COUR DES COMPTES

RAPPORT N°120

SEPTEMBRE 2017

AUDIT DE GESTION ET DE CONFORMITÉ

GOUVERNANCE

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

COUR DES COMPTES
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

LA COUR DES COMPTES

La Cour des comptes est chargée du contrôle indépendant et autonome des services et départements de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire, des institutions cantonales de droit public, des organismes subventionnés ainsi que des institutions communales. Elle a également pour tâche l'évaluation des politiques publiques.

La Cour des comptes vérifie d'office et selon son libre choix la **légalité** des activités et la **régularité** des recettes et des dépenses décrites dans les comptes, et s'assure du **bon emploi** des crédits, fonds et valeurs gérés par les entités visées par ses missions. La **Cour des comptes** peut également évaluer la **pertinence**, **l'efficacité** et **l'efficience** de l'action de l'État. Elle organise librement son travail et dispose de larges moyens d'investigation. Elle peut notamment requérir la production de documents, procéder à des auditions, à des expertises, se rendre dans les locaux des entités concernées.

Le champ d'application des missions de la Cour des comptes s'étend aux entités suivantes:

- L'administration cantonale comprenant les départements, la chancellerie d'État et leurs services ainsi que les organismes qui leur sont rattachés ou placés sous leur surveillance ;
- Les institutions cantonales de droit public ;
- Les entités subventionnées ;
- Les entités de droit public ou privé dans lesquelles l'État possède une participation majoritaire, à l'exception des entités cotées en bourse ;
- Le secrétariat général du Grand Conseil ;
- L'administration du pouvoir judiciaire ;
- Les autorités communales, les services et les institutions qui en dépendent, ainsi que les entités intercommunales.

Les rapports de la Cour des comptes sont rendus **publics** : ils consignent ses observations, les conclusions de ses investigations, les enseignements qu'il faut en tirer et les recommandations conséquentes. La Cour des comptes prévoit en outre de signaler dans ses rapports les cas de réticence et les refus de collaborer survenus au cours de ses missions.

La Cour des comptes publie également un **rapport annuel** comportant la liste des objets traités, celle de ceux qu'elle a écartés, celle des rapports rendus avec leurs conclusions et recommandations et les suites qui y ont été données. Les rapports restés sans effet ni suite sont également signalés.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.
Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

Prenez contact avec la Cour par téléphone, courrier postal ou courrier électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90
http://www.cdc-ge.ch/

SYNTHÈSE

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) sont un établissement médical de droit public doté de la personnalité juridique. À fin 2016, ils employaient plus de 11'000 collaborateurs, avaient soigné plus de 200'000 patients et disposaient d'un budget de fonctionnement de près de 1.9 milliards de francs.

En raison d'allégations communiquées par plusieurs citoyens à la Cour portant sur la qualité des prestations rendues par les HUG à leurs patients, dysfonctionnements qui n'auraient pas été suffisamment pris en compte ou traités par les différentes instances hiérarchiques, la Cour a décidé d'ouvrir un audit sur la gouvernance des HUG. L'objectif de la mission a consisté à analyser la pertinence du dispositif de gouvernance et d'organisation en matière de qualité des soins, afin de s'assurer que la structure et le mode de fonctionnement des organes des HUG permettaient non seulement de gérer les activités de manière conforme à la loi et aux directives internes, mais également de façon efficace et efficiente.

L'audit a ainsi couvert les principales instances transversales de gouvernance (Conseil d'administration, Comité de direction, Conseil médical d'établissement, Collège des médecins chefs de service, Conseil consultatif des départements médicaux). Il en ressort une appréciation générale différenciée sur le plan temporel. L'organisation du Conseil d'administration prévalant au début de l'audit était préoccupante, essentiellement du fait de manquements dans l'accès à l'information pour l'ensemble des administrateurs. Cependant, des mesures ont été prises en fin d'audit, permettant d'améliorer significativement la situation. Quant aux autres instances, hormis une action spécifique visant à améliorer l'établissement des rapports d'incident au service de stérilisation, les constats portent essentiellement sur des éléments de formalisation des pratiques, afin que l'activité courante soit plus précisément ancrée dans les documents de gouvernance des HUG.

Relativement au **Conseil d'administration** (CA), l'audit a en premier lieu mis en évidence que des documents importants pour la conduite et la surveillance des activités de la direction générale des HUG (procès-verbaux du Bureau, rapports des audits internes et externes terminés) n'étaient pas transmis aux administrateurs qui ne sont pas membres du Bureau. Cette situation n'étant pas conforme au droit à l'information des administrateurs, la Cour a recommandé au président de mettre à disposition des membres du CA les documents nécessaires à leur mission. À cet égard, la Cour relève avec satisfaction que le CA a décidé en fin d'audit de communiquer le procès-verbal du Bureau à chaque membre du CA, et que le présent rapport d'audit, avant reddition des observations à la Cour, a pu être consulté par les administrateurs qui le souhaitaient.

En second lieu, l'audit a établi que le CA ne disposait pas d'une liste des sujets stratégiques et d'enjeux-clés en matière de gestion au sujet desquels il est tenu d'exercer la haute direction et la surveillance. En raison de leur volumétrie et de leur complexité, ces sujets sont présentés en séance par le Comité de direction de manière ponctuelle, à mesure de la survenance de nouveaux éléments ou de décisions à prendre. Il est alors difficile pour l'administrateur de suivre de tels sujets en conservant une vision globale et pertinente de la problématique, sans une préparation individuelle nécessitant un travail disproportionné. En conséquence, la Cour a recommandé au président d'établir d'une part une liste des sujets stratégiques ou porteurs de risques qui pourraient entacher l'image des HUG et de les porter régulièrement à l'ordre du jour, et, d'autre part, d'augmenter le nombre de séances consacrées à des sujets stratégiques. À cet égard, la Cour note avec satisfaction que le CA a décidé en fin d'audit d'instaurer un point régulier à l'ordre du jour sur les dossiers récurrents, tels que ceux des urgences, de la stérilisation ou de la neurochirurgie, et d'organiser deux séances annuelles extraordinaires supplémentaires (sujets stratégiques, budget, comptes).

En dernier lieu, il s'avère que les attributions formelles du CA, définies dans la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) il y a plus de 20 ans, ne sont plus en adéquation avec l'activité stratégique actuelle du CA. Selon la loi, le CA négocie et adopte les conventions et tarifs, de même qu'il nomme et révoque les fonctionnaires des établissements. Or, en pratique, les conventions tarifaires, les nominations et les révocations des fonctionnaires sont traitées en amont par les directions transversales. Vu leur volume, ces points demeurent consommateurs de temps dans les séances du CA, sans valeur ajoutée amenée par ce dernier. Dès lors, la Cour a recommandé au CA de réévaluer la liste de ses attributions en déterminant celles qui resteront de sa compétence et celles qui pourront être déléguées au Comité de direction, puis de soumettre des modifications de la LEPM au département afin que ce dernier puisse proposer au Conseil d'État le dépôt d'un projet de loi.

Concernant les interactions avec le **Comité de direction**, de manière générale les membres du CA apprécient la qualité et la maîtrise des dossiers qui leur sont soumis. Toutefois, ces dossiers sont sous la forme d'un projet de décision, sans mention des alternatives possibles. Pour les sujets stratégiques, la Cour a ainsi recommandé de présenter également les solutions qui n'ont pas été retenues en expliquant brièvement les raisons, afin de permettre au Conseil d'administration de débattre et de se positionner en toute connaissance de cause.

D'autre part, il ressort des entretiens d'audit que tous les incidents ne sont pas déclarés. Cette situation est notamment constatée auprès des collaborateurs et collaboratrices qui sont employés ou qui sont en lien avec le service de stérilisation centrale où les incidents sont nombreux et se produisent depuis plusieurs mois. Ces omissions ne répondent pas aux directives internes des HUG et, surtout, ne permettent pas de déterminer avec précision l'ampleur des situations problématiques que rencontrent les HUG ni les risques encourus. Sur ce sujet, la Cour relève, tant pour les blocs opératoires que pour la stérilisation, que des actions importantes pour favoriser les déclarations, renforcer le travail des groupes incidents et analyser les événements ont été initiées depuis le deuxième semestre 2016 par les HUG. Elle recommande de compléter les mesures par une campagne d'information à l'attention du personnel des blocs opératoires visant à rappeler l'importance de l'établissement systématique des rapports d'incidents.

Finalement, l'audit a également porté sur le fonctionnement des **instances consultatives** telles que le Collège des médecins chefs de service (Collège), le Conseil médical d'établissement et le Conseil consultatif des départements médicaux (CCDM). Considérant que leur organisation et fonctionnement n'étaient pas clairement définis, la Cour a recommandé au Comité de direction de préciser ses attentes envers le Collège par rapport à celles du Conseil médical d'établissement et de formaliser l'existence du CCDM dans les documents internes de gouvernance.

Au cours de l'audit, une plainte pénale a été déposée par le Président du Conseil d'administration à l'encontre d'un collaborateur des HUG (dossier dit des « îlots de Langerhans »). En conséquence, la Cour n'a pas abordé les points de ce dossier liés à la plainte pénale dont l'instruction est en cours.

TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de ses missions légales, la Cour des comptes doit effectuer un suivi des recommandations émises aux entités auditées, en distinguant celles ayant été mises en œuvre et celles restées sans effets. À cette fin, elle a invité les HUG à remplir le "tableau de suivi des recommandations et actions" qui figure au chapitre 8, et qui synthétise les améliorations à apporter et indique leur niveau de risque, le responsable de leur mise en place ainsi que leur délai de réalisation.

Le rapport contient 17 recommandations, qui ont toutes été acceptées. Les délais de mise en œuvre indiqués par les HUG dans le tableau de suivi sont considérés comme adéquats par la Cour, qui souligne la volonté des HUG d'améliorer rapidement la situation, certaines recommandations ayant déjà fait l'objet de mesures en fin d'audit.

OBSERVATIONS DE L'AUDITE

Sauf exceptions, la Cour ne prévoit pas de réagir aux observations de l'audité. Elle estime qu'il appartient au lecteur d'évaluer la pertinence des observations de l'audité eu égard aux constats et recommandations développés par la Cour.

TABLE DES MATIERES

Liste des principales abréviations utilisées 7
1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT 8
2. MODALITES ET DEROULEMENT DE L'AUDIT 9
3. CONTEXTE GENERAL 11
3.1. Les Hôpitaux universitaires de Genève 11
3.1.1. Mission et chiffres-clés 11
3.1.2. Organisation 12
3.2. Les documents de gouvernance des HUG 14
3.2.1. Définition et objectifs de la gouvernance 14
3.2.2. Bases légales 14
3.2.3. Base documentaire des HUG 14
3.2.4. Plan stratégique 15
3.2.5. Le tableau de bord institutionnel 16
3.3. Le Conseil d'administration des HUG 17
3.3.1. Conseil d'administration 17
3.3.2. Bureau du Conseil d'administration 18
3.4. Les autres instances de gouvernance des HUG 19
3.4.1. Le Comité de direction 19
3.4.2. Les principales instances consultatives 20
3.4.3. Les directions et services communs 22
3.4.4. Le service d'audit et de contrôle interne 23
3.5. La politique médicale et la politique des soins 24
3.5.1. La politique médicale 24
3.5.2. La politique des soins 24
3.6. La qualité des soins 25
3.6.1. Définition 25
3.6.2. Service qualité des soins aux HUG 25
3.7. Exemples en matière de gestion d'incidents 28
3.7.1. Service de la stérilisation centrale des HUG 28
3.7.2. Blocs opératoires de neurochirurgie 29
4. ANALYSE – CONSEIL D'ADMINISTRATION 30
4.1. Organisation et fonctionnement 30
4.1.1. Contexte 30
4.1.2. Constats 33
4.1.3. Risques 35
4.1.4. Recommandations 35
4.1.5. Observations de l'audité 37
4.2. Information 38
4.2.1. Contexte 38
4.2.2. Constats 39
4.2.3. Risques 40
4.2.4. Recommandations 40
4.2.5. Observations de l'audité 41
5. ANALYSE – AUTRES INSTANCES DE GOUVERNANCE 42
5.1. Comité de direction 42
5.1.1. Contexte 42
5.1.2. Constats 42
5.1.3. Risques 43
5.1.4. Recommandations 43
5.1.5. Observations de l'audité 43
5.2. Collège des médecins chefs de service 44
5.2.1. Contexte 44

5.2.2. Constats....44
5.2.3. Risques....45
5.2.4. Recommandations....45
5.2.5. Observations de l'audité....46
5.3. Conseil consultatif des départements médicaux....47
5.3.1. Contexte....47
5.3.2. Constats....47
5.3.3. Risques....47
5.3.4. Recommandations....48
5.3.5. Observations de l'audité....48
6. ANALYSE – BASES LÉGALES ET RÉGLEMEN-TAIRES EN TERMES DE GOUVERNANCE....49
6.1. Contexte....49
6.2. Constats....49
6.3. Risques....50
6.4. Recommandations....51
6.5. Observations de l'audité....52
7. CONCLUSION....53
8. TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS....54
9. DIVERS....58
9.1. Glossaire des risques....58
9.2. Remerciements....60

Liste des principales abréviations utilisées

AMAHUG	Association des médecins adjoints des HUG
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
BCA	Bureau du conseil d'administration
CA	Conseil d'administration
CCDM	Conseil consultatif des départements médicaux
CCER	Commission cantonale d'éthique de la recherche
CD	Comité de direction
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CME	Conseil médical d'établissement
Collège	Collège des médecins chefs de service
DF	Direction des finances
DG	Directeur général
DM	Direction médicale
DS	Direction des soins
EIG	Evénements indésirables graves
EPA	Etablissement public autonome
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
LEPM	Loi sur les établissements publics médicaux
RSM	Règlement des services médicaux
SQS	Service qualité des soins

1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) sont un établissement médical de droit public doté de la personnalité juridique. À fin 2016, les HUG employaient plus de 11'000 collaborateurs et disposaient d'un budget de fonctionnement de près de 1.9 milliards de francs. Ils sont organisés selon une structure matricielle :

- Par métier avec treize départements qui rendent des prestations médicales et de soins et un département qui fournit des prestations de logistique ;
- Par prestations transversales avec des directions qui englobent notamment les finances, les ressources humaines, les systèmes d'informations, les achats, les soins.

De plus, de nombreuses instances internes remplissent des fonctions décisionnelles ou consultatives qui ont un impact sur le fonctionnement des départements et des directions.

Plusieurs citoyens ont communiqué à la Cour des comptes de potentiels dysfonctionnements en matière de qualité des prestations rendues par les HUG à leurs patients, dysfonctionnements qui n'auraient pas été suffisamment pris en compte ou traités par les différentes instances hiérarchiques. Compte tenu de la gravité de ces allégations, la Cour a décidé d'ouvrir un audit sur la gouvernance des HUG.

Par lettre du 12 octobre 2016, elle a informé le Président du Conseil d'administration de sa décision d'entreprendre un audit portant sur la gouvernance et l'organisation des Hôpitaux universitaires de Genève.

Il appartient à la Cour de s'assurer notamment de la régularité des comptes, de la légalité des activités ainsi que du bon emploi des fonds publics, dans le respect des principes de la performance publique (art. 40 al. 1 LSurv).

L'objectif de la mission a consisté à analyser la pertinence du dispositif de gouvernance et d'organisation en matière de qualité des soins, afin de s'assurer que la structure et le mode de fonctionnement des organes des HUG permettent de gérer les activités de manière conforme à la loi et aux directives internes, et de façon efficace et efficiente.

L'audit a ainsi couvert les principales instances transversales de gouvernance (Conseil d'administration, Comité de direction, Conseil médical d'établissement, Collège des médecins chefs de service, Conseil consultatif des chefs de département).

