité. La cartographie des métiers n'est pas non plus réalisée. Toutefois, une grille d'entretien/évaluation a été construite sur la base de laquelle les cadres ont été formés afin d'homogénéiser les pratiques d'évaluation avec comme objectif affiché la mesure des compétences de l'agent. Tous les agents, y compris les contractuels, ont été évalués en 2012. L'entretien d'évaluation est conçu comme l'occasion d'une discussion sur le parcours professionnel et sur les souhaits de l'agent en termes d'évolution de carrière et de formation. Le support d'entretien d'évaluation comporte 4 pages, dont une spécifique consacrée à la formation, pour établir le lien entre évaluation et évolution professionnelle.

Toutefois, l'établissement n'est pas en mesure de commenter l'évolution des effectifs ni de démontrer une évolution favorable dans la répartition des effectifs vers les postes sensibles.

Le document portant sur le bilan social de l'établissement est à ce titre révélateur. Il est uniquement composé de tableaux, sans suivi de véritables indicateurs RH et sans aucune approche analytique. La direction des ressources humaines travaille sur sa refonte (conformément aux nouvelles dispositions réglementaires), pour faire un outil de gestion des ressources humaines.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences était jusqu'au début de l'année 2013 une dimension absente de la gestion des ressources humaines. L'établissement devra identifier et au besoin former les personnes compétentes en interne pour initier cette démarche puis mettre en œuvre de manière opérationnelle la GPEC au quotidien.

6.3- Les primes et indemnités

6.3.1- L'indemnité pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif de nuit

Selon les termes du décret du 30 novembre 1988, cette indemnité est attribuée aux personnels titulaires et stagiaires, qui assurent totalement ou partiellement leur service normal dans le cadre de la durée hebdomadaire du travail entre 21h et 6h du matin. Le taux horaire de cette indemnité est fixé actuellement à 0,17 €. Par ailleurs, l'indemnité horaire comporte une majoration pour travail intensif de nuit (taux horaire de 0,90 €) pour les personnels appartenant aux corps suivants : cadre supérieur de santé, cadre de santé, personnel infirmier, aide-soignant, ASHQ, personnel de rééducation et sages-femmes, personnel médico-technique, l'ensemble des personnels concourant aux soins d'admission d'urgence et services mobiles de secours d'urgence, les agents assurant la conduite des chaudières et des moteurs, les personnels affectés dans les standards téléphoniques desservant au moins 500 lits.

Les critères susmentionnés ne sont pas respectés à plusieurs titres. Ainsi, sur la période 2008-2011, 357 personnels qui ne sont ni titulaires ni stagiaires ont bénéficié des indemnités en question.

Par ailleurs et outre les personnels concernés par l'exclusion liée au statut de contractuel, 8 personnels n'appartenant pas aux corps listés ci-dessus, ont bénéficié de la

majoration pour travail intensif. A titre d'exemple, sur la période 2008-2011, ont perçu cette majoration des personnels appartenant aux corps suivants : adjoint administratif, animateur, diététicien, technicien supérieur hospitalier en restauration. Ces paiements sont intervenus sans décision formalisée de la part de l'ordonnateur.

6.3.2- La nouvelle bonification indiciaire

Selon les termes du décret n° 97-120 du 5 février 1997 modifié par le décret 2011-377 du 6 avril 2011, seuls les fonctionnaires sont éligibles à la NBI. Quatre personnels non fonctionnaires ont bénéficié ponctuellement d'une NBI entre 2008 et 2011. Ce paiement aux agents contractuels intervient en dérogation du décret susmentionné et sans décision formalisée de la part de l'ordonnateur.

6.3.3- L'indemnité représentative de travaux supplémentaires (IFTS)

L'IFTS est attribuée aux fonctionnaires titulaires ou stagiaires nommés dans les corps d'adjoints des cadres administratifs, d'assistants médico-administratifs ou secrétaires médicales et attachés d'administration hospitalière. Sur la période contrôlée 71 agents ont perçu l'IFTS, tous titulaires dans les grades-susmentionnés.

6.3.4- La prime de début de carrière

Selon les termes du décret n° 89-922 du 22 décembre 1989 précisé par l'arrêté du 20 avril 2001, peuvent bénéficier de cette prime les personnels infirmiers stagiaires ou titulaires de 1^{er} et de 2^{ème} échelon de la classe normale. En sont exclus les personnels contractuels. Entre 2008 et 2011, 151 agents contractuels ont indûment bénéficié de la prime de début de carrière. Par ailleurs parmi les infirmiers titulaires, 20 d'entre eux ont perçu l'indemnité de début de carrière alors qu'ils étaient au 3^{ème} échelon du grade d'infirmier.

6.3.5- La prime d'encadrement

Selon les termes de l'arrêté du 2 janvier 1992, peuvent bénéficier de la prime d'encadrement les directeurs d'école préparant au diplôme de sage-femme, les sages-femmes cadres-supérieurs, les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé et les cadres socio-éducatifs titulaires et stagiaires.

Entre 2008 et 2011, 9 agents non titulaires et non stagiaires ont bénéficié de cette prime d'encadrement. Par ailleurs, tous statuts confondus, 6 agents ont perçu cette prime entre 2008 et 2011 alors qu'ils ne remplissaient pas les fonctions d'encadrement décrites dans l'arrêté du 2 janvier 1992 : 3 préparateurs en pharmacie et 2 sages-femmes. Le paiement de cette prime intervient sans décision formalisée de l'ordonnateur.

6.3.6- La prime de technicité

Entre 2008 et 2011, 23 personnes qui ne sont ni titulaires ni stagiaires ont indûment perçu la prime de technicité dont le bénéfice est réservé aux fonctionnaires.

