Chambre régionale des comptes
Île-de-France

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS (AP - HP)

Exercices 2010 et suivants

Observations définitives
délibérées le 17 mai 2016

SOMMAIRE

SYNTHÈSE 5

OBLIGATIONS DE FAIRE 8

RECOMMANDATIONS 9

OBSERVATIONS 10

1. ORGANISATION DU CONTRÔLE 10

1.1. Procédure 10

1.2. Présentation de l'institution et particularités du contrôle 10
1.2.1. Un établissement public de santé de dimension nationale et internationale 10
1.2.2. Un accès très difficile aux pièces justificatives des opérations de recettes et de dépenses, lié à leur classement particulier et à leur volume 11

2. UNE GOUVERNANCE TRES EXPOSÉE 12

2.1. Un contexte difficile 12
2.1.1. Le plan stratégique 2010-2014, adopté dans un contexte de crise 12
2.1.2. La mise en œuvre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) 12

2.2. Une gouvernance délicate en relation avec les collectivités locales 13
2.2.1. Des relations complexes avec la Ville de Paris au sujet des opérations immobilières 13
2.2.2. Des négociations longues et difficiles avec la ville de Paris 15
2.2.3. La convention-cadre de 2015 : les avantages consentis par l'AP-HP appellent à la plus grande vigilance 19
2.2.4. Des relations étroites illustrées par les difficultés du projet l'Hôtel Dieu 22

2.3. Les conditions d'emploi atypiques d'une directrice générale issue du secteur de l'entreprise publique 26

2.4. Une certification par la Haute autorité de santé (HAS) en sursis à plusieurs reprises 29

3. UNE STRATÉGIE INTERNATIONALE ENCORE LIMITÉE AU REGARD DE LA DIMENSION DE L'AP-HP 29

3.1. L'accueil des patients étrangers : une activité modeste, qui fait l'objet de freins divers 29
3.1.1. Une position à affirmer en raison d'enjeux importants 29
3.1.2. Une activité qui reste modeste 30
3.1.3. Une activité exposée à des difficultés majeures de recouvrement des recettes 31
3.1.4. De nouvelles mesures pour améliorer le recouvrement, présentées en juillet 2015 32
3.1.5. Un développement qui rencontre des résistances fortes 33

3.2. La valorisation internationale de l'expertise de l'AP-HP : une activité à rationnaliser, comme le montre l'exemple de la mission au Brésil pour la préparation de la coupe du monde de football de 2014 34

4. LE RECOURS AUX CONSULTANTS 36

4.1. L'appui en conseil stratégique 36
4.1.1. Un recours en tant que de besoin 36
4.1.2. Un net ralentissement depuis fin 2013 37
4.1.3. Un coût significatif 37
4.1.4. Des procédures de passation irrégulières 38
4.1.5. Des lacunes dans le suivi de l'exécution d'un marché 44
4.1.6. Les raisons avancées du recours aux consultants 46

4.2. Les consultants subis : le recours fréquent et contestable des CHSCT aux expertises pour risque grave ou projet important modifiant les conditions de travail 47

4.3. Le recours aux cabinets extérieurs pour la phase diagnostic préparatoire à la démarche de certification des comptes 48

5. LA FIABILITÉ DES COMPTES : UNE AMELIORATION QUI NE MET PAS FIN À CERTAINES LACUNES 50

5.1. Les corrections apportées à l'actif 50
5.1.1. Un ajustement comptable de l'état de l'actif et de l'inventaire physique en 2010 50
5.1.2. Un effort de correction qui s'est poursuivi, laissant persister quelques lacunes, notamment au niveau des œuvres d'art 50
5.1.3. L'inscription tardive des immobilisations issues de partenariats public- privé 51

5.2. L'intégration des travaux en cours 52

5.3. Les opérations de cessions des biens : des anomalies importantes dans les écritures comptables 53

5.4. Les subventions transférables 55

5.5. Le traitement comptable des emprunts *in fine* 55
5.6.1. Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations 56
5.6.2. Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps (CET) 57
5.6.3. Les provisions pour litiges et autres provisions pour risques 58
5.6.4. Les provisions pour dépréciation des comptes de tiers 58

5.7. Fiabilité des cycles d'achats et de la gestion des stocks 58
5.7.1. Les charges à payer et produits à recevoir sur ressources affectées 58
5.7.2. La gestion des stocks 60

5.8. Fiabilité des cycles de recettes d'exploitation 60
5.8.1. Les produits relatifs aux activités antérieures : les « LAMDA » 60
5.8.2. Un montant toujours élevé de recettes à classer imputable aux retards dans l'automatisation de la chaîne de la recette 60
5.8.3. Les créances perdues dans la bascule informatique de 2011 : un assainissement sur les comptes 2014 et une perte réelle d'un montant de 80M€ 61
5.8.4. Les produits à recevoir : un volume élevé malgré un défaut de rattachement des séjours « à cheval » sur deux exercices 62
5.8.5. Des annulations et réémissions de titres pour des montants toujours importants 63
5.8.6. L'apurement des admissions en non-valeur (ANV) 63

5.9. La déclaration de la taxe sur les salaires est incohérente avec les sommes inscrites au compte financier 64

5.10. Des charges sur exercices antérieurs en forte hausse 64

6. UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI S'AMÉLIORE MAIS RESTE FRAGILE 64

6.1. Un retour à l'équilibre prévu en 2012, reporté à 2016 64

6.2. L'analyse de l'exploitation 65
6.2.1. Une progression modérée des produits d'exploitation 65
6.2.2. Une maîtrise des charges, notamment de personnel 68
6.2.3. Une baisse de la marge dégagée par l'exploitation 71
6.2.4. Une amélioration du résultat net liée en grande partie au résultat exceptionnel 74