En cours d'audit, la Cour a reçu plusieurs témoignages et allégations relatifs à la qualité de la gestion des ressources humaines aux HUG. Ces éléments n'étant pas directement liés à la gouvernance en matière de qualité des soins, ils n'ont pas été inclus dans la présente mission.

Souhaitant être la plus efficace possible dans ses travaux, la Cour examine lors de ses investigations l'ensemble des rapports d'audit préalables effectués par des tiers, tant internes qu'externes, portant sur les mêmes thématiques que le présent rapport. Dans le cas présent, elle n'a pas identifié de rapport récent portant sur le même thème.

2. MODALITES ET DEROULEMENT DE L'AUDIT

La Cour a conduit cet audit en consultant de nombreux documents tels que les procès-verbaux des séances du Conseil d'administration, du Bureau du Conseil d'administration, du Comité de direction, du Collège des médecins chefs de service et du Conseil médical d'établissement pour les années 2015 et 2016. De plus, la Cour a également consulté les règlements et directives qui concourent à définir la mission, l'organisation et le fonctionnement des instances.

En parallèle, elle a mené de nombreux entretiens ciblés avec des membres des différentes instances et des collaborateurs et collaboratrices des HUG, à savoir :

- Pour le Conseil d'administration, le Président, la vice-présidente, le secrétaire ainsi que les membres présents aux séances en 2015 et 2016, à l'exception du conseiller d'État ;
- Pour le Comité de direction, le directeur général, la directrice générale adjointe, le directeur médical, le directeur des soins et la directrice des finances ;
- Pour le Collège des médecins chefs de service, le président et plusieurs membres,
- Pour le Conseil consultatif des départements médicaux, les chefs de tous les départements existant à fin 2016.

En outre, la Cour a rencontré plusieurs cadres et collaborateurs qui ne font pas partie des instances citées plus haut :

- Le responsable du Service qualité des soins ;
- Le responsable ad interim de la direction des opérations ;
- La responsable ad interim du service central de stérilisation ;
- Des quality officer d'un département.

Au cours de l'audit, une plainte pénale a été déposée par le Président du Conseil d'administration à l'encontre d'un collaborateur des HUG (dossier dit des « îlots de Langerhans »). En conséquence, la Cour n'a pas abordé les points de ce dossier liés à la plainte pénale dont l'instruction est en cours.

Comme prévu par sa base légale, la Cour privilégie avec ses interlocuteurs une démarche constructive et participative visant à la **recherche de solutions améliorant le fonctionnement de l'administration publique**. C'est ainsi que la Cour a pu proposer aux intervenants rencontrés différentes possibilités d'amélioration de leur gestion, dont la faisabilité a pu être évaluée et la mise en œuvre appréciée sous l'angle **du principe de proportionnalité**.

La Cour a conduit ses travaux conformément à la Loi sur la surveillance de l'État, à sa charte éthique et à ses procédures internes. Celles-ci s'inspirent des normes professionnelles en vigueur (normes ISSAI, NAS, IIA, ISA, ISACA), dans la mesure où elles sont applicables et compatibles avec la nature particulière de la mission.

En pratique, la méthodologie de la Cour des comptes est la suivante :

1ère phase : Planification
Cette phase consiste à définir et à mobiliser les ressources et les compétences les mieux adaptées à la mission, que ce soit auprès des collaborateurs de la Cour des comptes ou auprès de tiers, et à déterminer les outils méthodologiques à utiliser.

2ème phase : Préparation de l'audit
Cette phase consiste à identifier auprès de l'entité auditée quels sont ses bases légales et ses intervenants-clés, à comprendre son organisation et son fonctionnement, à collecter des données chiffrées et à procéder à l'analyse des risques qui lui sont propres. À ce stade, un plan de mission est rédigé avec notamment les objectifs de la mission, les moyens à disposition, les travaux dévolus à chaque intervenant de la Cour et les délais impartis dans le déroulement de la mission.

3ème phase : Récolte d'informations
Cette phase consiste à déterminer les sources de l'information pertinente, à savoir quelles sont les personnes-clés à contacter et quelles sont les informations qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs. Ensuite, les collaborateurs de la Cour et/ou les tiers mandatés procèdent à des entretiens et collectent les informations requises.

4ème phase : Vérification et analyse de l'information
Cette phase consiste d'une part à s'assurer que les informations récoltées sont fiables, pertinentes, complètes et à jour et d'autre part à les analyser et à les restituer sous la forme de documents de travail.

5ème phase : Proposition de recommandations
Cette phase consiste à établir les constatations significatives, à déterminer les risques qui en découlent et enfin à proposer des recommandations afin de rétablir la légalité des opérations, la régularité des comptes ou d'améliorer la structure ou le fonctionnement de l'organisation.

6ème phase : Rédaction du rapport
Cette phase consiste à rédiger le rapport conformément aux documents de travail et à la structure adoptée par la Cour des comptes.

7ème phase : Validation du rapport
Cette phase consiste à discuter le contenu du rapport avec l'entité auditée, avec pour objectif de passer en revue les éventuelles divergences de fond et de forme et de s'accorder sur les priorités et délais des recommandations.

Chaque thème développé dans ce rapport fait l'objet d'une mise en contexte, de constats, de risques découlant des constats et de recommandations (numérotées en référence aux constats) soumis aux observations de l'audité.

Les risques découlant des constats sont décrits et qualifiés en fonction de la **typologie des risques encourus**, telle que définie dans le Glossaire qui figure au chapitre 9.

Afin de faciliter le suivi des recommandations, la Cour a placé au chapitre 8 un tableau qui **synthétise les améliorations à apporter** et pour lequel l'entité auditée indique le niveau de **risque**, le **responsable** de leur mise en place ainsi que leur **délai de réalisation**.

3. CONTEXTE GENERAL

3.1. Les Hôpitaux universitaires de Genève

3.1.1. Mission et chiffres-clés

La loi genevoise sur la santé confie aux HUG trois missions principales :

- **Soigner**: les HUG répondent aux besoins en soins d'une communauté de 500'000 personnes et assurent près de 100'000 urgences par an ;
- **Enseigner**: avec leurs partenaires (l'Université et les écoles professionnelles), les HUG assurent la formation de la relève médicale (670 médecins, 1'250 professionnels de santé et 100 apprentis par an) ;
- **Chercher**: en lien étroit avec la Faculté de médecine de l'Université de Genève, les HUG mènent une activité de recherche médicale de premier plan et contribuent activement aux progrès de la médecine.

En tant qu'hôpital universitaire, les HUG accueillent également des patients d'autres cantons, des patients frontaliers et des patients étrangers (fonctionnaires internationaux, touristes, clientèle étrangère privée, etc.). Les HUG sont placés sous la surveillance du Conseil d'État, plus particulièrement du DEAS.

Les activités des HUG sont réparties dans 8 hôpitaux, 2 cliniques (Joli-Mont et Montana qui ont été intégrées en 2016) et 40 lieux de soins[1]. Il en résulte une capacité d'accueil de plus de 2'000 lits. De plus, en 2016, les HUG emploient plus de 11'000 collaborateurs qui ont permis de traiter 60'000 cas d'hospitalisation, plus d'un million de prises en charge ambulatoires et près de 100'000 urgences.

Depuis 2008, les relations entre les HUG et l'État de Genève sont régies par un contrat de prestations, qui sert de base à la détermination de la subvention versée par l'État et décrit les missions qui s'y rapportent. Le contrat de prestations actuel porte sur les années 2016 à 2019. Dans le cadre du contrat de prestations signé entre l'État et les HUG, ces derniers s'engagent à fournir des prestations [2] :

- *publiques de soins : elles concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales (notamment LAMal, assurance invalidité (LAI), assurance accident (LAA), etc.).*
- *de formation pré-graduée et post-graduée et de recherche clinique : elles concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens de son statut de centre de formation universitaire et de centre de formation continue pour les professions paramédicales.*
- *de missions d'intérêt général : elles concernent celles que l'État de Genève confie aux HUG et qui sortent du cadre des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales, y compris les prestations relevant de la médecine humanitaire.*

L'État finance une partie de l'activité des HUG, que ce soit au titre du fonctionnement ou de l'investissement. Dans l'indemnité de fonctionnement (soit 826.8 millions pour 2016) est comprise la participation de l'État définie par les dispositions légales de la LAMal selon lesquelles les cantons doivent prendre en charge 55% au moins de la rémunération de l'hôpital.

[1] Chiffres-clés 2016 édités par les HUG
[2] Contrat de prestations entre l'État de Genève et les HUG 2016-2019

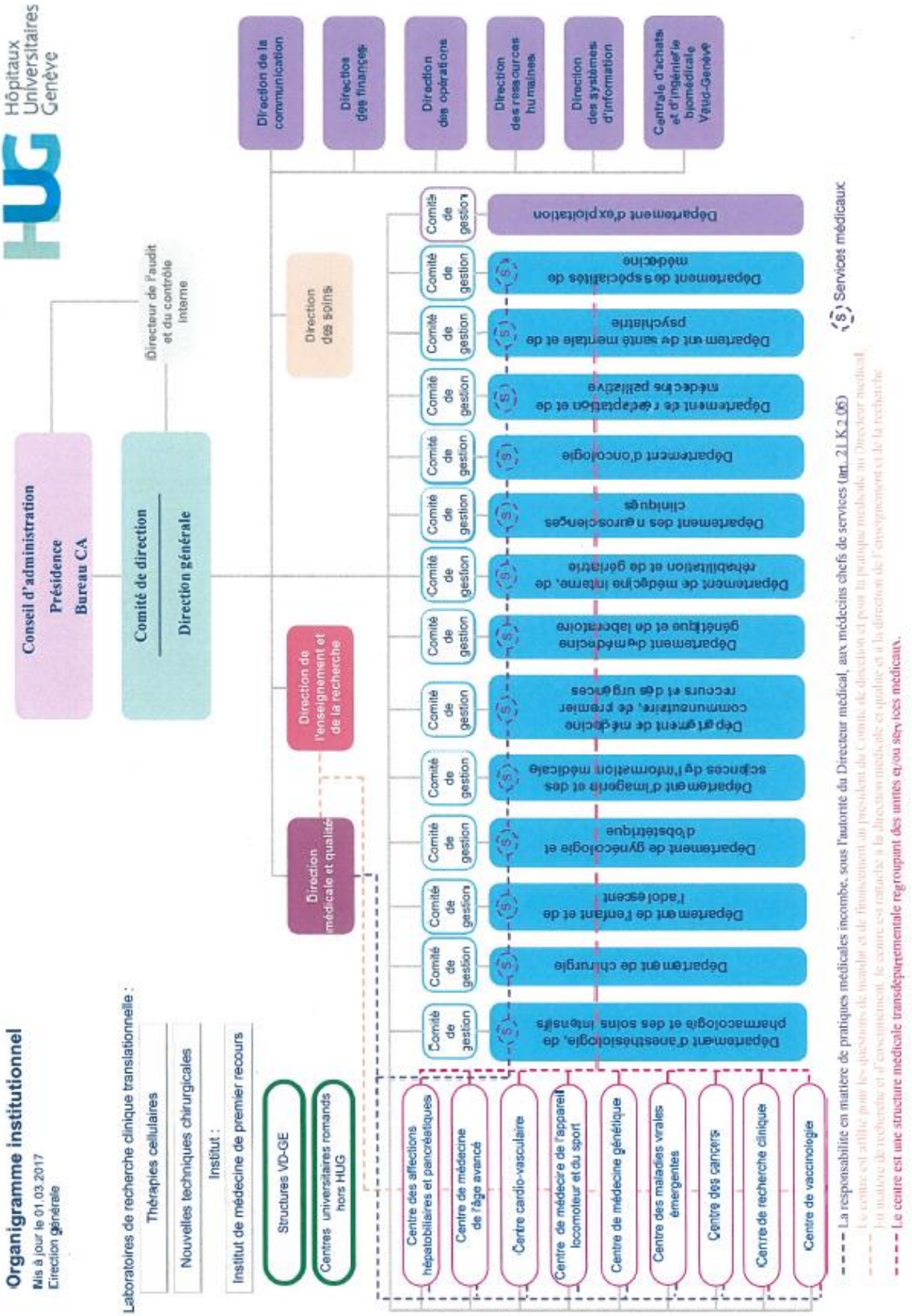
À Genève, cette part de 55% est englobée dans le montant de la subvention de fonctionnement prévue par le contrat de prestations ; en conséquence, seuls les 45% de la facture LAMal sont envoyés à l'assureur ou au patient résidant à Genève. Pour les patients venant d'autres cantons, une facture comprenant le 100% des coûts est adressée au canton de domicile selon les règles de la libre circulation et les tarifs cantonaux.

3.1.2. Organisation

Les HUG sont organisés selon le principe de la décentralisation des activités médicales et de gestion.

Les soins sont dispensés au sein de 13 départements médicaux, regroupant près de 70 services et plus de 110 unités. Huit centres transversaux assurent la coordination des différentes expertises autour du patient. Le département d'exploitation regroupe toutes les fonctions logistiques, techniques et hôtelières. Les autres fonctions de support sont assurées par 9 directions et services communs.

L'organigramme est présenté à la page suivante. Les instances consultatives telles que le Collège des médecins chefs de service, le Conseil médical d'établissement ou le Conseil consultatif des chefs de département n'y sont pas représentées.


Organigramme institutionnel
Mis à jour le 01.03.2017
Direction générale
Hôpitaux Universitaires Genève
Conseil d'administration
Présidence
Bureau CA
Comité de direction
Direction générale
Directeur de l'audit et du contrôle interne
Direction de la communication
Direction des finances
Direction des opérations
Direction des ressources humaines
Direction des systèmes d'information
Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale Vaud-Genève
Direction des soins
Direction de l'enseignement et de la recherche
Direction médicale et qualité
Département d'exploitation
Département de spécialités de médecine
Département de santé mentale et de psychiatrie
Département de réadaptation et de médecine palliative
Département d'oncologie
Département des neurosciences cliniques
Département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie
Département de médecine générale et du laboratoire
Département de médecine communautaire, de premier recours et de urgences
Département d'imagerie et des sciences de l'information médicale
Département de gynécologie et d'obstétrique
Département de l'enfant et de l'adolescent
Département de chirurgie
Département d'anesthésiologie, de pharmacologie et des soins intensifs
Comité de gestion
Services médicaux
Laboratoires de recherche clinique translationnelle :
Thérapies cellulaires
Nouvelles techniques chirurgicales
Institut :
Institut de médecine de premier recours
Structures VD-GE
Centres universitaires romands hors HUG
Centre des affections hépatobiliaires et pancréatiques
Centre de médecine de l'âge avancé
Centre cardio-vasculaire
Centre de médecine de l'appareil locomoteur et du sport
Centre de médecine génétique
Centre des maladies virales émergentes
Centre des cancers
Centre de recherche clinique
Centre de vaccinologie
La responsabilité en matière de pratiques médicales incombe, sous l'autorité du Directeur médical, aux médecins chefs de services (art. 21 K 2 06)
Le centre est utilisé pour les questions de stratégie et de financement du Comité de direction et pour la pratique médicale au Directeur médical
Le centre est utilisé pour les questions de stratégie et de financement de soins est rattaché à la direction médicale et qualité et à la direction de l'enseignement et de la recherche
Le centre est une structure médicale transdépartementale regroupant des unités et/ou services médicaux.