6.3.7- La prime d'installation

Par délibération du conseil d'administration en date du 24 avril 2009, a été acté le versement d'une prime d'installation aux jeunes professionnels intégrant les hôpitaux du Léman à l'issue de l'obtention de leur diplôme, sans préciser le statut (que ceux-ci soient recrutés en contractuels ou mis en stage).

La prime d'installation a été instaurée par le décret n° 89-563 du 8 août 1989 qui fixe ses modalités de versement à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

L'article 1^{er} du décret prévoit qu' « une prime spéciale d'installation peut être allouée aux fonctionnaires hospitaliers qui, à l'occasion de leur accès à un premier emploi dans un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 susvisée, reçoivent, au plus tard, au jour de leur titularisation, une affectation dans l'une des communes de la région Ile-de-France ou dans l'une des communes énumérées à l'article 1^{er} du décret du 11 septembre 1967 délimitant le périmètre de l'agglomération de Lille pour la loi relative aux communautés urbaines ». Cette prime d'installation est donc limitée territorialement et ne peut être versée qu'à des fonctionnaires.

En outre aucun texte de portée générale ne prévoit le versement de prime destinée à une certaine catégorie de personnel afin de remédier à une pénurie. En conséquence, la délibération du conseil d'administration des hôpitaux du Léman en date du 24 avril 2009 présente un caractère illégal. Cette illégalité a été relevée, dans un courrier en date du 13 juillet 2012, par l'ARS Rhône-Alpes qui demande à l'établissement le retrait de la décision instaurant cette prime. Les hôpitaux du Léman ont fait part au personnel de l'établissement du retrait de cette prime par une note d'information en date du 24 janvier 2013 (soit six mois plus tard) en précisant que son versement était supprimé à compter de cette même date.

Les paiements intervenus sur la base de cette décision retirée à la demande de l'ARS peuvent être considérés comme indûment versés sans pour autant qu'une mesure de recouvrement de ces sommes (105 k€) ne puisse être envisagée.

6.3.8- La prime de service

La prime de service instaurée par l'arrêté du 24 mars 1967 est réservée aux fonctionnaires et stagiaires (à l'exception des personnels de direction, ingénieurs et techniciens supérieurs). Sur la période contrôlée, 18 personnels contractuels ont bénéficié de cette prime.

La chambre relève qu'un certain nombre de primes sont versées à des agents qui ne peuvent réglementairement en bénéficier et recommande aux hôpitaux du Léman de revenir à une application stricte de la réglementation pour leur attribution.

6.4- La gestion du temps de travail

L'établissement, en matière de gestion du temps de travail, dispose d'un document intitulé « protocole de gestion horaire » qui regroupe les fonctions de référentiel de temps de travail et d'accord ARTT.

6.4.1- Les règles de gestion et de contrôle du temps de travail

Tous les personnels de l'établissement badgent à l'exception des médecins et des directeurs. Le contrôle du temps de travail est effectué par chaque cadre sur la base des informations recueillies à partir des badgeuses dans le logiciel de gestion du temps de travail. Cela signifie que les personnels qui sont rémunérés sur la base d'un forfait cadre (régime de décompte en jour) et bénéficient à ce titre de 20 jours de RTT, génèrent de surcroît des heures supplémentaire au-delà de 38h30 de travail hebdomadaire. Cette pratique contrevient aux dispositions de l'article 12 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002¹³,

¹³ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 12 : « Les personnels de direction bénéficient d'un décompte en jours fixé à 208 jours travaillés par an après déduction de 20 jours de réduction du temps de travail et hors jours de congés supplémentaires prévus à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. Sans préjudice du respect des garanties mentionnées à l'article 6, les personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par arrêté peuvent choisir annuellement entre un régime de décompte horaire

lequel ouvre, pour les personnels exerçant des fonctions d'encadrement, la possibilité d'opter pour le régime de décompte en jour, régime qui est exclusif de la possibilité d'un recours aux heures supplémentaires.

6.4.2- Les heures supplémentaires

Concernant les heures supplémentaires, la pratique des hôpitaux du Léman consistait jusqu'en 2012 à opérer un paiement mensuel des heures supplémentaires générées dans la limite de 15h supplémentaires par mois, sans qu'une politique institutionnelle claire n'ait été arrêtée quant à l'arbitrage entre paiement et récupération des heures supplémentaires. Le choix du paiement des heures supplémentaires plutôt que leur récupération a été opéré dans un souci d'apporter un supplément de rémunération aux personnels et de favoriser ainsi leur fidélisation. Cela répond également à la difficulté de trouver des personnels de remplacement et à la volonté de favoriser les remplacements en interne plutôt que le recours plus onéreux aux personnels intérimaires.

Toutefois, le fait que tous les agents badgent, y compris les agents en décompte jour, a contribué à générer un nombre substantiel d'heures supplémentaires, notamment pour les cadres, avec un dépassement fréquent de la durée légale de travail de 44h par semaine. Un reliquat d'heures supplémentaires est donc constaté à la fin de chaque exercice, engendrant des paiements importants. Face au nombre d'heures supplémentaires générées, une règle avait été instaurée en 2012 de payer les heures supplémentaires au-delà de 50h. Les personnes ayant moins de 50h supplémentaires pouvaient les placer sur leur CET s'ils n'étaient pas cadre, mais les perdaient dans le cas contraire. Cette confusion entre choix du régime de décompte en jour et comptabilisation concomitante d'heures supplémentaires par le système de badgeuse, faute de règle écrite précisant que les agents ayant opté pour ce régime ne pouvaient prétendre au paiement des heures supplémentaires, a engendré un mécontentement parmi les cadres concernés.

Début 2013, la direction, dans un souci de clarification des règles et de maîtrise de la masse salariale a voulu prioriser la récupération des heures supplémentaires avec un paiement organisé en fin d'année, selon une note de service du 8 avril 2013. Toutefois ce principe de priorisation de la récupération des heures supplémentaires a été partiellement remis en cause lors du CTE du 12 juin 2013, au cours duquel a été décidé le maintien, dans certaines situations à déterminer ultérieurement, du paiement des heures supplémentaires.