6.3. Approche analytique des résultats d'exploitation 75
6.3.1. Des outils d'analyse des coûts encore imparfaits 75
6.3.2. Une vision difficile du coût des services centraux et des services généraux 76
6.3.3. Des groupements hospitaliers (GH) aux résultats très hétérogènes 77
6.3.4. USLD et EHPAD : des activités en baisse, un coût élevé de l'hébergement en USLD 78

6.4. L'existence de marges d'amélioration pour le résultat d'exploitation 79
6.4.1. Une progression possible des recettes d'exploitation 79
6.4.2. L'application exacte de la réglementation en matière de gestion des ressources humaines est nécessaire . 82

6.5. Des efforts de consolidation du haut de bilan 88
6.5.1. Un reflux de l'endettement et une chute des investissements 88
6.5.2. Les grands équilibres financiers 93

7. ANALYSE DE LA PROSPECTIVE FINANCIÈRE : DES PRÉVISIONS PRUDENTES EN MATIÈRE D'EXPLOITATION, ALÉATOIRES EN MATIÈRE D'INVESTISSEMENT 96

7.1. Une prospective financière basée sur le respect des ratios d'endettement préconisés par la tutelle 96

7.2. Le budget principal 96
7.2.1. Des prévisions plutôt optimistes sur les produits 96
7.2.2. Une prévision ambitieuse de maitrise des charges d'exploitation 97

7.3. Des budgets annexes aux masses financières négligeables, à l'exception du budget A, véritable variable d'ajustement 97

7.4. Des besoins d'investissement qui déterminent les besoins de financement. 97

8. PRÉPARATION A LA CERTIFICATION DES COMPTES 99

8.1. Une démarche de préparation à la certification organisée en mode projet dès 2011 100
8.1.1. La « comitologie » mise en place en mode projet 100
8.1.2. Un partenariat entre l'ordonnateur et le comptable public rénové en 2014 100

8.2. Des calendriers de mise en œuvre qui ont évolué avec l'avancée des travaux 101

8.3. Une organisation visant à associer tous les acteurs du siège et des groupes hospitaliers (GH) 101

8.4. L'analyse par cycle permet de mesurer l'ampleur des travaux restant à mener. 101
8.4.1. Cycle des immobilisations : des travaux déjà bien engagés, qui se sont intensifiés en fin d'année 2015. 102
8.4.2. La documentation nécessaire à la maitrise des risques du cycle des provisions se développe mais reste insuffisante. 102
8.4.3. Le cycle des recettes est en cours d'ajustement notamment en ce qui concerne les rattachements 102
8.4.4. Le cycle des achats présente encore de nombreux risques malgré la mise en place d'un service facturier. 102
8.4.5. Des marges de progrès attendues sur le cycle des stocks 103
8.4.6. Le cycle du personnel dont la nécessaire fiabilisation n'est pas terminée 103

8.5. La rédaction des cahiers des charges pour le choix du commissaire aux comptes 104

8.6. La revue du système d'information dans le cadre de la démarche de certification. 104

ANNEXES 105

Annexe n° 1 : Expertises CHSCT 2011-2013 105

Annexe n° 2 : Résultat d'exploitation par GH 108

Annexe n° 3 : Résultats des comptes d'exploitation 2011-2013 par sites hospitaliers 109

Annexe n° 4 : Bilan financier simplifié retraité (en M€) 110

SYNTHÈSE

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), centre hospitalier régional d'Île-de-France est, de par sa taille, le premier établissement de santé de France et d'Europe. Premier employeur de la région avec 92 000 agents, l'établissement, organisé en douze groupes hospitaliers pour un total de 39 hôpitaux, totalise près de 21 000 lits et dispose d'un budget annuel de l'ordre de sept milliards d'euros.

L'examen de la gestion de cet établissement public de santé est rendu difficile en raison d'un accès compliqué aux pièces justificatives de ses dépenses comme de ses recettes, très volumineuses, et qui font l'objet d'un classement dérogatoire par rapport à la nomenclature habituelle. Toutefois, une convention en cours de rédaction sera proposée à la chambre afin de préciser le dispositif informatique qui lui permettra la mise à disposition des pièces dématérialisées au moyen des nouveaux outils proposés par la direction générale des finances publiques. Cependant, ce dispositif ne vaut que pour l'avenir, une période transitoire d'ici à l'exercice 2019 étant évoquée par le comptable public de l'établissement dans sa réponse aux observations provisoires.

La gouvernance de l'établissement

La gouvernance de l'AP-HP doit faire face à des contraintes lourdes, notamment au regard de la taille de l'établissement et des spécificités de ses relations avec la Ville de Paris. Trois directeurs généraux se sont succédé au cours de la période examinée, marquée par la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014, dans un contexte de crise.

En matière de politique patrimoniale, si les collectivités territoriales disposent de prérogatives législatives et réglementaires qui rendent les négociations longues et difficiles et favorisent la baisse des prix, les cessions de biens immobiliers sont pourtant indispensables à l'APHP pour financer ses investissements. La signature, en mars 2015 d'une convention-cadre avec la ville de Paris, traçant des perspectives immobilières à cinq ans pour permettre à la ville d'atteindre ses objectifs en matière de logement social, paraît à ce titre renforcer l'asymétrie en défaveur de l'établissement. L'APHP y consent également des avantages substantiels en matière d'accueil de la petite enfance. L'établissement devra donc se montrer très vigilant lors de la mise en œuvre de cet accord.