3.2. Les documents de gouvernance des HUG

3.2.1. Définition et objectifs de la gouvernance

Le terme gouvernement d'entreprise (ou gouvernance) correspond à un large éventail de définitions selon les contextes structurels et culturels, ainsi que les cadres légaux. Les Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne (Normes) définissent le gouvernement d'entreprise comme : « le dispositif comprenant les processus et les structures mis en place par le Conseil afin d'informer, de diriger, de gérer et de piloter les activités de l'organisation en vue de réaliser ses objectifs. » (MPA 2110-1)

Ainsi, une bonne gouvernance doit permettre de répondre aux objectifs suivants :

- Promouvoir des règles d'éthique et des valeurs appropriées au sein de l'organisation ;
- Garantir une gestion efficace des performances de l'organisation, assortie d'une obligation de rendre compte ;
- Communiquer aux services concernés de l'organisation les informations relatives aux risques et aux contrôles ;
- Fournir une information adéquate au Conseil, aux auditeurs internes et externes et au management, et assurer une coordination de leurs activités.

3.2.2. Bases légales

Dans le cadre des objectifs de la mission de la Cour, les HUG sont soumis aux principales bases légales suivantes :

- La loi sur la santé (K1 03 : LS) dont l'objectif est de définir et encourager le partenariat entre les acteurs publics et privés du domaine de la santé et qui régit les soins. Elle précise également les modalités de l'exercice des professions de la santé ;
- La loi sur les établissements publics médicaux (K 2 05 :LEPM) qui définit le but (art. 2 et art. 18), l'organisation et des modalités de fonctionnement des HUG, dont celles du Conseil d'administration ;
- Le Règlement sur les institutions de santé (K 2 05.06 : RISanté) qui précise les modalités pour l'exercice de l'activité des acteurs de soins, en particulier les établissements médicaux publics et privés.
- La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (B 5 05 : LPAC) qui s'applique au personnel des établissements publics médicaux sous réserve des dispositions particulières applicables au personnel médical.

3.2.3. Base documentaire des HUG

Les HUG ont émis de nombreux documents en lien avec la gouvernance de l'institution, dont les principaux sont :

- Statut du personnel des HUG, 20 mars 2012 ;
- Règlement des services médicaux, 13 mai 2015 ;
- Règlement du Conseil d'administration relatif à la répartition des compétences en matière de gestion du personnel, 8 février 2016 ;
- Règlement de la gestion des risques et du système de contrôle interne des HUG, 18 mai 2011 ;
- Règlement relatif à la direction et à la gestion du département d'exploitation, 16 mars 2004 ;

- Règlement relatif à la direction et à la gestion des départements médicaux, 2 octobre 2003 ;
- Règlement relatif à la collaboration entre les HUG et les structures externes publiques et privées, 24 janvier 2012 ;
- Règlement relatif à l'organisation du Comité de direction, 3 décembre 2010 ;
- Règlement relatif à l'organisation du Conseil d'administration, 12 mars 2004 ;
- Règlement relatif à la gestion des fonds dévolus aux HUG, 18 avril 2012 ;
- Directive relative à l'organigramme institutionnel des HUG, 10 mars 2016 ;
- Directive du Comité de direction relative à l'engagement des cadres supérieurs dans les HUG, 23 mai 2012 ;
- Composition des comités de gestion des départements médicaux et du département d'exploitation des HUG, 13 janvier 2017 ;
- Autorisation générale de lever le secret professionnel en matière de recherche médicale dans les HUG, 13 novembre 2001 ;
- Procédure zéro, 12 juillet 2013 ;
- Charte de l'audit interne, 15 septembre 2011 ;
- Protection de la personnalité, en particulier en matière de harcèlement psychologique et de harcèlement sexuel, 2 novembre 2011 ;
- Recommandations sur le respect de l'éthique dans les conduites au sein des HUG (code de conduite éthique), 11 octobre 2016.

3.2.4. Plan stratégique

Le plan stratégique des HUG pour la période 2015 à 2020 s'intitule Vision 20/20. Il décrit les objectifs qui sont poursuivis à moyen terme « avec pour ambition d'aller vers une institution toujours plus performante, accueillante et efficiente ».

Ce document est issu d'une réflexion participative puisqu'elle a intégré de nombreux collaborateurs des HUG sous la supervision d'un groupe de pilotage qui l'a synthétisée, pour aboutir à la vision des HUG qui a été formulée en 5 axes stratégiques :

- Exceller pour le patient ;
- Donner du sens à l'engagement des collaborateurs ;
- Mieux travailler ensemble ;
- Affirmer la place des HUG dans le réseau de santé lémanique et suisse ;
- Se préparer pour le futur.

Ces axes ont été à leur tour déclinés en 9 projets stratégiques :

- Patients partenaires ;
- Collaborateurs acteurs ;
- Excellence clinique et qualité ;
- Itinéraires des patients dans le réseau de santé ;
- Nos valeurs au quotidien ;
- Plus de temps pour les patients ;
- Médecine universitaire lémanique, nationale et internationale ;
- Parcours personnalisé du collaborateur ;
- Responsabilité sociale et environnementale.

Ce document a été approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance du mois de mai 2015.

3.2.5. Le tableau de bord institutionnel

Le tableau de bord institutionnel (TBI) est un document qui recense plus de 300 indicateurs liés aux activités des HUG.

Classés par thèmes (ressources humaines, admission, facturation, prise en charge des patients, etc.), les indicateurs sont suivis et comparés avec des cibles périodiques et annuelles (en valeur ou en pourcentage).

Ce tableau peut être trié par thème et remis aux collaborateurs et instances uniquement avec les chiffres qui les concernent.

A titre illustratif, voici un extrait du tableau :

	Indicateur	Mise à jour	Résultat cumulé
P15	Tx de patients privés	2014-05	9.7%
P16	Tx de satisfaction patients	2012-10	96.4%
P17	Tx de recommandation	2012-10	70.9%
P18	Tx d'infection nosocomiale	2013-05	9.6%
P19	Nb d'entrées aux urgences adultes	2014-05	25 562
P20	Nb d'interventions chirurgicales	2014-05	11 173
P22	Tx de réadmission potentiellement é	2013	4.42%
P23	Tx de ré-opérations potentiellement	2013	3.3%
P25	Tx de chute	2013	6.44
P26	Tx d'escarres	2013	8.8%
P30	Nb d'eds hospitaliers actifs (zone drç	2014-05	20 271
P35	Nb de naissances	2014-05	1 682
P130	Nb de réclamations patients	2013	111
P131	Nb d'événements indésirables graves	2013	171

3.3. Le Conseil d'administration des HUG

3.3.1. Conseil d'administration

Attributions du Conseil d'administration des HUG

Le Conseil d'administration assure la haute direction et la haute surveillance des HUG. L'activité et l'organisation du Conseil d'administration sont réglées par la LEPM, par le Règlement relatif à l'organisation du CA des HUG et, dans une moindre mesure, par le Règlement des services médicaux.

Les principes d'organisation et les compétences du Conseil d'administration sont définis aux articles 6 à 9 LEPM. Notamment, les compétences inaliénables du Conseil d'administration sont conformément à l'art. 7 LEPM :

[1] Le conseil d'administration est le pouvoir supérieur des établissements.
[2] Sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'État, le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour la gestion des établissements. Il a notamment les attributions suivantes :

a) il ordonne, par règlement, son mode de fonctionnement et de représentation ainsi que l'exercice de sa surveillance générale sur les établissements;
b) il désigne ses représentants aux comités de gestion prévus à l'article 21A;
c) il veille à l'organisation adéquate des départements médicaux et des services d'appui;
d) il détermine les attributions du comité de direction et des cadres supérieurs;
e) il approuve la politique des soins des établissements;
f) il adopte chaque année :
1° le budget d'exploitation et le budget d'investissement,
2° les états financiers qui seront approuvés par le Grand Conseil conformément à la procédure prévue par l'article 66, lettre b, chiffre 4, de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985,
[3]° le rapport de gestion qui sera approuvé par le Grand Conseil conformément à la procédure prévue par l'article 66, lettre b, chiffre 4, de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985;
g) il désigne l'organe de révision et se prononce sur son rapport annuel;
h) il négocie et adopte les conventions avec les caisses-maladie, ainsi que les autres tarifs;
i) il arrête les programmes de travaux de sa compétence et contrôle l'emploi des sommes prévues pour leur exécution;
j) il décide des opérations d'acquisition et d'aliénation d'actions, parts sociales, participation ou obligations;
k) il établit le statut du personnel après concertation avec les organisations représentatives du personnel;
l) il nomme et révoque les fonctionnaires des établissements;
m) il décide, dans les limites de ses compétences, de tous les appels de fonds destinés au financement des établissements;
n) d'une manière générale, il prend toutes les dispositions pour l'exécution de la mission qui lui est assignée par l'article 2, ordonne toutes études et tous actes que requièrent la bonne administration des établissements et le développement de leur activité.

Le Règlement d'organisation du CA complète ces dispositions en précisant les modalités relatives à la convocation, au quorum, au vote, aux procès-verbaux, à la représentation et aux pouvoirs provisionnels du Conseil d'administration.

Quant au Règlement des services médicaux (RSM), il indique les compétences du CA en matière d'organisation des départements, services et unités des HUG.

3.3.2. Bureau du Conseil d'administration

Le Bureau est institué par l'art. 2 du Règlement relatif à l'organisation du CA des HUG.

L'alinéa 1 précise que le Bureau est composé du Président, du vice-président, du secrétaire et de deux membres, dont un représentant du personnel. L'alinéa 2 fixe les compétences du Bureau, soit la préparation des séances du Conseil d'Administration et les affaires de personnel.

3.4. Les autres instances de gouvernance des HUG

3.4.1. Le Comité de direction

Le Comité de direction, composé d'un directeur général, d'une directrice générale adjointe et de six membres, a pour objectif de conduire les HUG conformément aux décisions du CA et aux dispositions légales. L'activité et l'organisation du Comité de direction sont réglées par la LEPM et par le Règlement relatif à l'organisation du Comité de direction des HUG.

La LEPM mentionne le but du Comité de direction à son art. 8 qui consiste à exécuter les décisions du Conseil d'administration. Ensuite, elle décrit à son art. 20A sa composition, son mode de nomination ainsi que d'autres dispositions :

[1] Les établissements sont dirigés par un comité de direction, de 9 membres au maximum, comprenant les membres de la direction générale, de la direction médicale, de la direction des soins et le doyen de la faculté de médecine.
[2] A l'exception du doyen de la faculté de médecine, les membres du comité de direction sont nommés par le conseil d'administration.
[3] Après consultation du collège des professeurs-chefs de services, le directeur médical est choisi parmi les professeurs ordinaires chefs de services.
[4] Les membres du comité de direction assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Le Règlement complète ces dispositions en précisant diverses modalités telles que celles relatives à la présidence, au secrétariat, à la convocation, au quorum, à l'ordre du jour, à la préparation et à l'envoi des dossiers, aux relations avec la CA (le Comité de direction préavise les dossiers soumis au CA), au vote, aux procès-verbaux du Comité de direction.

Les chefs de département et les comités de gestion départementaux

Chef de département

Les chefs de départements dirigent un département et sont assistés par un comité de gestion départemental. Actuellement, les HUG comptent treize départements médicaux et un département d'exploitation avec à leur tête un chef de département.

L'activité et l'organisation des chefs de départements médicaux et des comités de gestion sont réglées par la LEPM et par le Règlement relatif à la direction et à la gestion des départements médicaux des HUG.

Selon l'art. 21A de la LEPM : « Les départements médicaux sont dirigés par des professeurs ordinaires de la faculté de médecine, nommés par le conseil d'administration. Dans la règle, les chefs des départements médicaux sont les responsables de départements de la faculté de médecine. ».

Comité de gestion

Toujours selon l'art. 21A LEPM : « Les chefs des départements médicaux sont responsables de la bonne marche médicale, administrative et financière des services de leur département. Ils sont assistés par :

a) un membre du conseil d'administration;
b) le responsable des soins;
c) le responsable de l'administration;
d) un membre du personnel élu. »

A noter que l'art. 7 de la LEPM prévoit que le CA désigne ses représentants au comité de gestion. L'article 3 du règlement mentionne les attributions du comité de gestion :

[1]De manière générale, le comité de gestion veille à la bonne application dans le département et ses services :

a) des dispositions légales et réglementaires;
b) des décisions du Conseil d'État et du Conseil d'administration;
c) des décisions du Comité de direction et de la direction générale.

[2]En outre, le comité de gestion soumet à l'approbation du Comité de direction :

a) les priorités du département et de ses services à court, moyen et long terme;
b) les principes généraux relatifs à l'organisation du département et de ses services (planification, organisation, direction, instruments d'évaluation et contrôle des activités médicales, soignantes et administratives);
c) les nouvelles orientations diagnostiques ou thérapeutiques dont les effets financiers ou organisationnels sortent du cadre du département et des services.

[3]Dans le cadre des ressources accordées par le Conseil d'administration et le Comité de direction, le comité de gestion :

a) adopte le projet de budget des recettes et des dépenses du département et de ses services ;
b) s'assure de la bonne exécution du budget des recettes et des dépenses voté ;
c) supervise la conduite des projets particuliers du département et de ses services ;
d) adopte le rapport d'activités et les comptes de l'exercice écoulé.

[4]Enfin, le comité de gestion veille à la bonne information :

a) des collaborateurs du département et de ses services ;
b) des autres départements des Hôpitaux universitaires de Genève et de la Faculté de médecine ;
c) des différentes instances, hiérarchiques et fonctionnelles, des Hôpitaux universitaires de Genève.

3.4.2. Les principales instances consultatives

Le Collège des médecins chefs de service

Entité qui existe depuis de nombreuses années, le Collège des médecins chefs de service n'apparaît pas dans la LEPM, mais sa mission et son fonctionnement sont décrits dans le règlement des services médicaux aux articles 15 à 20.

Le Collège des médecins-chefs de service est composé de l'ensemble des médecins-chefs de service des HUG. Il est présidé par un médecin-chef de service élu par ses pairs. Le président du collège siège au conseil consultatif des chefs de département et au conseil médical d'établissement. Le directeur médical est membre du collège alors que le président du comité de direction et le directeur du domaine de la formation et de la recherche peuvent assister aux séances.

Conformément au règlement des services médicaux, le collège s'exprime par des préavis sur la politique médicale générale des HUG et sur les réglementations hospitalières relatives au corps médical et à ses activités.

Le Conseil médical d'établissement (CME)

Entité créée en 2012, le Conseil médical d'établissement n'apparaît pas dans la LEPM, mais sa mission et son fonctionnement sont décrits dans le règlement des services médicaux aux articles 12 à 14.

Le CME est présidé par le directeur médical et se compose des membres suivants élus pour un mandat de 4 ans (art. 12 RSM) :

- 3 membres élus par le collège des médecins-chefs de service dont le président du collège des médecins-chefs de service ;
- 2 représentants des médecins adjoints nommés par le directeur médical sur proposition de leurs pairs ;
- 1 représentant des chefs de clinique avec titre de spécialité nommé par le directeur médical sur proposition de ces derniers.

Le CME est l'organe consultatif du directeur médical. Conformément à l'art. 14 du RSM, il donne son préavis sur :

- Les pratiques médicales ;
- La politique médicale ;
- La gestion des carrières hospitalières ;
- La nomination des médecins-adjoints agrégés ou non, des responsables d'unité et des médecins-chefs de service sans nomination académique concomitante ;
- Les changements de structures médicales.

Le Conseil consultatif des départements médicaux

Entité créée sous l'ère du précédent directeur général, le Conseil consultatif des départements médicaux (anciennement Conseil consultatif de direction) n'apparaît pas dans la LEPM ni dans le RSM, à l'exception d'une mention indirecte indiquant que le président du collège siège dans le conseil consultatif de direction (art. 15 RSM).