L'établissement doit mettre fin à la comptabilisation des heures supplémentaires pour les personnels ayant opté pour un décompte en jour. Il doit également finaliser son travail de clarification des règles quant à la comptabilisation des heures supplémentaires et quant au paiement ou à la récupération de ces dernières en précisant les situations ouvrant droit à paiement et celles où la récupération doit être privilégiée, en gardant à l'esprit le souci de la maîtrise de la masse salariale.

6.4.3- Les comptes épargne temps (CET)

La gestion des comptes épargne temps ne fait pas l'objet d'une traçabilité suffisante. En effet, les demandes d'ouverture de CET se sont faites par oral, sans par conséquent que la demande soit signée par l'agent et contresignée par la DRH. De même l'alimentation annuelle des CET ouverts s'effectuait jusqu'en 2012 de manière automatique sans que l'agent ne demande expressément le dépôt de jours sur le CET et sans traçabilité particulière.

Après interrogation des tous les agents concernés, un système de suivi a été mis en place récemment en application du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012.

6.4.4- Les astreintes non médicales

Selon les termes de l'article 20 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002, « *une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif. Le recours aux astreintes a pour objet, pour des corps, des grades ou des emplois dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes. Les astreintes visent également à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces prises en charge, soins et interventions ne peuvent être effectués par les seuls personnels en situation de travail effectif dans l'établissement. Le chef d'établissement établit, après avis du comité technique d'établissement ou comité technique, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu, compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels* ».

Les hôpitaux du Léman ont largement recours au dispositif des astreintes non médicales. Toutefois, il n'y a pas à ce jour de liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes ni de protocole sur l'organisation de ces astreintes qui aurait été établi par le directeur et validé en CTE contrairement à ce qu'impose la réglementation.

Le nombre de service et de personnels concernés par la mise en place d'une astreinte est important :

- ♦ Cadres de santé et médico-techniques dimanches et jours fériés ;
- ♦ Pôle Anesthésie-Réanimation-Chirurgie-Urgences : nuits et samedi-dimanche ;
- ♦ 1 IADE anesthésie ;
- ♦ 1 IDE salle de réveil ;
- ♦ 1 IBODE ou IDE bloc opératoire ;
- ♦ 1IDE réanimation nuit et samedi ;
- ♦ Imagerie : une astreinte « scanner » pour les manipulateurs en imagerie 19h00 à 08h00 du lundi au vendredi et le week-end du vendredi 19h00 au lundi 08h00 ; une astreinte « IRM » samedi 08h00 à 20h00 (idem dimanche et jours fériés) ;
- ♦ Brancardage : une astreinte mortuaire du vendredi 17h00 au lundi 08h30 et une astreinte dépôt de sang (1 semaine sur 2) le week-end du vendredi 16h00 au lundi 08h30 et en semaine de 16h00 à 08h30 ;
- ♦ Stérilisation : une astreinte payée tous les samedis de 18h00 à 20h00 et jours fériés isolés de 09h00 à 17h00 ;
- ♦ Hospitalisation à domicile : une astreinte infirmière une semaine d'affilée (du vendredi soir au lundi matin) au rythme d'1 toute les 5 à 6 semaines (varie en fonction des contraintes de planning) ;
- ♦ Sécurité : une « astreinte sécurité » composée de l'ensemble de l'encadrement SSIAP3 soit 3 personnes : jours ouvrés : de 17H00 à 08H00 ; jours non ouvrés (samedi / dimanche / jours fériés) : 24h/24. Cette astreinte vient en complément de l'équipe de sécurité sur place en permanence composée de 2 agents SSIAP 1 et d'un agent SSIAP 2 et ce dans l'hypothèse d'un déplacement d'un des agents susmentionné sur un des sites annexes ;
- ♦ Services techniques : une astreinte plomberie et une astreinte électrique ;

- ♦ Logistique : une astreinte « chauffeurs poids lourd » et une astreinte « navette EFS (établissement français du sang) et laboratoire », fonctionnant de 6h à 8h en semaine hors jours fériés (à partir de 8h l'équipe logistique prend le relais afin d'assurer les livraisons) et de 6h à 13h durant les jours fériés et les weekends. Par ailleurs, une troisième ligne d'astreinte a été mise en place sur les mêmes horaires toute l'année, pour le cas où l'un des 2 agents ci-dessus tomberait malade ou serait absent ;
- ♦ Service informatique : du lundi au jeudi (08h00 – 12h00 ; 13 h30 – 17h30) et le vendredi (08h00 – 12 h00 ; 13h30 – 16h30).

Ces astreintes ont été mises en place au fur et à mesure que les besoins étaient exprimés sans qu'il soit procédé à un calcul économique permettant d'établir un bilan coût/avantage par rapport à d'autres modalités d'organisation (travail posté notamment). À titre d'exemple, sur les 3 lignes d'astreintes logistiques, une voire deux pourraient être supprimées en décalant les horaires des agents de 8h à 6h du matin. Par ailleurs, il n'est pas procédé régulièrement à une réévaluation globale des besoins en termes d'astreinte. Les lignes d'astreintes sont instaurées et augmentées les unes après les autres après validation en CTE sans que ne soit revu le tableau des astreintes non médicales dans leur totalité (ce tableau de synthèse n'existant d'ailleurs pas) et sans que soit envisagé les alternatives en matière de réaménagement des horaires postés. (cf. PV de CTE sur les astreintes du 27 février 2007, du 25 avril 2007, du 13 avril 2006, 7 avril 2011, 6 novembre 2009, 22 octobre 2007).