La reconversion de l'Hôtel-Dieu, prévue au plan stratégique 20102104, a engendré des tensions sociales croissantes. Elles se sont cristallisées en 2013 à propos du devenir du service d'accueil des urgences, auquel la ville était sensible. La solution adoptée, à la suite de l'arrivée du nouveau directeur en 2014, paraît être une demi-mesure, au moins pour l'AP-HP, car elle ne met pas fin au déficit structurel du site.

Le recrutement d'une directrice issue du secteur de l'entreprise à la fin 2010, a donné lieu à des écarts de rémunération. Leur impact financier pour l'établissement, qui en a supporté le paiement, a été d'environ 530 000 €. En outre, certaines règles de non-cumul d'activité n'ont pas été respectées.

La stratégie internationale

La stratégie internationale de l'AP-HP reste peu développée, malgré un contexte porteur. La valorisation de son expertise à l'international est encore limitée et l'accueil des patients étrangers, qui donne lieu à des difficultés majeures en termes de recouvrement, reste modeste. Un nouveau plan d'accueil de ces patients, a été présenté en juillet 2015 en vue d'améliorer la situation.

Le recours aux consultants

Les directeurs généraux ont fait largement appel, notamment jusqu'en 2013, à des cabinets de consultants pour des conseils en gestion et en stratégie. Si ce recours peut se justifier au regard des enjeux et des difficultés de pilotage d'une institution telle que l'AP-HP, les conditions juridiques de passation et d'exécution de certains de ces marchés présentent des irrégularités au regard du code des marchés publics. En effet, l'étude de trois d'entre eux met ainsi en lumière que le pouvoir adjudicateur a eu recours de manière dérogatoire à la procédure adaptée et que la brièveté des délais de remise des offres n'a pas permis un strict respect du principe du libre accès à la commande publique.

La fiabilité des comptes

La tenue des comptes de l'AP-HP offre encore quelques marges d'optimisation. Si certains points ont été sensiblement améliorés, comme la fiabilité de l'actif, l'intégration des travaux en cours dans le patrimoine ou la gestion des stocks, d'autres présentent encore des insuffisances, notamment dans les écritures de cession de biens et dans la politique de provisionnement tant en ce qui concerne les dotations que les reprises.

La bascule informatique du logiciel de gestion financière a entraîné une perte d'informations ayant conduit à l'extinction de créances pour un montant de138 M€, dont 80 M€ peuvent être considérés comme en perte réelle et définitive.

La situation financière

La situation financière de l'AP-HP, malgré une amélioration indéniable au cours de la période examinée, demeure fragile. La réduction du déficit, divisé par 10 en cinq ans, témoigne de l'effort d'efficience lié à la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014. Pour autant, l'objectif d'un retour à l'équilibre financier, prévu pour 2012, a été reporté à 2016.

Les produits d'exploitation ont progressé grâce à l'augmentation de l'activité, alors que les dotations reçues ont baissé de 42 M€, soit - 3,3 %. Les recettes d'exploitation de l'AP-HP reposent donc de façon croissante sur les produits de la tarification à l'activité (T2A).

La valorisation du patrimoine, à travers les cessions de biens, a permis à l'établissement de générer des résultats exceptionnels. Ils ont redressé les résultats courants de manière importante à partir de 2012.

La masse salariale de l'AP-HP a été globalement maitrisée. La mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014 a conduit à une réduction significative des effectifs en 2011, et à une économie de 40 M€. La stabilisation observée par la suite s'est néanmoins accompagnée d'une reprise de la hausse des dépenses.

Les marges de manœuvre

Dans une optique de redressement de sa situation financière, couplée à une exigence de régularité de la dépense, l'établissement dispose de marges d'amélioration, notamment en matière d'organisation du temps de travail. L'organisation des cycles de travail, la journée « fête des mères », l'inclusion de la pause méridienne dans le temps de travail, l'attribution de la NBI « personnes âgées » aux agents des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques, en donnent quelques exemples. L'établissement a d'ailleurs entrepris en 2015 une révision des modalités d'organisation du temps de travail, et obtenu un accord sur quelques points de négociation, à la fin octobre 2015. Cet effort doit se poursuivre, l'AP-HP s'engageant notamment à revoir les conditions d'attribution de cette NBI.

La diminution des créances admises chaque année en non-valeur (et donc passées en perte), puisqu'estimées définitivement irrécouvrables, constitue une autre opportunité de retrouver des marges de manœuvre. Le montant de ces créances irrécouvrables, de l'ordre de 40 à 50 M€ chaque année, reste élevé alors qu'un plan d'amélioration de la facturation et du recouvrement avait été lancé en 2008 pour être généralisé en 2011. La mise en œuvre énergique des nouvelles mesures adoptées en 2015 pour améliorer la facturation et le recouvrement est donc indispensable.

Les outils de comptabilité analytique de l'AP-HP sont perfectibles, notamment au niveau des comptes analytiques d'exploitation. L'articulation entre le pilotage par le siège et les différents niveaux de « granularité » d'organisation de l'établissement mériterait des outils d'analyse plus performants.

Les équilibres bilanciels

Le ralentissement de la politique d'investissement, associé à une mobilisation plus forte de ses ressources propres a permis à l'établissement de stabiliser son endettement. Les caractéristiques de sa dette ne comportent pas de risque particulier et l'AP-HP n'a pas contracté d'emprunt structuré.