Concernant le fonctionnement de cette instance, la direction générale a précisé à la Cour les éléments suivants :

« L'objectif du Conseil consultatif des départements médicaux est la préparation de certains dossiers ou décisions stratégiques qui ont des implications interdépartementales sur tous les sujets de la vie de l'établissement. Ce conseil fonctionne comme instance consultative du comité de direction.

Il est consulté notamment sur :

- Le plan stratégique des HUG et sa mise en œuvre ;
- Les objectifs et les programmes d'actions ;
- Les politiques sectorielles.

Le conseil consultatif des départements médicaux est présidé par le président du Comité de direction et composé comme suit :

- La directrice générale adjointe ;
- Le directeur médical ;
- Le directeur des soins ;
- Les chefs des départements médicaux ;
- Le président du collège des médecins-chefs de service.

Il se réunit toutes les six semaines. »

Le Conseil consultatif des directions support

Entité créée le 6 septembre 2016 par le Comité de direction, le Conseil consultatif des directions support n'apparaît pas dans la LEPM ni dans le RSM.

Concernant le fonctionnement de cette instance, la direction générale a précisé à la Cour les éléments suivants :

« L'objectif du Conseil consultatif des directions support est d'échanger et d'informer sur les réflexions stratégiques en cours au Comité de direction ainsi que sur les préoccupations des différentes directions au niveau transversal.

Le conseil consultatif des directions support est présidé par le président du Comité de direction et composé comme suit :

- La directrice générale adjointe ;
- Le directeur médical ;
- Le directeur des soins ;
- Le chef du département d'exploitation ;
- Le directeur du service d'audit et de contrôle interne ;
- Le directeur de la centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale VD-GE ;
- L'administrateur de l'administration de la direction et services communs ;
- Le directeur des affaires extérieures ;
- La directrice des opérations ;
- Le directeur des systèmes d'information ;
- Le directeur des projets et processus ;
- La directrice de la communication et marketing ;
- La directrice des finances ;
- La directrice des ressources humaines ;
- La directrice des affaires juridiques.

Il se réunit environ toutes les 8 semaines. »

3.4.3. Les directions et services communs

Les HUG comptent actuellement 9 directions et services communs, de niveau 2 dans l'organigramme officiel, qui ont une activité transversale :

- La direction médicale et qualité ;
- La direction des soins ;
- La direction de l'enseignement et de la recherche ;
- La direction des finances ;
- La direction de la communication ;
- La direction des ressources humaines ;
- La direction des systèmes d'information ;
- La direction des opérations ;
- La centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale.

L'organigramme officiel compte également 3 directions de niveau 3 :

- La direction des affaires juridiques ;
- La direction des affaires extérieures ;
- La direction projets et processus.

A la tête de chaque direction se trouve un directeur ou une directrice qui a été nommé/ée par le Conseil d'administration à l'exception du doyen, responsable de l'enseignement et de la recherche, qui est désigné par le rectorat de l'Université de Genève.

Hormis le directeur général, le directeur médical et le doyen, les membres du Comité de direction sont proposés par le directeur général et nommés par le Conseil d'administration.

3.4.4. Le service d'audit et de contrôle interne

Le Service d'audit et de contrôle interne n'est pas mentionné dans la LEPM. En revanche, une charte de l'audit interne préside au fonctionnement de ce service.

Cette charte définit, entre autres, la mission, le rôle et les responsabilités, fixe les règles de déontologie, précise les modalités de mise en œuvre et de suivi des audits ainsi que la coordination avec les instances de révision et de contrôle et, finalement, garantit l'indépendance des auditeurs internes.

3.5. La politique médicale et la politique des soins

3.5.1. La politique médicale[3]

La Direction médicale et qualité est une direction métier (voir organigramme) qui comprend plus d'une dizaine de collaborateurs et collaboratrices, dont des médecins, des pharmaciens/nes et des infirmiers/ères. Elle est chargée d'élaborer **la politique médicale** des HUG, de la proposer aux instances compétentes et de veiller à son application dans l'ensemble des HUG. A la tête de la direction, le Directeur médical incarne l'autorité médicale et a pour mission de garantir la qualité et la sécurité des prestations médicales offertes par les HUG.

La Direction médicale et qualité assure et coordonne la promotion de la qualité et de la sécurité des soins. Elle participe, en coopération avec la Direction de l'enseignement et de la recherche, à la promotion de la recherche clinique en apportant à la fois un soutien financier et un soutien en matière de formation.

3.5.2. La politique des soins

La direction des soins est une direction métier (voir organigramme) qui a pour mission de garantir la qualité et la sécurité des soins au sein de l'établissement. A ce titre, le directeur des soins a droit de regard sur l'ensemble des activités des soins (infirmiers et différents professionnels de la santé et du social).

De concert avec le directeur médical, le directeur des soins élabore **la politique des soins** et la propose aux instances compétentes. Dans ce contexte, il remplit les missions suivantes :

- Définit des standards qualité, les évalue et s'assure de leur application en partenariat avec la direction médicale ;
- veille à une utilisation optimale des ressources en soins (personnel, matériel, finances) ;
- Sélectionne les cadres soignants en consultant les chefs de départements médicaux ;
- Favorise le développement des soins en réseau interne et avec les services d'aide et de soins à domicile ;
- Initie des projets de recherche favorables au développement et à l'expertise en soins ;
- Promeut la formation professionnelle spécialisée qualifiante (diplômes ou certificats) et la formation continue.

Par ailleurs, figure sur le site internet de la direction des soins des HUG un document[4] qui, d'une part, précise ce que l'on entend par les soins dans les hôpitaux universitaires et, d'autre part, mentionne les engagements de la direction et des collaborateurs de la direction des soins. En outre, plus de 150 procédures sont répertoriées et publiées sur le site internet de la direction des soins[5]. Elles traitent de plusieurs domaines tels que :

- La peau : soins et traitement ;
- Les principes d'hygiène et de confort ;
- La pharmacologie et traitements.

[3] http://www.hug-ge.ch/direction-medicale-qualite
[4] http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/soins-dans-hopitaux-universitaires_2.pdf
[5] http://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins

3.6. La qualité des soins

3.6.1. Définition

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la **qualité des soins** est : *« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

La qualité des soins est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples : qualité des contacts humains, qualité du «parcours» du patient dans un établissement, qualité du raisonnement médical devant un examen diagnostic.[6]

3.6.2. Service qualité des soins aux HUG

C'est le Service Qualité des soins (SQS)[7], rattaché à la direction médicale, qui est en charge de la promotion de la qualité des soins aux HUG. Cette mission implique des prestations de service, de formation et de recherche. En matière d'activités de support aux départements, le SQS fournit les prestations suivantes :

- Analyse les données ressortant d'indicateurs tels que ceux relatifs à la mortalité ou aux réadmissions fournis par des instances externes (par ex. l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, l'Office fédéral de la santé publique) ;
- Travaille sur les itinéraires cliniques visant à une certaine standardisation et aux développements d'indicateurs afin d'améliorer la prise en charge des patients ;
- Conduit des enquêtes de satisfaction des patients propres aux HUG ou à la demande d'instances externes (par ex. ANQ) ou d'autres enquêtes (par. ex la satisfaction des médecins de ville) ;
- Conseille les services sur la conduite de projets d'amélioration de la qualité ;
- Propose les évolutions de l'application de gestion des incidents en fonction des besoins identifiés ;
- Propose et développe de nouveaux indicateurs qualité (par ex : taux de dépistage des patients à risque d'escarres, suivi des réadmissions et des ré-opérations en continu et non sur une base annuelle telle que réalisée au niveau national, etc.).

Evolution de la perception de l'importance de la qualité des soins

Auparavant, la gouvernance des hôpitaux s'effectuait principalement par le biais de la gestion financière. Ce n'est que très récemment que la qualité des soins a pris de l'importance en Suisse et que des formations à cet effet ont été développées.

Alors que la Suisse manque d'indicateurs pour mesurer les effets d'une meilleure qualité des soins, des études menées aux Etats-Unis ont démontré qu'il était

[6] http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition
[7] http://www.hug-ge.ch/qualite-soins

possible pour les institutions de soins d'accroître la qualité des soins et parallèlement de réaliser des économies substantielles,

Aux HUG, le comité de direction a suivi une formation de sensibilisation aux aspects de qualité des soins. Le but est de faire évoluer le tableau de bord institutionnel pour qu'il prenne progressivement en compte des indicateurs de la qualité des soins tant au niveau des services et des départements que de l'institution.

Instruments de la mesure de la qualité des soins

Le concept d'analyse des incidents dans les hôpitaux est basé sur celui qui est utilisé dans l'aviation. Les HUG distinguent deux types d'événements selon leur gravité : les événements indésirables graves (EIG) et les incidents.

Les événements indésirables graves (EIG)[8]

Il s'agit d'événements inattendus concernant un patient, un collaborateur, un tiers ou l'institution en lien avec l'activité des HUG, qui portent un grave préjudice ou compromettent gravement le fonctionnement (décès, invalidité, incapacité durable, prolongation de l'hospitalisation).

En 2015, 172 cas ont été annoncés. Alors que la gestion des incidents est décentralisée (voir ci-dessous), celle relative aux événements indésirables graves (EIG) est centralisée auprès d'une instance, la cellule EIG qui comprend cinq membres: la directrice générale adjointe, le directeur médical, le directeur des soins, la directrice des ressources humaines et la directrice des affaires juridiques. Cette cellule fait procéder aux enquêtes et propose des recommandations afin de prévenir toute récidive. Elle fait rapport au Comité de direction et établit chaque année un rapport.

Le rapport statistique sur les événements indésirables graves est présenté chaque année au Conseil d'administration[9]. Pour l'année 2016, il a été présenté au Conseil d'administration lors de la séance du 19 juin 2017.

Les incidents

Ils correspondent à tous les autres événements inattendus qui ne répondent pas aux critères de gravité pour être qualifiés d'EIG. Sachant qu'il y a environ 7'000 incidents déclarés chaque année, l'organisation est la suivante :

Chaque service dispose d'un « groupe incidents » qui collecte et analyse les rapports qui lui sont remis par les collaborateurs/déclarants par voie électronique. Les informations sont ensuite communiquées au supérieur hiérarchique de chaque département et doivent faire l'objet de rapports périodiques au comité de gestion du département. Enfin, elles sont consolidées au niveau de l'institution.

Depuis 2017, chaque groupe incidents doit procéder à une évaluation des incidents et lui attribuer un niveau de criticité. Selon ce dernier, il est décidé soit

[8] Présentation de la direction générale au Collège des médecins chefs de service, octobre 2016.
[9] Rapport statistique du service juridique concernant le traitement des événements indésirables graves (EIG), des procédures judiciaires, des demandes d'indemnisation, des réclamations et des remerciements à la direction générale en 2015.

de ne rien faire, soit de prendre des mesures ou des actions visant à corriger les causes des incidents.

La supervision des groupes incidents est effectuée par les Quality officers qui sont présents dans chaque département. Depuis leur mise en place dès 2012, ils ont effectué un travail considérable pour renforcer l'activité des groupes tant au niveau de l'analyse, de la conduite des actions d'amélioration que des rapports annuels de synthèse à destination des chefs de service, des comités de gestion départementaux et de la nouvelle commission qualité-sécurité. Un effort important de communication au sein des départements a également été réalisé sous forme de newsletters afin de sensibiliser les collaborateurs quant aux risques et de les informer des actions d'amélioration mises en place.

Il existe encore une hétérogénéité au sein des services dans l'intégration des groupes incidents dans le fonctionnement du service. Dans certains services, les groupes incidents procèdent à des revues régulières avec les chefs de service, alors que dans d'autres cela n'est pas le cas. Il y a donc un travail de formation à faire également auprès des chefs de service sur la façon d'intégrer la gestion des incidents et de faire les liens avec les risques identifiés lors de la réalisation de la cartographie des risques pour le compte de l'État.

Au niveau institutionnel, dans cette optique de renforcement de la démarche qualité, le Comité de direction a revu la directive sur la gestion des événements indésirables graves et des incidents en juin 2016 et a désigné la nouvelle commission qualité-sécurité en novembre 2016, intégrant un représentant des Quality officer. Cette commission, multidisciplinaire et interdépartementale, co-présidée par le directeur médical et le directeur des soins, a pour mission de promouvoir l'amélioration continue de la qualité au sein de l'institution avec analyse des rapports de vigilance, d'EIG, d'incidents et de la cartographie des risques. Un rapport d'activité annuel au Comité de direction est prévu et doit proposer les axes qualité-sécurité prioritaires institutionnels.

3.7. Exemples en matière de gestion d'incidents

3.7.1. Service de la stérilisation centrale des HUG

Depuis 2015[10] et jusqu'à ce jour, le service de stérilisation centrale apparaît régulièrement dans les procès-verbaux du Comité de direction, du Bureau du Conseil d'administration et du Conseil d'administration comme un domaine problématique en matière d'incidents.

Rattaché à la direction des opérations, le service de la stérilisation centrale des HUG comprenait, au début de 2017, 85 collaborateurs (soit 65 ETP). Il traite plus de 110'000 instruments chaque mois.

Les missions du service sont les suivantes[11] :

- Assurer les besoins en matériel stérile pour les HUG et les services extérieurs ;
- Etre un service d'expertise technique et scientifique institutionnel concernant la stérilisation ;
- Former et informer ;
- Participer au niveau national et international, dans le cadre de la Société Suisse de Stérilisation Hospitalière (SSSH), à l'élaboration de bonnes pratiques en stérilisation, définitions, modes de travail, communs à tous les participants.

Les étapes clés du processus de stérilisation sont les suivantes : décontamination, séchage des instruments, triage, lavage, séchage, conditionnement, stérilisation et distribution. Les cycles de stérilisation ont des durées variables en fonction des instruments traités. Le résultat de la stérilisation n'est connu qu'à la fin du cycle lorsqu'un bordereau confirme ou non la bonne réalisation du cycle. Dès lors, le collaborateur doit attendre la fin du cycle pour savoir si la stérilisation est réussie. Dans le cas contraire, il doit recommencer. Les non-conformités dues à l'exécution partielle du processus de décontamination pour le retour des instruments par les services ne sont pas inventoriées.

Ce processus est effectué à flux tendu, car les HUG ne disposent pas d'un stock d'instruments en réserve. L'augmentation de l'activité médicale (par exemple à la clinique dentaire) a un impact direct sur ces besoins, comme d'ailleurs la complexité croissante des interventions chirurgicales : certaines procédures médicales exigent une préparation particulière alors que d'autres sont standards.

Avant 2011, la stérilisation des instruments était réalisée, pour une part, à proximité des blocs opératoires, ce qui permettait aux collaborateurs de communiquer directement avec les utilisateurs et ainsi répondre au mieux à leurs besoins. La réorganisation des blocs opératoires a conduit à la centralisation de la stérilisation. Cette situation a débouché sur une organisation visant l'industrialisation des processus afin d'absorber les volumes supplémentaires. À cet avantage se sont également associés des inconvénients :

- Une perte de polyvalence des collaborateurs, ce qui pose problème lorsqu'il faut procéder à des remplacements temporaires ;
- Les locaux du service de stérilisation ne sont pas adaptés au volume de l'activité, ce qui empêche une industrialisation ;

[10] Année de départ du périmètre de l'audit de la Cour.
[11] http://www.hug-ge.ch/sterilisation

- Le service de stérilisation ne dispose pas des informations liées aux plannings des blocs opératoires lui permettant d'anticiper les travaux en fonction des interventions à venir.

Tous ces éléments conduisent à ce que le service travaille 24 heures sur 24, pour assurer la production des plateaux nécessaires pour les interventions du lendemain.