Le nombre de lignes d'astreintes est particulièrement élevé par rapport aux établissements de même catégorie, notamment en termes logistique et technique. Par ailleurs, certaines lignes d'astreintes comprennent un nombre d'effecteurs très réduit : 5 agents pour l'astreinte de plomberie ; 4 agents pour l'astreinte informatique et 3 agents pour l'astreinte de sécurité SSIAP3. Avec un nombre d'effecteurs aussi réduit par ligne d'astreinte, les hôpitaux du Léman se mettent en infraction par rapport à la réglementation, l'article 23 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002 précisant que « *un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois. La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours.* » En outre, un seul agent assure à lui seul la moitié du temps mensuel relatif à l'astreinte sécurité SSIAP 3.

Par ailleurs, les astreintes sont à plus de 75 % rémunérées et non récupérées, ce qui engendre un surcoût certain pour l'établissement (81 833,27 € en 2012). En outre, la grande majorité des lignes d'astreintes sont rémunérées au taux horaire de 33 % de l'heure travaillée. Or selon les termes de l'article 1 du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte¹⁴, l'indemnisation au taux de 33 % ne peut se faire qu'« *à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels [...] lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 susvisé est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés.* ». En règle générale est admise à ce titre l'indemnisation au tiers pour les services de réanimation et du bloc opératoire, voire de l'imagerie, mais pas pour les autres services sauf contexte très spécifique et justifié par l'établissement. Aux hôpitaux du Léman, l'indemnisation au tiers ne se fait pas à titre exceptionnel, mais constitue la règle commune (à l'exception de la rémunération des cadres

¹⁴ « La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile.

L'indemnisation horaire correspond au quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820.

Sous réserve du respect de la procédure prévue à l'article 3 ci-après, cette indemnisation peut, à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels, être portée au tiers de la somme évoquée au précédent alinéa, lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 susvisé est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés. »

d'astreinte), sans qu'aucune justification du degré de contrainte de continuité de service n'ait pu être apportée par l'établissement.

6.4.5- L'absentéisme : une contrainte délicate à gérer

L'absentéisme est important aux hôpitaux du Léman, se situant à environ 9 % avec une augmentation sensible entre 2011 et 2012 essentiellement due à une hausse des arrêts pour maladie ordinaire et des congés maternité (ces deux catégories représentant plus de 60 % de l'absentéisme).

Tableau n° 38 : répartition des jours d'absence par motif

Types d'absences	2008	2009	2010	2011	2012	Total général	%
ATJ	218	157	218	454	274	1 321	0,65 %
ATV	3 446	3 775	3 185	2 153	2 476	15 035	7,45 %
CLD	6 568	6 221	4 882	4 368	2 882	24 921	12,34 %
CLM	3 501	2 121	2 296	1 908	1 765	11 591	5,74 %
COA	680			584	614	1 878	0,93 %
MAL	16 041	18 798	18 557	21 656	23 017	98 069	48,58 %
MAP	410	308	1 152	1 300	1 514	4 684	2,32 %
MAT	8 776	9 344	8 051	7 751	10 466	44 388	21,99 %
Total général	39 640	40 724	38 341	40 174	43 008	201 887	100 %

Légende :

ATJ = Accident de trajet
 ATV = Accident du travail
 CLD = Congé longue durée
 CLM = Congé longue maladie
 COA = Congé parental + congé de présence parental
 MAL = Maladie ordinaire
 MAP = Maladie professionnelle
 MAT = Maternité

Source : établissement

La baisse de l'absentéisme fait partie des objectifs qui ont été intégrés au contrat de performance ANAP (avec une cible à 7,25 % en 2014). Cet absentéisme est à l'origine de surcoûts de fonctionnement importants pour l'établissement qui remplace les jours d'absence à hauteur de 44 % (au 1er trimestre 2013), le reste étant comblé par des heures supplémentaires.

6.5- La gestion des personnels médicaux

6.5.1- Les contraintes de recrutement des personnels médicaux et la pénurie médicale

Le déficit d'attractivité des hôpitaux du Léman du fait du coût de la vie (et en particulier de l'immobilier) dans cette zone frontalière et du caractère relativement enclavé du Chablais en termes de circulation routière a également des répercussions sur le recrutement du personnel médical.

A ce jour, l'établissement cherche à pourvoir 5 postes vacants de médecins urgentistes pour venir renforcer les 11 ETP d'urgentistes actuels qui gèrent les 38 800 passages aux urgences ainsi que les 10 lits de l'unité hospitalisation de courte durée et le SMUR. La radiologie est également une spécialité en déficit de médecins avec 3 ETP de radiologues publics alors que la cible, en extrapolant les ratios de productivité, serait de 4,5 à 5 ETP, selon l'organisation de la permanence des soins. Les HDL souffrent également d'un sous-

effectif en anesthésistes puisque l'établissement compte 9 ETP médicaux dans cette spécialité alors que la cible est de 12 ETP (pour l'ensemble de l'établissement en incluant la prise en charge de la réanimation). La gastro entérologie est également une spécialité en souffrance avec un seul PH sur les 4 postes de la spécialité – deux postes étant occupés par des médecins non-inscrits à l'ordre et 2 vacances de postes dues à 2 décès. L'oncologie, la chirurgie gynécologique et la gériatrie sont chacune en déficit d'un ETP médical. L'établissement est également à la recherche d'un médecin DIM et d'un médecin du travail depuis 2 ans.

Cette pénurie médicale est à l'origine de pratiques destinées à attirer les médecins mais qui contreviennent à la réglementation en vigueur.