Compte tenu de la résorption des déficits et d'un excédent comptable envisagé pour 2015, l'établissement a estimé pouvoir dès 2014 poursuivre la réduction de l'endettement en diminuant son fonds de roulement. Si la situation de trésorerie reste tendue, elle ne pose pas de difficulté particulière, en raison de l'accès très aisé et peu onéreux de l'établissement au crédit de court terme.

La prospective financière

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2015-2019 a prévu un effort d'efficience de 451 M€ sur cinq ans soit 90,2 M€ par an, afin de respecter les ratios d'endettement requis par les autorités de tutelle.

Les perspectives financières pour la période à venir sont prudentes en matière d'exploitation. Elles sont fondées sur une hypothèse de diminution annuelle des tarifs de 1,4 % à 1,3 % par an et une augmentation des dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) de 0,5 %, dans l'objectif d'influencer la tutelle qui a prévu une baisse de 4,6 %. Le budget de la dotation non affectée (DNA) qui regroupe les charges et les produits afférents aux biens du patrimoine de l'AP-HP non affectés aux soins, continue d'être une variable d'ajustement, indispensable à l'équilibre du budget consolidé de l'établissement. Les opérations de cession immobilière constituent donc un enjeu essentiel pour le financement des investissements futurs de l'AP-HP.

La certification des comptes

Les comptes de l'exercice 2016 de l'AP-HP seront certifiés conformément à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les cabinets de commissaires aux comptes certificateurs devaient commencer leur mission le 31 mars 2016. La spécificité du système d'information de l'AP-HP, qui nécessite une adaptation pour répondre aux guides élaborés par la tutelle, pourrait constituer une difficulté pour ces cabinets.

OBLIGATIONS DE FAIRE

6. Une situation financière qui s'améliore mais reste fragile

Obligation de faire n° 1 *partiellement mise en œuvre* : la démarche étant engagée, il convient d'appliquer les dispositions relatives à la durée légale du temps de travail et réserver l'inclusion de la pause méridienne dans le temps de travail aux seuls agents soumis à une nécessité de service.

Obligation de faire n° 2 *partiellement mise en œuvre* : il convient de réviser l'attribution de la NBI « personnes âgées » aux agents des SSR gériatriques.

RECOMMANDATIONS

6. Une situation financière qui s'améliore mais reste fragile

Recommandation n° 1 : Renforcer les dispositifs internes de contrôle de la qualité et de l'exhaustivité du codage des informations et des actes.

OBSERVATIONS

1. ORGANISATION DU CONTRÔLE

1.1. Procédure

Après l'engagement de l'examen de la gestion de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en février 2015 et la tenue des entretiens préalables en octobre et novembre 2015 avec les directeurs généraux successifs de l'établissement, un rapport d'observations provisoires a été adopté par la chambre, le 8 décembre 2015.

Ce rapport d'observations provisoires a été adressé le 30 décembre 2015 à M. Martin HIRSCH, directeur général en fonction et des extraits à ses deux prédécesseurs ainsi qu'à onze autres destinataires concernés.

La réponse du directeur général en fonction et des annexes ont été reçues à la chambre le 1er mars 2016 et dix des treize autres destinataires ont apporté leurs réponses entre la mi-janvier et la fin mars.

Dans sa séance du 17 mai 2016, la chambre régionale des comptes d'Île-de-France (2ème section), après avoir pris en compte les réponses apportées, a arrêté les observations définitives ci-après développées.

Ont participé au délibéré présidé par M. Pierre Grimaud, président de section : Mme Anne-Christine Priozet, M. Gérard Payet, Mme Brigitte Ollier, premiers conseillers et M. Gilles Duthil, conseiller.

Ont été entendues :

- en leur rapport Mmes Priozet et Ollier, assistées de Mme Nathalie Winther, vérificatrice,

- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. le procureur financier.

Le greffe était assuré par Mme Mélanie Menant, auxiliaire de greffe.

1.2. Présentation de l'institution et particularités du contrôle

1.2.1. Un établissement public de santé de dimension nationale et internationale

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) constitue le centre hospitalier régional d'Île-de-France et le premier centre universitaire d'Europe. Sa principale caractéristique réside dans sa taille. L'AP-HP est le premier établissement de santé de France et d'Europe. Regroupant 39 hôpitaux au sein de 12 Groupes Hospitaliers, elle totalise près de 21 000 lits.

L'AP-HP accueille chaque année sept millions de personnes, réalise plus de 1,2 million de séjours en hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et enregistre plus d'un million de passages aux urgences. Rattachée à sept facultés de médecine parisiennes, l'AP-HP est le premier centre universitaire d'Europe, il forme 20 % des médecins français et est le premier promoteur d'essais cliniques en France.

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris qui est également le premier employeur d'Île-de-France, avec 92 000 agents, dispose d'un budget annuel de l'ordre de 7 milliards d'euros.

1.2.2. Un accès très difficile aux pièces justificatives des opérations de recettes et de dépenses, lié à leur classement particulier et à leur volume

Comme cela avait déjà été souligné lors du précédent contrôle, la confection des comptes financiers de l'AP-HP présente des particularités qui compliquent l'accès aux pièces justificatives pour la chambre.

Depuis l'exercice 2011, à l'intérieur d'une première arborescence qui distingue les sites hospitaliers et le siège, le classement des mandats de dépenses et des titres de recettes n'est pas effectué par compte mais selon un ordre chronologique de demande de mise en payement (DMP), sans référence aux imputations comptables mouvementées. L'arrêté du 26 octobre 2011, qui précise certaines modalités de remise des comptes auprès du juge des comptes, n'exonère pourtant pas le comptable public du classement des demandes de mise en paiement par compte de dépense.