Les non-conformités (instruments manquants, ou en trop, ou défectueux), qui représentent 1,2% des instruments distribués, ne conduisent que très rarement à des reports d'interventions chirurgicales (un cas en 2016). Les ATS[12] font un contrôle visuel sur les instruments, mais ne peuvent pas, dans tous les cas, s'assurer du fonctionnement détaillé de ces derniers.

Trois natures de problématiques ont été identifiées dans ce service ces dernières années :

- Relationnelles, entre certains collaborateurs/collaboratrices ;
- Hiérarchiques, entre l'ancien chef de service et certains de ses collaborateurs/collaboratrices ;
- Opérationnelles, quant au travail accompli portant tant sur la qualité que sur les délais.

Les problèmes du service de stérilisation centrale durent depuis plus de deux ans. Si de nombreuses mesures ont déjà été prises par la direction générale pour améliorer la situation générale, des problèmes subsistent encore.

3.7.2. Blocs opératoires de neurochirurgie

En février 2016, le Conseil d'administration est informé par l'administrateur délégué dans le département des neurosciences cliniques de la situation des blocs opératoires de neurochirurgie et mentionne les problèmes suivants :

- Manque de plages opératoires ;
- Absence d'imagerie ;
- Manque de salle dédiée ;
- Éloignement d'appareils.

L'administrateur délégué propose au Président que des médecins chefs de service viennent présenter la situation lors d'une prochaine séance du Conseil d'administration. Le directeur général indique que des discussions sont en cours avec le directeur médical pour le déploiement de solutions en 2017 et rappelle que les budgets d'investissement consentis par l'État restent insuffisants.

Lors de la séance du 13 juin 2016, le chef du département et un des chefs de service font un exposé « très critique » de l'état des salles d'opération en neurochirurgie, des infrastructures, des équipements et de l'organisation Ils indiquent également que certains événements indésirables graves (EIG) peuvent être mis en lien avec la situation décrite.

Le 6 septembre 2016, le directeur médical fait un point sur la situation actuelle, sur les aménagements effectués et indique que le déménagement et la réorganisation des blocs de neurochirurgie vont entraîner des améliorations notables.

[12] ATS : Assistant technique en stérilisation

4. ANALYSE – CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dans les chapitres d'analyse, la Cour relève les éléments d'organisation et de fonctionnement des instances examinées durant l'audit. L'accent a été mis sur le Conseil d'administration dont le fonctionnement actuel paraît devoir être revu pour améliorer ses performances et lui permettre de remplir pleinement ses attributions en matière de conduite stratégique et de surveillance de l'institution.

4.1. Organisation et fonctionnement

4.1.1. Contexte

En général[13]

Mission

De manière générale, le Conseil d'administration est chargé d'exercer la haute direction. Cela consiste à fixer les orientations stratégiques de l'établissement. La définition d'une stratégie fixe un cap et mobilise les efforts du Conseil autour d'objectifs communs. Les objectifs définis doivent être précis et mesurables. Le Conseil doit définir les critères et indicateurs qui permettront de mesurer ou apprécier les objectifs, la mesure devant faire l'objet d'un reporting périodique.

Le Conseil doit assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie, en dressant un bilan cette dernière, en vérifiant l'adéquation des objectifs stratégiques et les moyens adoptés et si nécessaire procéder aux ajustements requis.

C'est la direction qui propose une stratégie plutôt qu'une autre ou soumet des options. Il est essentiel que le Conseil s'implique dans la définition de la stratégie et puisse débattre des choix proposés par la direction.

Les administrateurs sont soumis aux devoirs de diligence et de fidélité. Le devoir de diligence s'exerce notamment par l'acceptation ou la poursuite du mandat, l'exécution des attributions, la direction financière de l'établissement.

Le devoir de fidélité consiste à ce que les administrateurs s'abstiennent de tout acte qui pourrait porter préjudice à l'établissement. Cela inclut l'interdiction du conflit d'intérêt et le devoir de récusation.

Composition du Conseil d'administration

Dans la littérature spécialisée, un consensus s'est formé sur l'idée que le conseil travaille de manière plus efficace lorsqu'il conserve une taille limitée tout en réunissant des administrateurs fortement engagés dans leur fonction, indépendants, apportant à l'entreprise une large diversité de compétences et d'expérience ainsi que des profils variés (sexe, âge, nationalité). Pour une composition équilibrée du conseil d'administration de sociétés d'une certaine importance, le conseil devrait compter cinq à huit membres pour pouvoir assurer une bonne répartition des membres au sein des divers comités. Pour les grandes

[13] Source : « Le conseil d'administration », Marie-Noëlle Zen-Ruffinen et Marc Bauen, Schulthess, Genève/Zurich, 2017.
« Code suisse de bonnes pratiques pour le gouvernement d'entreprise » economiesuisse, édition 2014.

sociétés, le nombre optimal d'administrateurs se situe en pratique entre sept et onze.

Le Code suisse de bonnes pratiques recommande quant à lui un nombre d'administrateurs aussi restreint que possible pour favoriser une formation de décision rapide et assez large pour que ses membres puissent intégrer en son sein l'expérience et les connaissances qu'ils ont acquises dans différents domaines et qu'ils puissent se répartir les fonctions de direction et de contrôle.

La conduite du Conseil d'administration

De manière générale, si le Conseil d'administration doit se tenir informé de l'évolution des affaires importantes, il ne peut pas constamment assister et surveiller la direction entre deux séances. Pour le suivi, il doit pouvoir compter sur le travail de son président, voire du Bureau.

Le président doit assurer, dans le cadre de la haute direction qui incombe au Conseil d'administration, une fonction naturelle de direction. Si le Conseil doit agir en commun, il a besoin d'être dirigé. Cette fonction de direction se décline dans la plupart des domaines : l'organisation des séances, l'organisation et la gestion du travail du Conseil, le maintien de la qualité des rapports au sein du Conseil, l'organisation de la communication interne et externe, le rôle de gardien des principes de gouvernance d'entreprise.

Comités ou groupes de travail

Le Conseil d'administration peut constituer en son sein des comités ou groupes de travail et leur confier en particulier la préparation et l'exécution des décisions ou des tâches de surveillance. N'ayant aucune compétence décisionnelle, ils peuvent être constitués ou démantelés à tout moment. Chargés de l'exécution de tâches spécifiques et tenus de rendre compte au Conseil d'administration, régulièrement ou au cas par cas, ces comités constituent aujourd'hui une partie essentielle du processus de direction et de contrôle dans les grandes entreprises. Pour une bonne coordination des agendas et programmes de travail entre les comités et le Conseil et pour faciliter la transmission d'information, il est judicieux que le secrétaire du Conseil soit également secrétaire des différents comités ou groupes.

Attributions/compétences propres au Conseil d'administration des HUG

Outre les compétences inaliénables propres à tout établissement public ou privé (fixation de l'organisation, approbation du budget, des comptes et du rapport de gestion, désignation de l'organe de révision), le Conseil d'administration dispose de compétences propres à l'activité des HUG :

- Il désigne ses représentants aux comités de gestion ;
- Il approuve la politique des soins des établissements ;
- Il négocie et adopte les conventions avec les caisses-maladie, ainsi que les autres tarifs ;
- Il établit le statut du personnel après concertation avec les organisations représentatives du personnel ;
- Il nomme et révoque les fonctionnaires des établissements ;
- Il décide, dans les limites de ses compétences, de tous les appels de fonds destinés au financement des établissements ;

- D'une manière générale, il prend toutes les dispositions pour l'exécution de la mission qui lui est assignée par l'article 2 LEPM [14], ordonne toutes études et tous actes que requièrent la bonne administration des établissements et le développement de leur activité.

Organisation et fonctionnement du Conseil d'administration des HUG

Tant pour les HUG que pour les autres établissements publics autonomes (SIG, TPG, IMAD, etc.), ce sont leurs lois spécifiques qui prescrivent le nombre et le mode de sélection des membres du Conseil d'administration.

Pour les HUG, le Conseil d'administration est composé de 20 membres qui sont choisis conformément à l'art. 20 LEPM :

- Le Conseiller d'Etat en charge du département de tutelle ;
- Le Président et 5 membres sont désignés par le Conseil d'État ;
- Le Conseil d'État nomme encore 2 membres, sur proposition du département de la santé du canton de Vaud (1 membre) et des Conseils généraux des départements français limitrophes (1 membre) ;
- 7 membres sont désignés par le Grand Conseil ;
- 3 représentants sont élus par le personnel ;
- 1 représentant est le président de l'association des médecins du canton de Genève.

Dès lors, il ressort que les bases légales relatives à la composition des conseils d'administration des EPA, en particulier celui des HUG, ne sont pas en adéquation avec les bonnes pratiques actuelles. La Cour rappelle toutefois, que les autorités cantonales ont tenté d'apporter des modifications légales en matière d'organisation des institutions de droit public, notamment quant à la composition des conseils d'administration (p.ex. PL 10679 du 15 juin 2010 prévoyant une composition de 5 à 11 membres). Cependant, ces modifications de la loi ont été soumises au référendum populaire et ont été rejetées par le peuple genevois en 2012.

Aux HUG, le Conseil d'administration est nommé pour une durée de 5 ans. Son mandat commence le 1er mars de l'année qui suit celle du renouvellement du Grand Conseil et du Conseil d'État.

Le Conseil d'administration se réunit en général une fois par mois, en moyenne 10 fois par année. Les séances durent entre 3 heures et 4 heures. Lorsque des sujets à l'ordre du jour concernent directement des projets médicaux, les médecins (chefs de départements, chefs de service) peuvent être invités à les présenter.

En 2014, 2016 et 2017, une séance extraordinaire « au vert » du Conseil d'administration a été organisée pour réfléchir à l'organisation et au fonctionnement de celui-ci. En 2014, avec l'appui d'un consultant externe qui a

[14] Art. 2 [1]
Les établissements fournissent à chacun les soins que son état requiert.
[2] Leurs activités sont : a) diagnostic et traitement des malades;
b) formation et recherche;
c) prévention;
d) aide aux malades sur le plan social;
e) soins palliatifs dispensés aux patients selon une approche globale, intégrant notamment les aspects sociaux et psychologiques dans les soins.

rendu un rapport, la séance a permis d'établir des propositions de modifications du fonctionnement et de l'organisation du Conseil d'administration. En 2016, le même exercice a été effectué et a permis d'identifier d'autres pistes d'améliorations.

Organisation et fonctionnement du Bureau

Composé de 5 membres, le Bureau se réunit tous les 15 jours dont une fois par mois juste avant la séance du Conseil d'administration. Les séances durent environ 2 heures et permettent, entre autres activités, de fixer l'ordre du jour de la prochaine séance du Conseil d'administration.

Le directeur général et la directrice générale adjointe sont également présents. De plus, des membres du Comité de direction peuvent être sollicités, tels que le directeur médical pour présenter les points à caractère médical ou la directrice des finances pour les sujets à caractère économique. Enfin, lorsque des sujets à l'ordre du jour concernent directement des projets de médecins des HUG (chefs de départements, chefs de service), ils peuvent être invités à les présenter.

Le Bureau fonctionne également comme comité d'audit. C'est le précédent directeur général qui avait proposé au Conseil d'administration que le bureau du conseil d'administration prenne cette responsabilité. Ses compétences sont d'approuver le plan annuel d'audit et la matrice des risques, de valider les rapports et le suivi des recommandations lorsque ce dernier fait l'objet d'une note ad hoc. Le directeur général et la directrice générale adjointe sont présents aux séances du comité d'audit.

Organisation et fonctionnement de la Présidence

Le Président du Conseil d'administration rencontre le directeur général de manière hebdomadaire. La séance dure environ 1 heure et trente minutes et permet de passer en revue l'ensemble des problématiques des HUG.

Le Président de sa propre initiative reçoit également seul à seul des collaborateurs de services des HUG, notamment des médecins chefs de service ou de département. De même, des réunions régulières ont lieu avec l'auditeur interne.

4.1.2. Constats

Constat 1

En pratique, les compétences du Bureau sont plus étendues que celles prévues par les dispositions réglementaires (à savoir la préparation des séances du Conseil et les affaires de personnel). Par exemple, il exerce la fonction de comité d'audit sans que cela ne soit expressément prévu par un document de gouvernance ou voté formellement par le CA.

Constat 2

Au début de l'audit, plusieurs recommandations portant sur le fonctionnement et l'organisation du Conseil, faites par un consultant externe en 2014 et acceptées par le Président, n'avaient pas été mises en place. Il s'agit notamment des recommandations suivantes :

- Mise en place d'une séance plénière concernant le budget ;
- Envisager l'accès à moyen terme aux audits ;
- Clarifier les rôles (CA, Bureau, présidence /vice-présidence, représentant du CA au comité de gestion) ;
- Envisager la délégation de certaines compétences telles que les licenciements, nominations et conventions tarifaires (voir le chapitre 6).

Il en résulte qu'au début de l'audit, l'organisation formelle était dans la situation qui prévalait en 2014. De plus, les engagements pris à l'issue de cette séance de 2014 n'avaient pas tous fait l'objet d'un suivi régulier, que ce soit par le président ou par les membres du Conseil d'administration.

En cours d'audit, deux séances « au vert » du Conseil d'administration ont été tenues (novembre 2016 et avril 2017), illustrant ainsi une dynamique de reprise de ces recommandations.

Finalement, la Cour relève qu'il n'existe pas aux HUG de comités thématiques issus du Conseil d'administration (par ex. comité finances, infrastructures, stratégie médicale, etc.), ce qui implique que chaque membre du Conseil doit être en mesure d'approfondir tous les sujets à l'ordre du jour, ce qui est chronophage. De plus, cette situation ne tient pas compte des compétences personnelles des uns et des autres pour répartir de manière efficace la charge de travail des membres du Conseil.

Constat 3

La présence d'un membre du Conseil d'administration au sein du comité de gestion, prévue par la LEPM, est perçue positivement par les membres du Conseil d'administration et les chefs de département. Cependant, le rôle de l'administrateur délégué dans un comité de gestion départemental génère des interrogations fortes auprès de plusieurs administrateurs quant à leur rôle dans cette instance.

Ainsi, plusieurs d'entre eux rencontrent des difficultés à se positionner face aux attentes de cette fonction. Par exemple :

- Quelles informations sont à communiquer au Conseil d'administration ?
- Quelles informations peuvent être transmises aux membres du Comité de gestion ?
- Quelle est la place, voire l'implication de l'administrateur par rapport aux sujets traités en séance qui sont de caractère essentiellement opérationnel ?

Il en résulte que la fonction n'est pas suffisamment définie dans les documents de gouvernance actuels, ce qui contribue à des comportements très différents d'un administrateur à l'autre dans les séances de comité (soit une implication très forte dans les décisions, soit une absence de participation aux discussions, etc.).

Ces différences de comportement ont conduit certains chefs de département à ne plus avoir d'attentes vis-à-vis de cette délégation et à traiter la plupart des sujets clés lors des séances du bureau du comité de gestion (soit hors de la présence du membre du Conseil d'administration).

Constat 4

L'article 6 al. 6 de la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) mentionne que : « L'administrateur qui n'assiste pas à la moitié des séances du Conseil d'administration au cours d'un exercice est réputé démissionnaire de plein droit, sauf motif valable accepté par le Conseil d'État. »

Or, la Cour constate que deux membres du Conseil d'administration ne participent pas de manière régulière (moins de la moitié en 2015 et 2016) aux séances sans qu'une dérogation n'ait été octroyée par le Conseil d'État. Tel n'est plus le cas en 2017 pour l'un d'entre eux.

Constat 5

Tous les membres du Comité de direction (soit 8 personnes) participent aux séances du Conseil d'administration.

Bien que cette présence soit prévue par les dispositions légales (art. 20A LEPM), il en résulte que les membres du Conseil d'administration ne sont jamais entre eux durant une séance formelle.