6.5.2- La permanence des soins

En dépit de ce déficit de médecins, l'établissement est tenu d'assurer la continuité et la permanence des soins dans un certain nombre de spécialités, étant le seul offreur de soins du Chablais. La permanence des soins aux hôpitaux du Léman, début 2013, est organisée de la manière suivante :

Tableau n° 39 : recensement des gardes et astreintes médicales en 2013

Spécialités	Statut	Type d'astreinte ou garde	Observations
Radiologie	PH et Libéraux	astreinte opérationnelle	
Pédiatrie	PH	astreinte opérationnelle	
ORL	PH et Libéraux + 1 PH d'Annemasse	astreinte opérationnelle	Astreinte sur la CHT Haute Savoie Nord et réalisée sur les HDL (convention)
Chirurgie Viscérale	PH	astreinte opérationnelle	
Chirurgie Orthopédique	PH	astreinte opérationnelle	
Chirurgie Urologie	PH	astreinte opérationnelle	
Cardiologie	PH et Libéraux	astreinte sécurité/opérationnelle	Astreinte de sécurité d'octobre à mai – astreinte opérationnelle de juin à septembre
Médecine	PH	astreinte sécurité/opérationnelle	Astreinte de sécurité d'octobre à mai – astreinte opérationnelle de juin à septembre
Biologie	PH	astreinte sécurité/opérationnelle	Astreinte de sécurité d'octobre à mai – astreinte opérationnelle de juin à septembre
Néphrologie	PH	astreinte sécurité	mise en place en fin 1er semestre 2012
Psychiatrie	PH	astreinte sécurité	
Pharmacie	PH	astreinte sécurité	
Gériatrie	PH	astreinte sécurité	Le week-end uniquement
Ophthalmologie	Médecins libéraux	astreinte sécurité	
Urgences Thonon	PH - Assistants	garde	
Urgences Thonon	PH - Assistants	garde	
Urgences Thonon	PH - Assistants	garde	mise en place d'une 3ème ligne de gardes en janvier 2013
Gynécologie	PH	garde	
Anesthésie	PH	garde	
Anesthésie	PH	astreinte opérationnelle en mars 2012	mise en place en mars 2012
Gardes des internes ou FFI			
Psychiatrie	FFI	garde	
Urgences	Internes	garde	

Source : établissement

Seules les spécialités de gynécologie, d'anesthésie et les urgences ont été organisées en garde ; l'organisation en garde étant inhérente à la spécialité. Tous les autres services fonctionnent en astreintes : soit opérationnelle, soit de sécurité. Réglementairement, la réanimation devrait fonctionner en garde de 24h, mais le sous-effectif de médecins anesthésistes ne permet pas aux hôpitaux du Léman de satisfaire cette exigence.

Le nombre d'actes réalisés pendant la permanence des soins (PDS) n'est à ce jour pas recensé par l'établissement. Aujourd'hui, les praticiens complètent un imprimé sur lequel ils déclarent leurs déplacements et le transmettent en fin de mois au bureau des affaires médicales. La rémunération des astreintes et déplacements réalisés dans ce cadre est donc établie sur cette base déclarative sans contrôle fiable et systématique de la part de la direction. La cellule des affaires médicales effectue toutefois des contrôles ponctuels auprès du standard afin de vérifier la cohérence des déclarations des déplacements des médecins avec les appels dont ils sont destinataires dans le cadre de la permanence des soins. Ce mode de contrôle, aléatoire et incomplet, ne permet pas d'attester de la réalité du service fait. Il ne permet pas, en outre, de réévaluer la pertinence des lignes d'astreintes en fonction de l'activité réalisée dans le cadre de la PDS, cette dernière n'étant pas recensée.

Il est relevé l'absence de règlement général des gardes et astreintes. La dernière réunion de la COPS a eu lieu en 2007 sans que les missions de la COPS en matière de permanence des soins n'aient été reprises depuis par la commission médicale d'établissement.

La chambre recommande aux hôpitaux du Léman de se doter d'un règlement général des gardes et astreintes, de recenser l'activité réalisée dans le cadre de la permanence des soins afin de pouvoir évaluer la pertinence des différentes lignes d'astreintes et de gardes composant le dispositif de PDSES en vigueur et de s'assurer de la réalité du service fait sur ces périodes.

6.5.3- Les remplacements médicaux

Eu égard à la multiplicité des lignes des gardes et astreintes à couvrir et compte tenu du faible nombre de praticiens dans certaines spécialités, les hôpitaux du Léman doivent recourir de manière importante et récurrente à des remplaçants médicaux et intérimaires.

À titre d'exemple, pour l'année 2012 (sachant que les autres exercices de la période 2008-2012 se situent tous globalement au même niveau voire à un niveau supérieur), le montant brut chargé des remplacements médicaux (via une agence d'intérim ou par recrutement direct) s'élevait à 666 109 € hors gardes ou astreintes (le coût brut hors charges patronales étant de 467 667 €) pour 750 jours de remplacement, soit l'équivalent en coût brut de 9 praticiens hospitaliers 4^{ème} échelon, pour une prestation en nombre de jours équivalant à 3,6 ETP médicaux (dont le coût brut pour un salaire de PH 4^{ème} échelon aurait été de 188 k€).