Si l'article 4 du même arrêté lève l'obligation, pour l'ordonnateur, de transmettre les mandats au comptable accompagnés d'un bordereau et classés par ordre croissant de compte d'imputation, cette disposition ne concerne cependant pas la reddition du compte de l'établissement auprès de la chambre.

L'instruction BOFIP-GCP-13-0001 du 30 janvier 2013 a introduit un cadre dérogatoire de classement des pièces justificatives (classement par numéro d'identifiant unique ou par numéro de mandat et de titre) pour « *les organismes qui ont dématérialisé leurs pièces comptable au format PES V2 (protocole d'échange standard version 2) d'Hélios mais dont une partie ou la totalité des pièces justificatives reste produite sur support papier* », dérogation confirmée par une note de service du DGFIP du 4 juin 2015.

Or la trésorerie de l'AP-HP, n'étant pas gérée sous Hélios, n'a pas adopté le protocole d'échange standard version 2 (PES V2). Elle utilise un progiciel de gestion intégrée mise en place par l'ordonnateur de l'établissement permettant une dématérialisation des titres de recettes et des mandats de paiement.

Pour accéder aux mandats et aux pièces justificatives des dépenses, la chambre a pu extraire de ce progiciel de gestion des listes de dépenses par compte d'imputation budgétaire. Ces listes renseignaient notamment sur le montant des dépenses, leurs dates, les services commanditaires, les centres de coût impactés et les fournisseurs. Ces listes ont permis d'identifier le numéro de mandat, de rechercher dans l'inventaire du comptable la liasse correspondante et, ainsi, d'avoir accès aux mandats et aux pièces justificatives. Ce travail a été très fastidieux, tant pour l'identification des mandats que pour la manutention d'un nombre élevé de liasses de pièces justificatives pour l'accès à quelques mandats.

La taille de l'établissement et le volume des pièces de dépenses et de recettes produites chaque année ont renforcé les difficultés du contrôle, rendant extrêmement laborieuse toute recherche fine et approfondie concernant un compte identifié. À titre d'exemple, l'inventaire ne permet pas de retrouver les états détaillés de développement des restes à recouvrer et des restes à payer parmi les quelques 6500 liasses de pièces justificatives produites pour chaque exercice. En outre, le poids des fichiers électroniques est tel qu'ils ne peuvent être exploités par la chambre. Il est ainsi impossible de contrôler la qualité des créances et des dettes à partir des documents produits. De même, l'état de développement des soldes du compte 416, nécessaire au traitement du dossier des créances contentieuses, a été transmis

par l'AP-HP dans un format électronique image (pdf) de plusieurs milliers de pages, inexploitable en l'état. Sa conversion sous forme de tableur a nécessité une intervention extérieure pour pouvoir utiliser un outil spécifique, « IDEA » dont ne dispose pas la chambre.

Enfin pour le contrôle de la fonction « ressources humaines », l'accès aux pièces justificatives des dépenses n'a pu se faire selon les modes habituels[1].

Pour pallier les difficultés d'accès effectif aux pièces comptables, les services du comptable ont fourni à la chambre tous les éléments souhaités. Une convention en cours de rédaction sera proposée à la chambre afin de préciser le dispositif informatique qui lui permettra la mise à disposition des pièces dématérialisées au moyen des nouveaux outils proposés par la direction générale des finances publiques. Cependant, ce dispositif ne vaut que pour l'avenir, une période transitoire d'ici à l'exercice 2019 étant évoquée par le comptable dans sa réponse. Aussi, les difficultés ici rappelées se rencontreront au moins jusqu'à ce terme.

2. UNE GOUVERNANCE TRES EXPOSÉE

2.1. Un contexte difficile

Trois directeurs généraux se sont succédé au cours de la période examinée, marquée par l'adoption et la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014, ainsi que par les conséquences de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

2.1.1. Le plan stratégique 2010-2014, adopté dans un contexte de crise

Le plan stratégique 2010-2014, pour lequel les réflexions ont débuté à l'été 2008, a été élaboré alors que l'institution présentait une situation financière dégradée. Le résultat était déficitaire de 75 M€ en 2009 et de 100 M€ en 2010, alors que la dette avait subi une forte augmentation (+87 %) au cours de la période précédente.

Ce schéma stratégique s'est accompagné d'un plan d'économies de 276 M€, dont 219 M€ sur les dépenses de personnel, soit une réduction d'effectifs de 3 à 4 000 emplois. L'objectif était un retour à l'équilibre financier dès 2012 et un taux d'endettement inférieur à 30 %. Le projet a été âprement débattu[2], suscitant une « *grande inquiétude parmi les personnels* » Le plan était jugé « *peu lisible et flou* », mal articulé avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

2.1.2. La mise en œuvre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a modifié les équilibres dans la gouvernance des établissements publics de santé. Elle a renforcé les pouvoirs du directeur au détriment du conseil d'administration (devenu conseil de surveillance), qui a perdu ses fonctions exécutives pour ne conserver que des fonctions consultatives et de contrôle.

---

[1] Les éléments de paie de l'AP-HP ne sont en effet pas disponibles sur Xemelios. La chambre a eu accès au logiciel de gestion RH interne (HRA), qui ne présente pas la même souplesse de requête à fin de contrôle.

[2] Lors du conseil de surveillance du 15 septembre 2010, il a été approuvé par 10 voix contre 5.

Le directeur a la pleine responsabilité, en tant que président du directoire, de mettre en œuvre le projet d'établissement et de fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Les missions du conseil de surveillance ont été recentrées sur l'approbation des orientations stratégiques et sur le contrôle de la gestion. Sa présidence peut être assurée par une personnalité autre que le maire de la commune d'implantation de l'établissement.