4.1.3. Risques

Le **risque opérationnel** tient à plusieurs facteurs :

- Aux tâches du Bureau du Conseil d'administration qui vont au-delà des dispositions réglementaires, et qui empiètent sur les attributions du Conseil d'administration ;
- Les conditions de la délégation des membres du Conseil d'administration dans les comités de gestion départementaux ne permettent pas pleinement de renforcer leurs connaissances-métier.

Le **risque de conformité** est avéré face au non-respect de la disposition légale en matière de participation aux séances de deux membres du Conseil d'administration.

Au vu notamment de sa composition politisée et des constats ci-avant, le **risque d'image** tient à ce que le Conseil d'administration soit perçu, dans et hors de l'institution, comme une instance pouvant manquer d'indépendance et ne remplissant pas pleinement sa fonction.

4.1.4. Recommandations

Recommandation 1 (cf constat 1)

La Cour recommande au président de revoir les attributions du Bureau et de soumettre le projet de règlement en découlant à l'approbation du Conseil d'administration.

Recommandation 2 (cf constat 2)

La Cour recommande au président d'augmenter le nombre de séances annuelles du Conseil d'administration, de manière à ce que ce dernier puisse approfondir certains sujets stratégiques.

Deux modalités à mener distinctement ou conjointement pourraient être mises en œuvre :

- Soit, dédier une séance uniquement à un sujet important (par ex. les comptes, le budget (ces deux sujets pouvant être traités globalement et pour chaque département), la stratégie, etc.). Cela conduira à augmenter le nombre de séances de 1 à 2 par année, soit environ 3 à 6 heures supplémentaires (sans compter les heures de préparation).
- Soit, créer des comités ou des commissions thématiques, à l'image de ce qui se fait dans les autres EPA ou dans les grandes structures, par ex. comité ou commission stratégique, d'audit, d'investissement, etc.). En pratique, ces comités ou ces commissions ne se réuniraient qu'en cas de besoin, soit quelques fois dans l'année afin de ne pas surcharger le nombre de séances des membres. Par contre, cela permettrait de réduire le travail des membres et de tenir compte des compétences des uns et des autres qui pourraient être mises au service de l'institution. A cet effet, une modification du règlement d'organisation du Conseil d'administration devra être établie pour prévoir les comités ou commissions thématiques et leurs modalités de fonctionnement, et adapter les prérogatives du Bureau en conséquence.
  L'avantage de cette solution serait une efficacité accrue du travail du Conseil d'administration et permettrait de favoriser la concertation entre les membres sur certains sujets stratégiques.

Dans tous les cas, les propositions devront être soumises au vote du Conseil d'administration et, cas échéant, pourront déboucher sur des modifications des documents internes de gouvernance.

Par ailleurs, les deux solutions proposées n'augmenteraient pas significativement les frais générés par le Conseil d'administration. En effet, une séance plénière supplémentaire correspond à environ 10'000 F sans les frais annexes (20 personnes à 500 F par séance), montant qui serait comparable à la tenue de 2 réunions de commissions ou comités). La tenue de 2 séances plénières supplémentaires représenterait à peine 10% de la rémunération brute du Conseil d'administration qui s'est élevée à 352'333 F en 2016 et à 382'417 F en 2015[15].

La Cour note avec satisfaction que dans sa séance extraordinaire du 28 avril 2017, le Conseil d'administration a décidé d'organiser deux séances annuelles extraordinaires supplémentaires, ce qui s'inscrit en cohérence avec la présente recommandation.

Recommandation 3 (cf constat 3)

La Cour recommande au président du Conseil d'administration de préciser dans un document (par ex. le règlement relatif à la direction et à la gestion des départements médicaux des HUG ou un vade-mecum du membre du Conseil au sein du Comité de gestion) les attentes et les limites de cette charge. Avec cette recommandation, il s'agit d'assurer une harmonisation de cette fonction par rapport à la diversité des personnes qui seront appelées à l'assumer. A cet effet,

[15] Etats financiers 2016, HUG, page 154

le Conseil consultatif des chefs de département pourrait être sollicité pour émettre des recommandations en la matière.

La Cour note avec satisfaction que dans sa séance extraordinaire du 28 avril 2017, le Conseil d'administration a décidé d'une part de traiter le rôle de l'administrateur membre du comité de gestion, et, d'autre part, d'établir un document de synthèse sur le fonctionnement des HUG remis à l'administrateur entrant. Ces deux décisions s'inscrivent en cohérence avec la présente recommandation.

Recommandation 4 (cf constat 4)

Conformément à l'article 6 al. 6 de la LEPM, la Cour recommande au président du Conseil d'administration d'informer le Conseil d'État de l'absence régulière d'un administrateur et de lui demander formellement la dérogation.

Recommandation 5 (cf constat 5)

Afin de permettre au Conseil d'administration de siéger en tant que tel, la Cour recommande au président du Conseil d'administration de prévoir que certaines séances, en fonction des objets à traiter, puissent être tenues sans la présence de tout ou partie des membres du Comité de direction.

Cette modification de la présence des membres du Comité de direction lors des séances du Conseil d'administration devra faire l'objet d'une modification de la LEPM (voir chapitre 6).

4.1.5. Observations de l'audité

Recommandations 1-5

Les Hôpitaux Universitaires de Genève sont en accord avec les recommandations de la Cour. Nous notons avec satisfaction que la Cour relève dans son audit que plusieurs de ses propositions sont déjà en cours de mise en œuvre. Relevons toutefois que si le Conseil d'administration envisage des séances de travail « au vert » sans toute ou une partie des membres de la direction, seule une modification de la LEPM ainsi que le règlement du Conseil d'administration permettra que ces séances aient une dimension décisionnelle.

4.2. Information

4.2.1. Contexte[16]

L'accès à une information appropriée est une condition essentielle au bon accomplissement des tâches des administrateurs. Une information ponctuelle ne suffit pas. L'accès à l'information doit, de manière générale, l'emporter sur la sauvegarde du secret des affaires.

L'efficacité du mandat passe par un travail continu d'information entre les séances également. Le Conseil d'administration doit définir les domaines nécessitant un suivi continu et exercer ce suivi.

Par ailleurs, il est utile pour l'administrateur de diversifier ses sources d'information et de mettre en perspective les éléments d'information fournis par la direction. A l'initiative du président, ou avec l'accord préalable de celui-ci, un accès sécurisé à l'intranet de l'établissement ou des rencontres avec les responsables opérationnels peuvent être organisés. Il en est de même pour obtenir des informations sur des affaires déterminées.

Il est important d'agir en toute transparence vis-à-vis des dirigeants. Il appartient à l'administrateur de déterminer si l'information dont il dispose est (ou non) suffisante pour accomplir sa mission et, au besoin, de solliciter et rechercher toute l'information nécessaire. Un défaut d'information persistant est un signal d'alerte et peut être un des motifs pouvant conduire un administrateur à démissionner.

Le droit à l'information doit être limité comme suit :

- Le droit à l'information doit être limité à l'information pertinente ;
- Le droit à l'information doit être exercé en temps opportun et le volume d'information requis doit rester dans les limites de l'acceptable (principe de proportionnalité) ;
- Le droit à l'information est exclu lorsqu'il existe un conflit d'intérêt entre l'établissement et l'administrateur ;
- Le droit à l'information est exclu lorsque l'administrateur l'utilise à l'encontre des intérêts de l'établissement ou en fait une utilisation abusive ;
- Le droit à l'information devrait céder le pas lorsque le noyau essentiel du secret des affaires est en jeu.

La mise à disposition et la circulation de l'information incombent en première ligne au président du Conseil d'administration qui est le garant de l'information.

Un soin particulier doit être accordé à l'information des nouveaux administrateurs qui doivent faire face à une masse souvent considérable d'informations à assimiler. Il est recommandé d'établir un recueil qui réunit les documents indispensables au nouvel administrateur. Il peut également être prévu des entretiens avec des membres du Conseil ou de la direction.

[16] Source : « Le conseil d'administration », Marie-Noëlle Zen-Ruffinen et Marc Bauen, Schulthess, Genève/Zurich, 2017.
« Code suisse de bonnes pratiques pour le gouvernement d'entreprise » economiesuisse 2016.

Le flux d'information devrait dépendre du caractère périodique ou ponctuel de l'information :

- Informations périodiques à fournir à intervalles courts : elles portent sur la situation financière, la marche des affaires, le contexte du marché ;
- Informations périodiques à fournir à plus longs intervalles : elles concernent, par exemple, le personnel, la planification à long terme ou encore les rapports des comités ;
- Informations ponctuelles : elles portent sur des événements exceptionnels ou importants ou sur des mesures urgentes à prendre et devraient être spontanément communiquées aux membres du Conseil d'administration.

Chaque administrateur peut demander au président la production des livres et des dossiers, mais uniquement dans la mesure où cela s'avère nécessaire à l'accomplissement de ses tâches. Il est donc exigé de l'administrateur qu'il rende vraisemblable que la consultation est nécessaire à l'accomplissement de ses tâches.

4.2.2. Constats

Constat 6

Des documents importants pour la conduite et la surveillance des activités de la direction générale des HUG ne sont pas transmis aux administrateurs qui ne sont pas membres du Bureau. Il s'agit notamment :

- Des procès-verbaux du Bureau ;
- Des rapports des audits internes et externes terminés.

La Cour relève toutefois que des problèmes de confidentialité de l'information donnée ont été constatés à de nombreuses reprises au sein du Conseil conduisant à des rappels réitérés du président du Conseil et au dépôt d'une plainte pénale. Cet historique a conduit le Conseil, lors de sa séance au vert en 2014, à convenir en l'état de la non-distribution des rapports d'audit à l'ensemble des membres du Conseil, mais aux seuls membres du Bureau du conseil d'administration et du comité de gestion du département concerné.

Le fait de ne pas transmettre ces documents au Conseil d'administration, ou de ne pas en permettre la consultation, n'est pas conforme au droit à l'information des administrateurs.

Constat 7

Le Conseil d'administration ne dispose pas d'une liste, par exemple sous forme de fiche synthétique, des sujets stratégiques (médecine hautement spécialisée, collaborations avec les cliniques privées, transfert d'actifs, etc.) et d'enjeux-clés en matière de gestion (rapport statistique consolidé des incidents, note régulière sur la situation du service de stérilisation centrale, etc.) au sujet desquels il est tenu d'exercer la haute direction et la surveillance qui ressortent de ses attributions selon la LEPM.

En raison de leur volumétrie et leur complexité, ces sujets sont amenés en séance par le Comité de direction de manière ponctuelle, à mesure de la survenance de nouveaux éléments ou de décisions à prendre. Toutefois, il est alors difficile pour l'administrateur de suivre de tels sujets en conservant une vision globale et pertinente de la problématique, sans une préparation individuelle nécessitant un travail disproportionné.

4.2.3. Risques

Le **risque opérationnel** tient aux modalités différentes dans la transmission des informations au Conseil d'administration et au Bureau du Conseil d'administration qui créent des niveaux d'information distincts, voire à deux vitesses. Il en résulte un **risque d'image** qui tient à ce que le Conseil d'administration, au vu de sa composition politisée, soit perçu, dans et hors de l'institution, comme une instance ne pouvant exercer parfois ses compétences en toute connaissance de l'information.

Les **risques de contrôle** et **de conformité** tiennent au fait qu'au vu de l'absence de confidentialité de certains administrateurs, des documents et des informations importants ne sont pas transmis au Conseil d'administration, l'empêchant d'exercer pleinement sa surveillance sur l'activité de la direction des HUG.

4.2.4. Recommandations

Recommandation 6 (cf constat 6)

La Cour recommande au président de mettre à disposition des membres du Conseil les documents nécessaires à sa mission. Il s'agit notamment des procès-verbaux du bureau et des tableaux de bord institutionnels qui pourraient être présentés périodiquement (tous les trimestres), ce qui éviterait de surcharger l'ordre du jour des séances.

En outre, la Cour recommande au président d'informer les membres du Conseil de l'activité d'audit interne et externe aux HUG, notamment au moment de l'émission des rapports. Cette démarche pourrait se faire par les actions suivantes :

- Tenir une liste des audits en cours ;
- Faire une synthèse des rapports qui sont en relation avec les attributions du CA ;
- Mettre en consultation des membres les rapports. S'agissant de documents confidentiels, une modalité de mise en œuvre de cette recommandation pourrait consister à les mettre à disposition dans les locaux des HUG et sans possibilité d'en faire des copies. Cela permettrait notamment de maintenir la confidentialité des informations et de réduire les risques de fuite en permettant, cas échéant, une identification de la source.

La Cour note avec satisfaction que dans sa séance extraordinaire du 28 avril 2017, le Conseil d'administration a décidé que le procès-verbal adopté du Bureau du Conseil sera communiqué à chaque membre du Conseil d'administration, ce qui s'inscrit en cohérence avec la présente recommandation.

Recommandation 7 (cf constat 7)

La Cour recommande au président d'établir, par exemple sous forme de fiche synthétique, une liste des sujets stratégiques que le Conseil d'administration souhaite suivre et les intégrer dans l'ordre du jour des séances. Cela permettra aux membres de suivre leur évolution avec les différents ajouts qui auront été faits tout au long des séances.

Les sujets porteurs de risques et qui pourraient entacher l'image des HUG, voire engager la responsabilité du Conseil d'administration devraient également être considérés comme stratégiques et être communiqués in fine au Conseil

d'administration (p.ex. les événements importants qui touchent à la qualité des prestations médicales ou de soins).

La Cour note avec satisfaction que dans sa séance extraordinaire du 28 avril 2017, le Conseil d'administration a décidé d'instaurer un point régulier à l'ordre du jour sur les dossiers récurrents, tels que ceux des urgences, de la stérilisation ou de la neurochirurgie. Cette décision s'inscrit en cohérence avec la présente recommandation.

4.2.5. Observations de l'audité

Les Hôpitaux Universitaires de Genève sont en accord avec les recommandations de la Cour. Nous notons avec satisfaction que la Cour relève dans son audit que plusieurs de ses propositions sont déjà en cours de mise en œuvre.

5. ANALYSE – AUTRES INSTANCES DE GOUVERNANCE

5.1. Comité de direction

5.1.1. Contexte

Le Comité de direction se réunit en principe chaque semaine deux heures.

Un procès-verbal est dressé à chaque séance. Ce document est distribué de manière large à l'ensemble des membres du Conseil d'administration, aux membres des comités de gestion des départements, aux membres du Collège des chefs de service et aux directions support.

Chaque trimestre, le Comité de direction organise une séance de reporting avec chaque bureau du comité de gestion des départements sur l'évolution des indicateurs clés.

De plus, le président du Comité de direction et le directeur médical reçoivent toutes les six semaines les chefs de département de manière individuelle pour un entretien tripartite d'une heure environ.

Le président du Comité de direction et la directrice générale adjointe reçoivent toutes les 6 semaines et de manière bilatérale les directions support dont ils ont respectivement la responsabilité.

Les membres du Comité de direction assistent aux séances du Conseil d'administration (art. 20A al. 4 LEPM). En pratique, ils présentent la plupart des points de l'ordre du jour.

En général, les membres du Conseil d'administration apprécient la qualité et la maîtrise des dossiers qui leur sont présentés par le Comité de direction et par son président.

5.1.2. Constats

Constat 8

Les dossiers présentés au Conseil d'administration sont sous la forme d'un projet de décision, sans mention des alternatives possibles.

Cette situation ne permet pas aisément au Conseil d'administration de prendre connaissance des enjeux liés à la décision et de pleinement jouer son rôle stratégique.