Tableau n° 40 : remplacements médicaux 2012

Spécialités	Nb de jours	Coût brut non chargé (hors astreinte/ garde et hors trajet)	Trajet + hôtel	Coût brut hors charges patronales (hors garde/ astreinte mais avec trajet)	Charges patronales	Coût brut chargé total (hors garde /astreinte)	Coût brut non chargé par jour (hors garde /astreinte)	Gardes /astreintes	Coût brut non chargé par jour avec garde/ astreinte	Honoraires agences d'intérim	Coût brut chargé total (avec gardes, trajet et honoraires)
Anesthésie	22	8 881 €	735 €	9 616 €	3 996 €	13 613 €	437 €	6 086 €	714 €	0 €	19 699 €
Biologie	14	1 919 €	0 €	1 919 €	864 €	2 783 €	137 €	1 783 €	264 €	3 584 €	8 149 €
Cardiologie	20	19 923 €	1 007 €	20 930 €	8 965 €	29 896 €	1 047 €	0 €	1 047 €	0 €	29 896 €
Chirurgie	34	11 009 €	327 €	11 336 €	4 954 €	16 290 €	333 €	0 €	333 €	0 €	16 290 €
Gériatrie	77	27 823 €	564 €	28 387 €	12 520 €	40 907 €	369 €	0 €	369 €	0 €	40 907 €
Endocrino gastr	24	12 957 €	1 283 €	14 241 €	5 831 €	20 071 €	593 €	0 €	593 €	0 €	20 071 €
Gynécologie	68	60 976 €	9 519 €	70 495 €	27 439 €	97 934 €	1 037 €	21 873 €	1 358 €	2 572 €	122 379 €
Oncologie	32	23 845 €	871 €	24 716 €	10 730 €	35 446 €	772 €	0 €	772 €	900 €	36 346 €
Pédiatrie	40	18 920 €	0 €	18 920 €	8 514 €	27 434 €	473 €	0 €	473 €	0 €	27 434 €
Radiologie	189	129 098 €	5 996 €	135 094 €	58 094 €	193 188 €	715 €	0 €	715 €	0 €	193 188 €
Urgences	204	104 168 €	6 385 €	110 552 €	46 875 €	157 428 €	542 €	19 979 €	640 €	0 €	177 406 €
Néphrologie	26	21 462 €	0 €	21 462 €	9 658 €	31 120 €	825 €	0 €	825 €	0 €	31 120 €
Total	750	440981,46	26685,98	467 667 €	198 442 €	666 109 €	624 €	49720,91	690 €	7 056 €	722 886 €

Source : CRC à partir des fichiers de remplacements médicaux transmis par l'établissement

Le surcoût du recours à des remplaçants et intérimaires médicaux était donc en 2012 de 280 à 300 k€.

Le coût brut moyen, hors charges patronales par jour de remplacement, est de 624 €, ce qui contrevient, pour les médecins embauchés en direct par l'établissement, aux dispositions réglementaires. L'article R. 6152-416¹⁵ du code de la santé publique prévoit en effet que la rémunération statutaire d'un praticien contractuel est au maximum celle d'un praticien hospitalier à temps plein au 4ème échelon, majorée de 10 %. L'arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé fixe la rémunération annuelle brute d'un praticien hospitalier 4ème échelon à 52 303,8 €, ce qui, majorée de 10 %, porte la rémunération annuelle brute maximale du praticien contractuel à 57 534 €. En ramenant ce traitement annuel à la journée (sur la base des 208 jours¹⁶ de travail théoriques annuels d'un praticien hospitalier), le coût brut de la journée d'un praticien contractuel remplaçant ne doit donc pas dépasser 276,6 €. Il existe par ailleurs d'importantes disparités entre les spécialités.

La chambre a relevé les salaires particulièrement élevés exigés par certains médecins remplaçants en dépit de la réglementation en vigueur pour les praticiens contractuels :

¹⁵ « Les praticiens contractuels recrutés en application des 1°, 2°, 4° et 5° de l'article R. 6152-402 sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux recrutés en début de carrière, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat en ce qui concerne les praticiens des hôpitaux. Ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4e échelon de la carrière, majorés de 10 % »

¹⁶ La mention d'un nombre annuel théorique de jours travaillés de 208 jours pour un temps plein ne figure pas dans la réglementation applicable aux personnels médicaux, pharmaceutiques et aux odontologistes hospitaliers ; elle n'a aucune valeur juridique. Elle n'a été mentionnée dans le protocole d'ARTT du 22 octobre 2001 puis dans la circulaire du 06/05/2003 précitée que pour matérialiser la réduction de la durée forfaitaire du temps de travail obtenue par les praticiens avec l'attribution de 20 jours de congés supplémentaires par an au titre de la RTT.

Tableau n° 41 : médecins remplaçants ayant perçu un traitement brut supérieur ou égal à 700 € par jour

Médecins intérimaires embauchés en direct par les hôpitaux du Léman		Traitement brut par jour sans trajet sans garde
CORNELIAC Andrei	Gynécologie	de 850 à 1200€
BLANC Christophe	Gynécologie	1100 à 1200€
BOUMENDIL Didier	Gynécologie	840 à 1100€
ABIHANNA Francis	Gynécologie	840 à 1000€
BATILLOT Alain	Gynécologie	840 à 1000€
ALABDULLAH Mohammad Majed	Radiologie	700 €
CUINET Patrick	Chirurgie	700 €
TCHIKOU Aissa	Oncologie	700 €

Source : CRC à partir des fichiers de remplacements médicaux transmis par l'établissement

Les contrats des médecins remplaçants sont rédigés par l'établissement sans tenir compte du plafond de rémunération qu'impose l'article R. 6152-416 du code de la santé publique et précisent explicitement les émoluments en euros par jour de travail, alors même qu'il est indiqué dans ces contrats que le médecin est engagé par l'établissement en tant que praticien hospitalier contractuel. Il y a donc contradiction, dans le contrat, entre les dispositions réglementaires qui encadrent le statut de praticien hospitalier contractuel et la rémunération proposée.

La plupart des contrats des remplaçants médicaux prévoient également des avantages en nature et le remboursement des frais de transport en précisant que le médecin « pourra prendre ses repas gratuitement au restaurant du personnel. Un logement lui sera attribué gracieusement pendant son remplacement. Les frais de déplacement seront remboursés sur présentation des justificatifs à hauteur réellement des frais engagés ».

Le remboursement des frais de déplacement entre le domicile et le lieu de travail et l'octroi d'avantages en nature ne sont pas prévus par la réglementation. Les seules indemnités compensatrices de frais concernent des remboursements de frais d'hébergement, de nourriture et de déplacement pour les internes et résidents en médecine. Elles sont prévues par le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine.