Cette dernière disposition a été mise en œuvre à l'AP-HP dès le 6 juin 2010, avec l'élection comme président du conseil de surveillance, de M. Briet, membre du collège des personnalités qualifiées[3]. Cependant, à l'occasion du départ de M. Briet, le 1er juin 2012, M. Le Guen, précédent président du conseil de surveillance, premier adjoint au maire de Paris, a retrouvé cette fonction, dès le premier tour de scrutin.

Si, depuis 2010, l'AP-HP est soumise à la tutelle de l'agence régionale de santé (ARS), les ministères de la santé et du budget et des comptes publics continuent de jouer un rôle significatif dans la tutelle de l'établissement. Il existe ainsi un droit d'opposition des ministres de la santé et du budget sur les principales décisions, notamment financières, du directeur. L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) ne sont validés par l'agence régionale de santé qu'après accord de ces ministères. Ce processus confère à l'État un pouvoir effectif de veto sur les décisions financières les plus importantes de l'établissement.

La loi HPST, en étendant les pouvoirs du directeur, a d'ailleurs renforcé cette supervision de l'État sur la gestion de l'hôpital, puisque le directeur général de l'AP-HP est nommé directement par le Président de la République, par décret en conseil des ministres.

2.2. Une gouvernance délicate en relation avec les collectivités locales

Avec la loi HSPT, les hôpitaux, auparavant établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux ou régionaux, sont devenus des établissements publics nationaux à ressort communal, intercommunal, départemental ou régional.

Le décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 a supprimé la référence au rattachement de l'établissement public AP-HP à la Ville de Paris. L'AP-HP est ainsi passée, comme l'ensemble des établissements publics de santé, à un statut d'établissement public national.

2.2.1. Des relations complexes avec la Ville de Paris au sujet des opérations immobilières

2.2.1.1. La valorisation patrimoniale : un enjeu de taille pour l'AP-HP

L'AP-HP possède 9 % de l'actif foncier de l'ensemble des établissements publics de santé français, pour une valeur estimée à 5,7 milliards d'euros en 2012, et un tiers de leur patrimoine privé.

Les surfaces dédiées à l'activité de soins sont excédentaires. En 2013, avec 3,5 millions de m² exploités (contre 3,8 millions en 2011), le ratio de l'AP-HP était encore de 166 m² par lit, contre 150 m² pour la moyenne des CHU français. La libération des surfaces non indispensables constitue donc l'un des axes stratégiques de l'établissement et il a été

[3] Cette élection a demandé trois tours de scrutin.

demandé aux groupes hospitaliers (GH) de réduire leur surface de 5 à 10%, selon « *une feuille de route volontariste*».

Compte tenu de son niveau d'endettement et de ses capacités d'autofinancement (cf. infra, analyse financière), les cessions de biens immobiliers de son patrimoine sont indispensables à l'AP-HP pour financer une partie de ses opérations structurantes d'investissement[4]. Selon les données produites par l'établissement, les cessions de l'AP-HP ont représenté un montant total de 170 M€ au cours de la période examinée. Pour la période 2015-2019, la recette attendue au titre des opérations de cession est de l'ordre de 215 M€, soit environ 40 M€ par an.

2.2.1.2. Une valorisation confrontée aux prérogatives légales et réglementaires des collectivités locales

La ville de Paris comptait, en 2013, 17,9 % de logements sociaux et elle s'est engagée à développer cette part pour atteindre un ratio de 30 % en 2030, conformément au schéma directeur régional d'Ile de France (SDRIF). En outre, la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbains, dite loi SRU[5], impose aux communes importantes de disposer d'au moins 20 %, de logements sociaux, taux porté à 25 % par la loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social. La Ville de Paris se montre donc particulièrement intéressée par le patrimoine de l'AP-HP, quatrième propriétaire foncier de la capitale[6].

La Ville dispose, à l'instar des autres communes, de puissants leviers juridiques en matière d'aménagement et d'urbanisme, qui lui donnent des marges de manœuvre importantes afin de peser à la baisse sur les prix du foncier.

Le premier d'entre eux est le droit de priorité. Simplifié et rénové en 2006, ce droit vient renforcer les prérogatives des collectivités en matière immobilière, en s'exerçant en amont de la vente. Il implique que l'établissement public concerné notifie au bénéficiaire du droit de priorité son intention de vendre et indique le prix de vente tel qu'il est estimé par le service du Domaine, avant l'engagement de toute procédure de cession quelle qu'en soit la forme.

Le second s'appuie sur le plan local d'urbanisme (PLU). La cession du patrimoine public des hôpitaux, notamment dans le cas de l'hôpital Saint Vincent de Paul, implique un changement de destination des zones concernées[7] et donc une modification du PLU, avec une capacité de blocage des projets par la commune. Le plan local d'urbanisme définit les zones et les dispositions dont découlent les conditions de construction qui influencent directement le prix des biens. Il autorise notamment la ville à choisir les constructions destinées au logement social. Cette classification induisait, jusqu'à 2013, une « décote de fait », dont le montant était plafonné par décret en Conseil d'État[8]. En effet, France Domaine prend en compte le

---

[4] Opérations de taille moyenne (15M€) gérés par GH et opérations majeures suivies par le siège, par exemple hôpital Nord parisien, humanisation SLD, Hôpital Poincaré, la CAF étant affectée aux investissements courants.

[5] Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000

[6] De même que le patrimoine de la SNCF et de réseau ferré de France (RFF) identifiés comme les principaux propriétaires de terrains constructibles.