Constat 9

Sur la base des entretiens que la Cour a effectués, il ressort que tous les incidents ne sont pas déclarés. Une des raisons avancées est que si un incident de même nature a déjà été déclaré mais qu'il n'a pas fait l'objet d'une mesure corrective, le collaborateur ne voit pas l'intérêt de prendre à nouveau du temps pour faire la même déclaration. Ces omissions ne répondent pas aux directives internes des HUG et, surtout, ne permettent pas de déterminer avec précision, dans tous les cas, l'ampleur des situations problématiques que rencontrent les HUG ni les risques encourus. Par ailleurs, cette pratique péjore la fiabilité de l'information et l'appréciation de la résolution des problèmes.

Cette situation est notamment constatée auprès des collaborateurs et collaboratrices qui sont employés ou sont en lien avec le service de stérilisation centrale où les incidents sont nombreux et se produisent depuis plusieurs mois.
À cet égard, la Cour relève que le Comité de direction a revu et renforcé la directive institutionnelle sur la gestion des événements indésirables graves et des incidents en juin 2016.

S'agissant des incidents, il a été instauré en novembre 2016 une nouvelle Commission qualité-sécurité chargée de promouvoir l'amélioration continue de la qualité, d'analyser les vigilances, EIG et incidents et de dresser un rapport annuel d'activité notamment au Comité de direction et aux comités de gestion des départements.

Par ailleurs, la directive prévoit explicitement les mécanismes de :

- Traitement des déclarations ;
- Prise de mesures correctrices ;
- Retour d'information aux déclarants.

Ainsi, tant pour les blocs opératoires que pour la stérilisation, des actions importantes pour favoriser les déclarations, renforcer le travail des groupes incidents et analyser les événements ont été initiées depuis le deuxième semestre 2016.

5.1.3. Risques

Le **risque opérationnel** tient au fait que le Conseil d'administration prenne une décision erronée parce qu'il ne dispose pas de tous les éléments pour débattre, puis décider en toute connaissance de cause.

5.1.4. Recommandations

Recommandation 8 (cf constat 8)

Afin de permettre au Conseil d'administration de se positionner en toute connaissance de cause, la Cour recommande au directeur général de présenter, outre la solution proposée par le Comité de direction, les solutions qui n'ont pas été retenues en expliquant brièvement les raisons.

Il va de soi que cette modalité ne devrait être retenue que pour les sujets stratégiques et non pas pour tous les sujets présentés au Conseil d'administration.

Recommandation 9 (cf constat 9)

En complément des mesures déjà prises et au sujet du Service de stérilisation, la Cour recommande au Comité de direction d'effectuer une campagne d'information à l'attention du personnel des blocs opératoires visant à rappeler l'importance de l'établissement systématique des rapports d'incidents respectivement de fiches de non-conformité.

5.1.5. Observations de l'audité

Les Hôpitaux Universitaires de Genève sont en accord avec les recommandations de la Cour.

5.2. Collège des médecins chefs de service

5.2.1. Contexte

Le Collège des médecins chefs de service des HUG est composé de près de 70 membres. Il est conduit par un président nommé par ses pairs pour un mandat de 4 ans. Il est accompagné d'un bureau exécutif de 4 membres.

Ses compétences sont définies par le Règlement des services médicaux, à savoir que le collège s'exprime par des préavis sur la politique médicale générale des HUG et sur les réglementations hospitalières relatives au corps médical et à ses activités.

Il se réunit environ une fois par mois pour des séances qui durent entre 1.5 et 2 heures dans les locaux des HUG. La participation des 70 chefs de service oscille entre 25 (le minimum) et 46 membres (le maximum) pour les séances tenues en 2016.

Le directeur général, le directeur médical, le directeur de l'enseignement et de la recherche assistent également aux séances.

Afin d'améliorer le fonctionnement du collège et de mieux répondre aux attentes des membres, le Président a engagé une réorganisation du bureau exécutif. Ainsi, 4 dicastères ont été créés avec à leur tête un membre du bureau exécutif :

- Problèmes administratifs rencontrés par les chefs de services ;
- Relations avec l'extérieur ;
- Formation post grade, AMAHUG ;
- Médecine hautement spécialisée.

Considérant que le Collège n'a que très peu été sollicité ces dernières années, son président et le directeur médical ont engagé une réflexion de fond au cours de l'année 2016. Il en résulte que depuis début 2017, des rencontres sont organisées tous les 15 jours, entre le président du Collège et le directeur médical et tous les 15 jours, entre le bureau exécutif et le directeur médical. Il s'agit notamment d'améliorer la communication entre le Collège et la direction médicale afin de mieux prendre en compte les attentes des chefs de service dans la gouvernance des HUG. Il s'agit également de répartir les missions confiées par le directeur médical au Collège et au Conseil médical d'établissement. Rappelons que le président du Collège et deux autres chefs de service sont membres de ce dernier.

5.2.2. Constats

Constat 10

Les HUG disposent, pour la définition de la politique médicale, de deux instances consultatives principales : le Conseil médical d'établissement et le Collège des médecins chefs de service dont les compétences sont pour certaines proches l'une de l'autre. Par exemple, le CME et le Collège doivent fournir des préavis sur la politique médicale sans toutefois indiquer sur quels sujets l'un et l'autre doivent se prononcer.

Dès lors, cette proximité des missions nécessite que l'organisation et le fonctionnement du Collège soient clairement définis, ce qui n'est pas le cas actuellement. En effet, composé de près de 70 membres, le Collège se réunit uniquement en plénière une fois par mois pour des séances d'environ 2 heures.

Il n'est pas organisé en groupes de travail ou comités dont l'objectif serait de préparer les décisions ou les préavis suivant les domaines concernés et en fonction des compétences à disposition parmi les chefs de service.

Une des conséquences de cette situation est que le taux de fréquentation des séances est, en moyenne, à peine supérieur à 50%. Pour mémoire, les décisions du collège sont soumises au quorum de la majorité de ses membres (art. 19 RSM).

Constat 11

La Cour relève que, selon le RSM, le Conseil médical d'établissement est formellement subordonné au directeur médical. Par contre, les documents traitant du Collège ne mentionnent pas à qui ou à quelle instance il doit rendre ses préavis et soumettre ses propositions.

5.2.3. Risques

Le **risque opérationnel** tient à ce que l'organisation du Collège ne soit pas adéquate, ce qui peut conduire d'autres instances à ne pas le consulter.

De plus, le risque opérationnel tient également au fait que le Collège n'a pas de répondant clairement identifié dans la gouvernance pour délivrer ses préavis, ce qui fait qu'il est relativement peu sollicité par les instances dirigeantes.

Le **risque de contrôle** tient à ce que des décisions prises par le comité de direction ou la direction médicale n'aient pas été préavisées par le Collège et qu'elles ne soient pas mises en application avec toute la diligence voulue par les chefs de service.

5.2.4. Recommandations

Recommandation 10 (cf constat 10)

La Cour recommande au Comité de direction de s'assurer de la poursuite de la réorganisation du Collège, de sorte que cet organe puisse être régulièrement sollicité. Dans la continuité de cette réorganisation, la Cour recommande que chaque responsable de dicastère définisse des projets, propose des actions et fasse un rapport périodique en séance plénière du Collège.

Par ailleurs, il s'agira pour le président et son bureau de profiter des réunions avec le directeur médical pour faire du collège un interlocuteur actif et indispensable tout en intégrant les chefs de service qui souhaiteront participer aux projets confiés au collège. Afin d'être efficace, le bureau pourrait créer des groupes de travail en fonction des thèmes pour lesquels le Collège a été sollicité.

Recommandation 11 (cf constat 10)

La Cour recommande au Comité de direction de préciser les attentes envers le Collège par rapport à celles du CME, notamment en matière de préavis. Les préavis pourraient être transmis selon différents schémas de flux :

- Soit le Collège soumet son préavis au CME, qui en tient compte pour son préavis au comité de direction ;
- Soit le Collège soumet son préavis directement à la direction médicale. Ce schéma pourrait conduire à ce que le directeur médical doive arbitrer

entre deux préavis différents, ce qui poserait plus de problèmes que cela amènerait de solutions ;
- Soit la direction médicale répartit les demandes de préavis entre les deux instances selon des critères définis de manière à éviter deux sollicitations sur chaque sujet.

Il va de soi que le président et le bureau du Collège ainsi que le directeur médical devront être associés à cette recommandation de manière à ce que les membres du collège y adhérent pleinement et complètement.

Recommandation 12 (cf constat 11)

En fonction du schéma de communication des informations qui sera adopté, le Comité de direction devra préciser dans le Règlement des services médicaux à quel responsable le collège transmet ses préavis.

5.2.5. Observations de l'audité

Les Hôpitaux Universitaires de Genève sont en accord avec les recommandations de la Cour.

5.3. Conseil consultatif des départements médicaux

5.3.1. Contexte

Entité remaniée récemment, qui a fait l'objet de débats et d'une décision du Comité de direction, le Conseil consultatif des départements médicaux (anciennement Conseil consultatif de direction) est perçu positivement par la plupart des chefs de département.

Il se réunit toutes les 6 semaines environ en séance plénière. Depuis le début de l'année 2017, des chefs de département se réunissent une semaine avant pour préparer la séance et établir l'ordre du jour. Ils disposent également des procès-verbaux des séances du comité de direction.

La séance plénière est conduite par le directeur général qui demande à recevoir, quelques jours avant la plénière, les thèmes qui seront abordés par les chefs de département. Sont également présents aux séances la directrice générale adjointe, le directeur des soins, le directeur médical et le président du collège des médecins chefs de service

5.3.2. Constats

Constat 12

La Cour constate que le Conseil consultatif des départements médicaux (CCDM), tout comme d'ailleurs le Conseil consultatif des directions support, n'est pas prévu dans les documents de gouvernance des HUG, puisqu'il n'en est fait mention ni dans la loi, ni dans le RSM (sauf à l'article 15 qui traite du Collège).

Il en résulte que cette instance consultative de la direction n'a pas d'existence réglementaire, ce qui rend son positionnement dans la gouvernance des HUG peu visible, notamment vis-à-vis d'autres instances.

Constat 13

En matière d'organisation et de fonctionnement, il n'y a pas de règles écrites établies à ce jour. C'est actuellement le président du Comité de direction, qui conduit cette séance et se charge de son organisation (convocation, établissement d'ordres du jour et rédaction de comptes-rendus).

5.3.3. Risques

Le **risque de contrôle** tient à ce que la mission et l'organisation du Conseil consultatif des chefs de département ne sont pas définies formellement. Cette situation peut conduire à un manque de légitimation des propositions de cette instance.

5.3.4. Recommandations

Recommandation 13 (cf constat 12)

La Cour recommande au Comité de direction de formaliser l'existence du Conseil consultatif des départements médicaux et celui du Conseil consultatif des directions support dans un document interne des HUG (RSM, règlement propre au CCDM, etc.) afin de le positionner dans la gouvernance de l'institution. Il s'agit également de répondre à une attente des chefs de département par rapport à cette instance consultative.

Recommandation 14 (cf constat 13)

La Cour recommande au président du Comité de direction de solliciter les chefs de département pour qu'ils proposent une organisation et un mode de fonctionnement du Conseil consultatif des chefs de département.

5.3.5. Observations de l'audité

Les Hôpitaux Universitaires de Genève sont en accord avec les recommandations de la Cour.

6. ANALYSE – BASES LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES EN TERMES DE GOUVERNANCE

6.1. Contexte

Les principaux établissements publics autonomes du canton de Genève (EPA), soit Services industriels de Genève (SIG), les Transports publics genevois (TPG), l'Université de Genève (Unige), l'Hospice général (HG), Genève Aéroport (GA) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), disposent chacun d'une loi-cadre.

Elle porte le nom de l'EPA (par ex. loi sur l'Hospice général, loi sur les Transports publics genevois) à l'exception des HUG qui est désignée différemment comme Loi sur les établissements publics médicaux (LEPM).

À l'exception de la LEPM, les lois cadres ont toutes la même structure : elle présente d'abord le but de l'EPA, ensuite décrit la composition, les attributions et le fonctionnement des organes, mentionne les instances de contrôle financier et termine sur les dispositions finales et transitoires.

6.2. Constats

Constat 14

La LEPM a été introduite en 1981 lorsqu'il existait plusieurs établissements médicaux indépendants sur le territoire du canton. Elle a fait depuis l'objet de continuelles mises à jour, avec une réécriture importante en 1995 lors de la création des Hôpitaux universitaires genevois.

Ainsi, les attributions du Conseil d'administration ont été définies dans la LEPM il y a plus de 20 ans. Certaines d'entre elles ne sont plus en adéquation avec l'activité stratégique d'un Conseil d'administration. Par contre, elles sont consommatrices de temps en termes de préparation et peuvent être, dans certains cas, la raison d'un retard dans leur mise en application parce que le Conseil d'administration ne se réunit qu'une fois par mois.

A titre d'exemple :

- Les conventions tarifaires (art. 7 al. 2 lettre h : le Conseil d'administration négocie et adopte les conventions et tarifs) sont en réalité négociées par la direction des finances, puis transmises au comité de direction pour préavis avant d'être soumises formellement au Conseil ;
- Les nominations et révocations des fonctionnaires (art. 7 al. 2 lettre l) : le Conseil d'administration nomme et révoque les fonctionnaires des établissements) sont préparées par la direction des ressources humaines et les chefs de départements, puis transmises au comité de direction et au Bureau avant d'être soumises au Conseil.

Ainsi, d'importants travaux sont réalisés par les services spécialisés des HUG pour analyser les sujets sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter ceux du Conseil d'administration.

Constat 15

Plus généralement, la LEPM a fait l'objet d'un certain nombre de modifications (ajouts et suppressions) qui rendent le document peu lisible. Par exemple :

- Il n'y a pas de chapitre concernant les instances de contrôle financier ;
- Des articles concernant le Conseil d'administration sont dans deux chapitres différents (Titres I et II) ;
- Le Conseil d'administration ne peut pas siéger formellement sans la présence des membres du comité de direction, dès lors que la LEPM prescrit que le comité de direction assiste aux séances du Conseil.

Constat 16

L'approbation de la politique des soins est une des attributions du Conseil d'administration (art. 7 al 2 lettre e)). Fondée notamment sur les missions des HUG, sur le plan stratégique des HUG ou encore sur les publications disponibles sur le site des HUG, la politique des soins est représentée par un ensemble de documents et de pratiques qui évoluent en fonction des problèmes qui sont soumis aux HUG (par ex. l'apparition du virus du SIDA a nécessité de revoir la politique des soins dans ce domaine).

Or les sujets relatifs à la politique des soins qui sont soumis aux délibérations du Conseil d'administration ne sont pas identifiés en tant que tel dans l'ordre du jour.

Constat 17

Il ressort des constats du chapitre 5 que les documents qui encadrent la gouvernance des HUG ne sont pas tous à jour ou complets, par exemple le Règlement des services médicaux.

Il en résulte que des instances récentes n'ont pas été intégrées (CCCD) ou que des instances anciennes n'ont pas fait l'objet d'une revue de leur mission et fonctionnement (Collège des chefs de service), ce qui peut conduire à ce que certaines d'entre elles ne soient pas utilisées au mieux de leurs capacités et compétences.

6.3. Risques

Le **risque opérationnel** tient à des documents qui sont incomplets et qui ne permettent pas aux instances dirigeantes et consultatives des HUG d'interagir entre elles.

Le **risque de contrôle** tient à ce que les décisions et les actions des différentes instances ne peuvent pas être contrôlées parce que les attentes et les limites de leur mission ne sont pas définies suffisamment clairement, voire pas du tout.