Il n'y a pas de texte de portée générale prévoyant la prise en charge de frais de transport « domicile-travail » pour les agents contractuels. De surcroît, l'interdiction de rembourser les frais de transport aux fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière est posée par l'article 27 du décret n° 92-566 du 25 juin 1992 : il y est clairement précisé qu'aucun frais de déplacement d'un agent entre son domicile et son lieu de travail ne peut donner lieu à un remboursement direct.

En acceptant de telles conditions de rémunération et de prise en charge des frais annexes pour les praticiens contractuels, les hôpitaux du Léman contreviennent à la réglementation.

La pénurie médicale favorise l'émergence d'exigences de plus en plus élevées en termes de rémunération de la part des praticiens contractuels et la concurrence entre les établissements pour le recours à ces médecins remplaçants est telle que l'établissement accède à ces exigences pour parvenir à attirer des médecins remplaçants. La chambre rappelle donc la nécessité d'une application généralisée, systématique et plus rigoureuse de la réglementation en termes de rémunération des praticiens contractuels avec au besoin l'appui d'une régulation nationale.

6.5.4- Les médecins vacataires

Les hôpitaux du Léman doivent recourir, dans un certain nombre de spécialités, à des médecins vacataires. Pour une majorité d'entre eux, ce sont des médecins de ville qui acceptent d'effectuer des vacations aux HDL dans des disciplines non ou insuffisamment représentées au sein de l'établissement, à l'instar de l'ophtalmologie, de la dermatologie ou de la pneumologie.

Le temps de travail des médecins vacataires est précisé en nombre de demi-journées. Cependant, l'établissement ne contrôle pas le temps de travail effectif de ces médecins et ne leur impose pas un temps de présence minimum en heures par demi-journée en avançant qu'il est difficile d'imposer une présence de 4 heures sur une demi-journée à ces médecins compte-tenu de la rémunération liée au statut qui leur est proposé (statut d'attaché) et du décalage entre celle-ci et la rémunération qu'il perçoivent dans le cadre de leur activité de ville.

6.5.5- Le temps de travail médical

6.5.5.1- *La gestion du temps de travail médical*

Il n'y a pas de contrôle du temps de travail ni de la présence médicale en tant que telle. Les tableaux de services des disciplines fonctionnant en service non continu, ne comportent que les absences. Les hôpitaux du Léman ayant accepté le postulat selon lequel les médecins non notés en absence sont présents, c'est sur cette seule base déclarative et en creux que les présences des médecins sont enregistrées.

En revanche pour le suivi des services qui fonctionnent en temps continu (urgences, anesthésie, gynécologie) et qui bénéficient d'un paiement de temps de travail additionnel, les heures ou demi-journées sont comptabilisées sur des tableaux remplis par les médecins.

6.5.5.2- *Le temps de travail additionnel*

Les statuts des personnels médicaux, pharmaceutiques et des odontologistes hospitaliers, fixés par décrets modifiés en date du 6/12/2002, ne prévoient qu'une obligation de service hebdomadaire dont la durée est fixée pour un temps plein soit à dix demi-journées, soit dans le cadre dérogatoire d'un décompte horaire du temps de travail des praticiens dans les structures en temps médical continu à une durée plafonnée à 48 heures.

L'article D. 6152-23-1 du code de la Santé publique instaure « une indemnité forfaitaire pour temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaire ». Or, ce terme « temps de travail additionnel » (TTA) est la transposition en droit français de l'« opt-out » européen, qui offre la possibilité, au-delà de 48h hebdomadaires de dérogations individuelles sur une base volontaire et contractuelle annuelle.

La mesure de la durée de travail accomplie par un praticien s'effectue sur une période de référence de quatre mois : c'est au terme d'un quadrimestre qu'il peut être constaté qu'un

praticien a rempli son obligation de service hebdomadaire et, le cas échéant, qu'il a réalisé du temps de travail additionnel.

Aux hôpitaux du Léman, la mesure de temps de travail s'effectue annuellement ou par quadrimestre selon les spécialités et le paiement du temps de travail additionnel est déclenché au-delà de la 48^{ème} heure de travail hebdomadaire conformément aux dispositions réglementaires.

Le paiement du temps de travail additionnel est en croissance sur les cinq dernières années et représente un montant particulièrement élevé (l'équivalent de 2 à 3 ETP médicaux). Les fluctuations sont dues à l'évolution des effectifs et au choix de certains praticiens de déposer leur TTA sur le compte épargne temps. Il est relevé une croissance importante du TTA en gynécologie avec, comme facteur d'explication avancé par l'établissement, l'arrivée d'un praticien qui assure une activité importante en carcinologie.

Tableau n° 42 – temps de travail additionnel (en nombre d'heures) par spécialité

TTA	2008	2009	2010	2011	2012
ANESTHESIE	88 381	97 529	101 235	81 041	66 637
GYNECOLOGIE	34 088	21 925	8 057	74 594	53 216
URGENTISTE	18 453	36 076	18 269	37 164	45 137
	140 922	155 531	127 561	192 798	164 990

Source : établissement

L'absence de système de décompte du temps de travail médical fait reposer sur la seule déclaration des médecins le calcul de leur temps de travail additionnel. Pour les anesthésistes, il existe une fiche horaire individuelle qui permet de constater le nombre d'heures supplémentaires et donc le paiement du temps additionnel. Pour les urgentistes, le chef de service tient à jour un tableau recensant la présence horaire de tous les médecins du service. Pour les gynécologues, il existe un tableau de service qui décompte les demi-journées et qui déclenche le paiement de temps de travail additionnel. Dans ce dernier cas, le décompte se faisant en demi-journée et non en heure, le calcul du temps de travail additionnel peut varier fortement en fonction de la base de conversion de la demi-journée en heure (4 ou 5 heures).