[7] De la zone urbaine de grand service urbain (UGSU) en zone urbaine générale (UG)

[8] Le rapport IGF/IGAS ayant pour objet l'évaluation de l'impact de la loi du 18 janvier 2013 sur les établissements publics de santé (octobre 2013) mettait en évidence la très grande variabilité de la décote de fait, en fonction des

plan local d'urbanisme et le fléchage en faveur du « logement social », pour évaluer (et revoir éventuellement à la baisse) la valeur des bâtiments[9].

La loi du 18 janvier 2013 a déplafonné la décote, pour la réalisation de logements locatifs bénéficiant d'un prêt locatif social (PLS), d'un prêt locatif d'aide à l'intégration (PLAI) ou d'un prêt locatif à usage social (PLUS), qui peut désormais atteindre 100 % pour la part du terrain destiné au logement très social dans les zones les plus tendues.

L'instruction du Premier ministre du 6 juillet 2015, relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement, demandait en outre « *à ce que ne soit en aucun cas communiquée aux candidats acquéreurs une valeur vénale ou comptable du terrain* » avant calcul du prix de cession avec décote, afin de ne pas « *susciter des attentes ou des incompréhensions préjudiciables à l'aboutissement rapide des négociations* ».

A contrario, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) d'octobre 2013 recommandait de veiller à ce que la mise en œuvre de la mobilisation du foncier public n'affaiblisse pas l'autofinancement des investissements des hôpitaux et leur développement, en abaissant leurs produits de cession.

Ce rapport préconisait notamment une évaluation par compte à rebours, visant à objectiver les modalités de calcul du prix du bien en fonction du programme immobilier envisagé. Il conseillait donc de fixer la valeur vénale du bien, par une évaluation par France Domaine, avant l'instruction d'une demande de décote, pour « *faire apparaître à sa juste valeur l'intégralité de la baisse du prix du foncier consentie* » afin de donner à l'hôpital la possibilité de négocier avec la commune des contreparties aux contraintes qui lui étaient imposées.

Le ministère de la santé a également prévu, dans une circulaire d'avril 2015[10], des garanties pour les hôpitaux dans le cadre de l'application des nouvelles modalités de mobilisation du foncier public issues de la loi du 18 janvier 2013. La liste régionale des terrains éligibles au dispositif de cession avec décote, établie par les préfets de région, peut inclure les établissements publics de santé, après avis conforme du directeur. L'inscription sur cette liste attribue certaines garanties, notamment une décote limitée à 30 % pour les établissements dont les ratios d'endettement dépassent certains seuils.

2.2.2. Des négociations longues et difficiles avec la ville de Paris

Les cessions réalisées au cours de la période examinée illustrent les difficultés rencontrées lorsque l'acquéreur est la ville de Paris.

---

contraintes imposées par la commune sur la part de logements sociaux ou d'équipements publics. Elle s'échelonnait entre 14 % et 44 % par rapport aux recettes potentielles résultant d'une opération de construction en logement libre uniquement.

[9] Un exemple en est donné par la vente de l'Hôtel Dieu du CHU de Clermont Ferrand : l'établissement avait entamé une démarche de cession formalisée en 2009, en lien avec les services de France Domaine. La valeur vénale du site avait été évaluée à 30M€ en 2011. La ville, sollicitée en 2011 au titre de son droit de priorité, avait refusé et le CHU avait trouvé un acquéreur privé pour 25M€ nets vendeur (-5M€ pour démolition et fouilles archéologiques). La ville a alors fait une proposition d'achat à 20M€, qui a été refusée par le CHU.

Après que le CHU a signé avec l'acquéreur privé une promesse de vente à hauteur de 25M€, la commune a modifié son POS (afin notamment de limiter la hauteur des constructions et réduire la densité du site), induisant une nouvelle estimation de France Domaines à 17,6M€ (soit une décote de 40%). La modification du POS a été attaquée par le CHU devant le TA de Clermont Ferrand, entraînant un blocage de la situation.

[10] Instruction n°DGOS/PF1/2015/104 du 1er avril 2015

L'hôpital Saint Vincent de Paul, représentant 3,5 hectares situés au cœur du 14ème arrondissement de Paris, constitue l'une des dernières grandes emprises foncières de l'AP-HP dans Paris *intra-muros*. Le site a été libéré de toute activité de soins entre 2009 et 2012. L'AP-HP et la ville de Paris, qui s'est porté acquéreur, sont en discussion depuis 2009, à la recherche d'un compromis sur le prix de cession.

Fin 2009, la ville proposait une valorisation inférieure à 80 M€ alors que l'AP-HP refusait de descendre en dessous de 130 M€, montant nécessaire pour financer son nouveau bâtiment de périnatalité de Port-Royal.

Dès 2010, la ville a attribué à un groupement d'architecture une étude de conception urbaine en vue de faire évoluer le plan local d'urbanisme[11]. Les travaux ont débouché en avril 2010 sur un programme de 65 000 m², qui a été refusé par le directeur général, car estimé, en interne, à 86 M€.

Après que l'AP-HP a demandé à la ville de revoir son programme pour une meilleure valorisation, un projet de 70 000 m² a été présenté en septembre 2012, sans atteindre les 130 M€ souhaités par l'AP-HP. Le projet a en outre été minoré fin 2012 par l'adjonction, aux 50% de logements sociaux déjà prévus, d'une partie de logements intermédiaires à loyer maîtrisé. Le tout était valorisé (oralement) par la direction de l'urbanisme de la ville à 65 M€.