Le **risque de conformité** tient à ce que les missions des différentes instances ne soient pas suffisamment précises et conduisent à ce que des actions attendues de l'une ou l'autre ne soient pas réalisées. Le risque tient également dans la définition de certaines compétences légale (politique des soins) dont les modalités d'application ne sont pas définies et ne permettent pas à tous les membres du Conseil d'administration de décider en pleine connaissance de cause.

6.4. Recommandations

Recommandation 15 (cf constats 14 et 15)

Considérant les évolutions de l'activité et de l'organisation des HUG par rapport à l'actuelle LEPM, la Cour recommande au Conseil d'administration de soumettre des modifications au département, afin que ce dernier puisse proposer au Conseil d'État le dépôt d'un projet de loi.

Ainsi, afin que le Conseil d'administration puisse se concentrer sur des sujets stratégiques et disposer du temps nécessaire à la réflexion ou à l'analyse de ceux-ci, la Cour recommande au Conseil d'administration, dans un premier temps, de réévaluer la liste de ses attributions en déterminant celles qui resteront de sa compétence et celles qui pourront être déléguées au Comité de direction.

Par exemple, pourraient être déléguées :

- Les conventions tarifaires ;
- Les nominations et révocations des fonctionnaires. La nomination des hauts cadres des HUG (chefs de service, chefs de département, membres de la direction générale) devra toujours rester de la compétence du Conseil d'administration en lien avec son activité de surveillance de l'institution.

Par ailleurs, cette modification de la loi devra prendre en compte le fait que la présence des membres du Comité de direction aux séances du Conseil d'administration n'est pas obligatoire, mais peut être requise sur demande (voir également la recommandation 5). Cette modalité existe déjà dans plusieurs établissements publics autonomes (SIG, TPG, GA) et correspond aux bonnes pratiques les plus récentes.

En outre, il serait utile de clarifier les différences entre politique des soins (mentionnée dans la LEPM) et politique médicale (mentionnée dans le RSM) afin d'éviter toute confusion quant aux compétences des différentes instances. Concrètement, il s'agira de déterminer si la politique médicale fait partie de la politique des soins ou si elle est distincte ; dans ce dernier cas, il faudra déterminer si elle doit faire l'objet d'une approbation ad hoc par le Conseil d'administration.

Recommandation 16 (cf constat 16)

La Cour recommande au président de proposer au CA de compléter le règlement relatif à l'organisation du CA en indiquant de quelle manière il entend approuver la politique des soins :

- Quels sont les éléments de la politique des soins qui sont à approuver par le CA et ceux qui sont du ressort du comité de direction. Par exemple, indiquer dans l'ordre du jour les sujets soumis au Conseil d'administration qui concernent la politique des soins ;
- Une fois que cette distinction aura été faite, il pourrait être utile de rattacher les sujets soumis au Conseil d'administration en matière de politique des soins aux documents de référence des HUG (Mission, Vision 20/20, autre document).

Recommandation 17 (cf constat 17)

La Cour recommande au CA de procéder à une revue des documents de gouvernance et de s'assurer qu'ils sont toujours conformes aux instances existantes et à leurs activités Dans le cas contraire, une modification des

documents devra être effectuée pour tenir compte des modifications intervenues et prendre en compte les nouveaux flux d'informations. Par exemple :

- Le Règlement relatif à l'organisation du Conseil d'administration, qui devra être complété par des dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement du Bureau du Conseil d'administration conformément à son activité actuelle ;
- Le Règlement des services médicaux qui traite non seulement des services médicaux, mais également du Conseil d'administration, du Comité de direction, du Collège des médecins chefs de service, du Conseil médical d'établissement, des départements, du personnel médical, etc. Il s'agira, par exemple, d'intégrer l'organisation et le fonctionnement du Conseil consultatif des chefs de départements.

6.5. Observations de l'audité

Les Hôpitaux Universitaires de Genève sont en accord avec les recommandations de la Cour.

7. CONCLUSION

L'analyse de la Cour montre que les prérogatives du Conseil d'administration doivent être clairement et davantage définies, notamment quant à la formation et à l'information reçue des administrateurs afin que ces derniers puissent pleinement exercer le pouvoir supérieur de l'institution.

Le Conseil d'administration a profité de l'audit de la Cour pour revoir un certain nombre de pratiques, telles que la mise en place de mesures d'intégration des nouveaux administrateurs, une meilleure définition de la fonction d'administrateur délégué dans les comités de gestion départementaux ou encore la convocation de deux séances extraordinaires supplémentaires pour traiter de sujets particuliers.

Ces changements sont de nature à favoriser une gouvernance plus efficace et la Cour ne peut que s'en réjouir dans la perspective d'une montée en puissance de l'exercice des prérogatives du Conseil d'administration.

8. TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2= Modéré 1= Mineur	**Responsable**	**Délai au**	**Fait le**
4.1.4	**Recommandation 1** La Cour recommande au président de revoir les attributions du Bureau du Conseil d'administration et de soumettre le projet de règlement en découlant à l'approbation du CA.	1	Président CA	Mars 2018	
4.1.4	**Recommandation 2** La Cour recommande au président du CA d'augmenter le nombre de séances annuelles du Conseil d'administration, de manière à ce que ce dernier puisse approfondir certains sujets stratégiques, par exemple : - Soit, dédier une séance uniquement à un sujet important ; - Soit créer des comités ou des commissions thématiques. Dans tous les cas, les propositions devront être soumises au vote du Conseil d'administration et, cas échéant, pourront déboucher sur des modifications des documents internes de gouvernance.	1	Président CA	30.09.2017	
4.1.4	**Recommandation 3** La Cour recommande au président du Conseil d'administration de préciser dans un document (par ex. le règlement relatif à la direction et à la gestion des départements médicaux des HUG ou un vade-mecum du membre du Conseil au sein du comité de gestion) les attentes et les limites de cette charge.	1	Président CA	Mars 2018	
4.1.4	**Recommandation 4** Conformément à l'article 6 al. 6 de la LEPM, la Cour recommande au président du CA d'informer le Conseil d'État de l'absence régulière d'un administrateur et de lui demander formellement la dérogation.	1	Président CA	30.09.2017	
4.1.4	**Recommandation 5** Afin de permettre au Conseil d'administration de siéger en tant que tel, la Cour recommande au président du Conseil d'administration de prévoir que certaines séances, en fonction des objets à traiter, puissent être tenues sans la présence de tout ou partie des membres du Comité de direction.	1	Président CA Conseil d'Etat	30.09.2017 Changement LEPM	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2= Modéré 1= Mineur	**Responsable**	**Délai au**	**Fait le**
4.2.4	**Recommandation 6** La Cour recommande au président du CA de mettre à disposition les documents nécessaires à sa mission et d'informer les membres du CA de l'activité d'audit interne et externe aux HUG.	1	Président CA	30.09.2017	
4.2.4	**Recommandation 7** La Cour recommande au président d'établir, par exemple sous forme de fiche synthétique, une liste des sujets stratégiques que le Conseil d'administration souhaite suivre et les intégrer dans l'ordre du jour des séances. Cela permettra aux membres de suivre leur évolution avec les différents ajouts qui auront été faits tout au long des séances. Les sujets porteurs de risques et qui pourraient entacher l'image des HUG, voire engager la responsabilité du Conseil d'administration devraient également être considérés comme stratégiques et être communiqués in fine au Conseil d'administration.	1	Président CA et Direction générale	Janvier 2018	
5.1.4	**Recommandation 8** Afin de permettre au Conseil d'administration de se positionner en toute connaissance de cause, la Cour recommande au directeur général de présenter, outre la solution proposée par le Comité de direction, les solutions qui n'ont pas été retenues en expliquant brièvement les raisons.	1	Direction générale		28.8.2017
5.1.4	**Recommandation 9** En complément des mesures déjà prises et au sujet du Service de stérilisation, la Cour recommande au Comité de direction d'effectuer une campagne d'information à l'attention du personnel des blocs opératoires visant à rappeler l'importance de l'établissement systématique des rapports d'incidents respectivement de fiches de non-conformité.	1	Direction générale	Octobre 2017	
5.2.4	**Recommandation 10** La Cour recommande au Comité de direction de s'assurer de la poursuite de la réorganisation du Collège, de sorte que cet organe puisse être régulièrement sollicité.	1	Direction générale	Mars 2018	
5.2.4	**Recommandation 11** La Cour recommande au Comité de direction de préciser les attentes envers le Collège par rapport à celles du CME, notamment en matière de préavis.	1	Direction générale	Mars 2018	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
5.2.4	**Recommandation 12** En fonction du schéma de communication des informations qui sera adopté, le Comité de direction devra préciser dans le Règlement des services médicaux à quel responsable le collège transmet ses préavis.	1	Direction générale	Mars 2018	
5.3.4	**Recommandation 13** La Cour recommande au Comité de direction de formaliser l'existence du Conseil consultatif des départements médicaux et celui du Conseil consultatif des directions support dans un document interne des HUG (RSM, règlement propre au CCDM, etc.) afin de le positionner dans la gouvernance de l'institution. Il s'agit également de répondre à une attente des chefs de département par rapport à cette instance consultative.	1	Direction générale	Mars 2018	
5.3.4	**Recommandation 14** La Cour recommande au président du Comité de direction de solliciter les chefs de département pour qu'ils proposent une organisation et un mode de fonctionnement du Conseil consultatif des chefs de département.	1	Direction générale	Mars 2018	
6.4	**Recommandation 15** Considérant les évolutions de l'activité et de l'organisation des HUG par rapport à l'actuelle LEPM, la Cour recommande au Conseil d'administration de soumettre des modifications au département, afin que ce dernier puisse proposer au Conseil d'État le dépôt d'un projet de loi.	1	Président CA	Mars 2018	
6.4	**Recommandation 16** La Cour recommande au président de proposer au CA de compléter le règlement relatif à l'organisation du CA en indiquant de quelle manière il entend approuver la politique des soins.	1	Président CA	Mars 2018	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
6.4	**Recommandation 17** La Cour recommande au CA de procéder à une revue des documents de gouvernance et de s'assurer qu'ils sont toujours conformes aux instances existantes et à leurs activités. Dans le cas contraire, une modification des documents devra être effectuée pour tenir compte des modifications intervenues et prendre en compte les nouveaux flux d'informations.	1	Conseil d'administration	Mars 2018	

9. DIVERS

9.1. Glossaire des risques

Typologie des risques adaptée au secteur public et aux entreprises contrôlées par l'État

Afin de définir une **typologie des risques pertinente aux institutions et entreprises soumises au contrôle de la Cour des comptes**, celle-ci s'est référée à la littérature économique récente en matière de gestion des risques et de système de contrôle interne, relative tant aux entreprises privées qu'au secteur public. En outre, aux fins de cohésion terminologique pour les entités auditées, la Cour s'est également inspirée du « Manuel du contrôle interne, partie I » de l'État de Genève (version du 13 décembre 2006).

Dans un contexte économique, le **risque** représente la « possibilité qu'un événement survienne et nuise à l'atteinte d'objectifs ». Ainsi, la Cour a identifié trois catégories de risques majeurs, à savoir ceux liés aux objectifs **opérationnels** (1), ceux liés aux objectifs **financiers** (2) et ceux liés aux objectifs de **conformité** (3).

1) Les risques liés aux objectifs opérationnels relèvent de constatations qui touchent à la structure, à l'organisation et au fonctionnement de l'État et de ses services ou entités, et dont les conséquences peuvent avoir une incidence notable sur la qualité des prestations fournies, sur l'activité courante, voire sur la poursuite de son activité.

Exemples :

- engagement de personnel dont les compétences ne sont pas en adéquation avec le cahier des charges ;
- mauvaise rédaction du cahier des charges débouchant sur l'engagement de personnel;
- mesures de protection des données entrantes et sortantes insuffisantes débouchant sur leur utilisation par des personnes non autorisées ;
- mauvaise organisation de la conservation et de l'entretien du parc informatique, absence de contrat de maintenance (pannes), dépendances critiques ;
- accident, pollution, risques environnementaux.

2) Les risques liés aux objectifs financiers relèvent de constatations qui touchent aux flux financiers gérés par l'État et ses services et dont les conséquences peuvent avoir une incidence significative sur les comptes, sur la qualité de l'information financière, sur le patrimoine de l'entité ainsi que sur la collecte des recettes, le volume des charges et des investissements ou le volume et coût de financement.

Exemples :

- insuffisance de couverture d'assurance entrainant un décaissement de l'État en cas de survenance du risque mal couvert ;
- sous-dimensionnement d'un projet, surestimation de sa profitabilité entraînant l'approbation du projet.

3) Les risques liés aux objectifs de conformité (« compliance ») relèvent de constatations qui touchent au non-respect des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou tout autre document de référence auquel l'entité est soumise et dont les conséquences peuvent avoir une incidence sur le plan juridique, financier ou opérationnel.

Exemples :

- dépassement de crédit d'investissement sans information aux instances prévues ;
- tenue de comptabilité et présentation des états financiers hors du cadre légal prescrit (comptabilité d'encaissement au lieu de comptabilité d'engagement, non-respect de normes comptables, etc.) ;
- absence de tenue d'un registre des actifs immobilisés ;
- paiement de factures sans les approbations requises, acquisition de matériel sans appliquer les procédures habituelles ;

À ces trois risques majeurs peuvent s'ajouter trois autres risques spécifiques qui sont les risques de **contrôle** (4), de **fraude** (5) et **d'image** (6).

4) Le risque de contrôle relève de constatations qui touchent à une utilisation inadéquate ou à l'absence de procédures et de documents de supervision et de contrôle ainsi que de fixation d'objectifs. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de tableau de bord débouchant sur la consommation des moyens disponibles sans s'en apercevoir ;
- procédures de contrôle interne non appliquées débouchant sur des actions qui n'auraient pas dû être entreprises ;
- absence de décision, d'action, de sanction débouchant sur une paralysie ou des prestations de moindre qualité.

5) Le risque de fraude relève de constatations qui touchent aux vols, aux détournements, aux abus de confiance ou à la corruption. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- organisation mise en place ne permettant pas de détecter le vol d'argent ou de marchandises ;
- création d'emplois fictifs ;
- adjudications arbitraires liées à l'octroi d'avantages ou à des liens d'intérêt ;
- présentation d'informations financières sciemment erronées, par exemple sous-estimer les pertes, surestimer les recettes ou ignorer et ne pas signaler les dépassements de budget, en vue de maintenir ou obtenir des avantages personnels, dont le salaire.

6) Le risque d'image (également connu sous « risque de réputation ») relève de constatations qui touchent à la capacité de l'État et de ses services ou entités à être crédible et à mobiliser des ressources financières, humaines ou sociales. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de contrôle sur les bénéficiaires de prestations de l'État;
- bonne ou mauvaise réputation des acheteurs et impact sur les prix,
- porter à la connaissance du public la mauvaise utilisation de fonds entraînant la possible réduction ou la suppression de subventions et donations.

9.2. Remerciements

La Cour remercie les membres du Conseil d'administration, du Comité de direction, du Collège des médecins chefs de service, ainsi que les chefs de département, les chefs de service et les collaborateurs des Hôpitaux universitaires de Genève qui lui ont consacré du temps.

L'audit a été terminé en mai 2017. Le rapport complet a été transmis au président du Conseil d'administration des HUG le 13 juin 2017 dont les observations remises le 1er septembre 2017 ont été dûment reproduites dans le rapport.

La synthèse a été rédigée après réception des observations de l'audité.

Genève, le 18 septembre 2017

Stanislas Zuin	François Paychère	Isabelle Terrier
Président	Magistrat titulaire	Magistrate titulaire

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

La Cour des comptes garantit l'anonymat des personnes qui lui transmettent des informations.

Vous pouvez prendre contact avec la Cour des comptes par téléphone, courrier postal ou courrier électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90
http://www.cdc-ge.ch

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90
http://www.cdc-ge.ch