6.5.5.3- Les congés annuels et l'incrémentation des CET

La comptabilisation des CET médicaux est effectuée par les gestionnaires des affaires médicales sur la base des informations qui ont pu être recueillies sur les jours de présence des médecins. En l'absence de tableaux de service en bonne et due forme, le calcul des CET s'effectue (pour les services qui ne sont pas en service continu) sur la base des déclarations de jours d'absence par les médecins avec une déduction, en creux, de leur jours de présence. Le reliquat des RTT et jours de congés non pris vient alimenter le CET.

Le volume des CET médicaux est important (4 018 jours fin 2012) et 16 médecins avaient plus de 80 jours placés sur leur CET.

6.5.5.4- Les journées d'intérêt général

Aux termes de l'article R. 6152-30 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2010-1141 du 29 septembre 2010, les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent, après accord de leur hiérarchie, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation. Ces activités, effectuées au sein de structures publiques, privées ou associatives, doivent impérativement présenter un caractère d'intérêt général.

Aux hôpitaux du Léman, cinq praticiens hospitaliers, effectuent une journée d'intérêt général. Il existe un protocole encadrant cette pratique conforme aux dispositions réglementaires. En revanche, l'établissement n'a pas été en mesure de fournir les conventions passées entre les HDL et les établissements bénéficiaires de cette journée d'intérêt général pour les praticiens concernés. Les hôpitaux du Léman n'utilisent pas, par ailleurs, la faculté qui leur est offerte par la réglementation de demander le remboursement de cette journée d'intérêt général aux établissements bénéficiaires.

6.5.6- L'activité libérale

Il s'agit d'un mode d'exercice autorisant les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé à y exercer une activité libérale. Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3 du code de la santé publique précisent que « *la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens* » et que « *le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique* ». En application de ce texte, les hôpitaux du Léman s'attachent à comparer le nombre et le volume financier des actes réalisés en public au nombre et au volume financier des actes réalisés à titre libéral. Sur cet aspect, aucun déséquilibre majeur n'a été relevé à l'exception de deux praticiens qui ont un volume de consultations privées supérieur à celui des consultations publiques, sans pour autant remettre en cause un équilibre global de leur activité favorable au public (nombre d'actes publics supérieur et montant de l'activité publique supérieur). En revanche, les hôpitaux du Léman ne contrôlent pas au sein de la commission de l'activité libérale, que le temps de travail consacré à l'activité libérale ne représente pas plus de 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire.

Par ailleurs, l'établissement n'organise pas de commission d'activité libérale de manière régulière alors que la circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 relative à l'activité libérale précise que « *la commission a pour mission de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'activité libérale ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elle doit se réunir au moins une fois par an et établir un rapport sur l'ensemble des conditions d'exercice et sur les informations financières qui lui sont communiquées (tous les six mois) par les organismes de sécurité sociale* ». Or sur les cinq années de la période contrôlée, la commission d'activité libérale (CAL) ne s'est en effet réunie que trois fois (27/06/2008, 29/09/2009 et 27/10/2011).

En outre lors de la tenue de ces CAL, il n'est pas procédé à la comparaison entre les redevances perçues par l'établissement au titre de l'activité libérale et les informations fournies par les organismes de sécurité sociale. L'établissement a précisé qu'il n'était pas destinataire des relevés SNIR établis par l'assurance maladie. Aucun contrôle du montant de la redevance perçue n'est donc opéré.

Enfin, l'information du patient quant à ce mode d'activité est lacunaire. La réglementation prévoit que le patient doit être informé qu'il est traité dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier. L'article R. 6154-7 du code de la santé publique précise en effet : « *Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien doit recevoir, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix. En cas d'hospitalisation il doit formuler expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien.* » L'arrêté du 11 juin 1996, repris par la circulaire DHOS du 14 octobre 2005, indique par ailleurs que « *les heures et jours de consultations [en libéral], ainsi que les tarifs des honoraires, doivent impérativement être affichés dans la salle d'attente* ». Or aucune information écrite n'est affichée ni mise à disposition du patient aux hôpitaux du Léman. Seule une information orale est communiquée au patient par le praticien et/ou la secrétaire. La commission d'activité libérale en date du 27 octobre 2001 a relevé ce manque

d'information en concluant : « *Les membres de la commission souhaitent qu'une note soit envoyée à tous les médecins concernés pour leur rappeler ces règles.* ». A ce jour, l'information du patient en matière d'activité libérale ne répond toujours pas aux exigences réglementaires susmentionnées.

La chambre recommande aux hôpitaux du Léman de convoquer la commission d'activité libérale annuellement, de procéder - préalablement à chaque séance et de préférence trimestriellement - au recueil exhaustif de l'activité de tous les praticiens exerçant une activité libérale, de comparer le volume et la valeur de l'activité libérale et de l'activité publique pour tous les praticiens sans exception et de présenter en commission la comparaison entre les montants déclarés à l'établissement au titre de l'activité libérale par les praticiens et les relevés SNIR communiqués par les organismes sociaux.

Glossaire des sigles et acronymes utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
CAL	Commission d'activité libérale
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CME	Commission médicale d'établissement
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA	Compte de résultat analytique
CSP	Code de la santé publique
DAM	Direction des affaires médicales
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département de l'information médicale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENCC	Echelle nationale des coûts à méthodologie commune
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FIR	Fonds d'intervention régionale
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHS	Groupe homogène de séjours
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HDL	Hôpitaux du Léman
HPST	Hôpital patients santé territoires
IAD	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
ICNE	Intérêts courus non échus
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne des séjours
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PFE	Pôle femme-enfant
PH	Praticien hospitalier
PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
SAU	Service d'accueil et d'urgence
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TTA	Temps de travail additionnel
T2A	Tarifcation à l'activité
TBFEPS	Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
USLD	Unité de soins de longue durée