Le préfet de région[12], rappelant que l'AP-HP souhaitait conclure une promesse de vente sur la base de 100 M€, a indiqué qu'un accord était souhaitable « *dans les meilleurs délais, dès lors que le protocole de cession sera conclu. En effet, si celui-ci ne pouvait l'être rapidement, le calendrier de l'opération devrait être reporté après les élections municipales de 2014, ce qui ne manquerait pas d'être dommageable alors que le gouvernement entend favoriser les conditions nécessaires à la création de logement social à Paris* ».

La poursuite des négociations a abouti, le 21 avril 2015 à un accord sur le prix de 92 M€ HT (partie fixe) pour un programme de 60 000 m² de surface de plancher avec :

- 48 300m² de logements dont 50 % de logements sociaux, 20 % de logements intermédiaires et 30 % de logements libres ;

- 11 700m² d'équipement publics et autre, notamment une possible extension de la fondation Cartier, sur environ 5000m².

Une part variable, liée à une clause d'intéressement, prévoit, si les recettes du futur aménageur sont supérieures à 120 M€, leur répartition à hauteur de 75 % pour l'AP-HP et de 25 % pour la ville.

Comme l'a rappelé France Domaine, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la ville de Paris s'est inscrite dans le dispositif de l'article L.240-1 du code de l'urbanisme en faisant jouer son droit de priorité. L'article L.240-3 du même code dispose que « *L'État, les sociétés et les établissements publics mentionnés à l'article L. 240-1 notifient à la commune ou à l'établissement public de coopération intercommunale*

[11] L'hôpital est situé en zone urbaine de grand service urbain (UGSU) selon le PLU actuel. Sa restructuration et son changement de destination (habitation, bureaux, commerces) demande une modification du PLU pour un retour en zone urbaine générale (UG).

[12] Le préfet de région est mandaté par le gouvernement pour développer le logement social. À ce titre, il est responsable de la mobilisation du foncier public et pilote les négociations entre l'État (ou les établissements publics) et les collectivités territoriales pour parvenir à un compromis, notamment à travers des opérations de « dépastillage » (réduction des surfaces dévolues au logement social).

compétent leur intention d'aliéner leurs biens et droits immobiliers et en indiquent le prix de vente tel qu'il est estimé par le directeur départemental des finances publiques. La commune ou l'établissement public de coopération intercommunale compétent peut, dans un délai de deux mois à compter de cette notification, décider d'acquérir les biens et droits immobiliers au prix déclaré […] » L'évaluation doit donc être faite *a priori*.

Pour France Domaine, « *il ne s'agissait pas au cas particulier d'estimer un bien dans son état d'usage actuel, mais en fonction de son potentiel de reconversion. […]. La nature même de l'opération excluait qu'une estimation domaniale puisse être réalisée a priori sans connaître la programmation prévue pour le site et les coûts d'aménagement* ».

Sans méconnaître les raisons avancées par France Domaine pour expliquer son évaluation *a posteriori*, il n'en demeure pas moins qu'elles sont contraires aux dispositions du code de l'urbanisme. La chambre est toutefois très consciente des difficultés à appliquer dans toute sa rigueur la lettre de cet article.

Dans la pratique, les services de France Domaine peuvent participer à une estimation du bien selon un « bilan aménageur », qui intègre les programmes proposés, en retenant la méthode du compte à rebours. C'est en appliquant cette méthode que France Domaine a validé le prix de vente de 92 M€ le 27 mai 2015, soit en toute fin de négociation.

Dans un premier temps, le compte à rebours aménageur a évalué les charges foncières prévisionnelles[13], correspondant à la valeur des droits à construire à 131,3 M€, intégrant une baisse de prix pour les surfaces dévolues au logement social ou intermédiaire.

Tableau n° 1 : Calcul des charges foncières

Catégorie	Proportion	Surface	Charges foncières prévisionnelles	Prix
Logement libre	30%	14 490m²	4000€/m²	57 960 000 €
Logement intermédiaire	20%	9 660m²	2000€/m²	19 320 000 €
Logement social	50%	24 150m²	1290€/m²	31 153 500 €
Total logement	**100%**	**48 300m²**		**108 433 500 €**
Équipements publics		5 200m²	2000€/m²	10 400 000 €
Commerces		500m²	880€/m²	440 000 €
Fondation cartier		6000m²	2000€/m²	12 000 000 €
Total équipements		**11 700m²**		**22 840 000** €
TOTAL		**60 000m²**		**131 273 500** €

Source : Courrier de l'AP-HP et de la mairie de Paris au DRFIP (France Domaine) le 21 avril 2015

L'estimation a ensuite été abaissée à 92 M€, pour prendre en compte les frais d'aménagement liés à l'opération[14].

Une estimation *a priori* par France Domaine, comme elle est prévue par le code de l'urbanisme, aurait permis de fixer la valeur vénale du bien avant l'instruction du dossier et ainsi l'AP-HP aurait pu négocier avec la ville de Paris en ayant à l'esprit un cadre de prix pour les charges foncières prévisionnelles. Cela n'a pas été le cas.

[13] Les charges foncières prévisionnelles sont égales au montant des recettes espérées - le total des dépenses engagées, soit prix de vente acceptable pour équilibrer l'opération

[14] Mise en état des sols, travaux d'aménagement, réalisation du square, honoraires techniques, frais de société, provisions aléas et imprévus, impôts et assurances, frais financiers, frais divers dont frais d'acquisition

S'agissant de l'implication de la ville de Paris, s'il est bien noté, que le programme de logements tel qu'arrêté dans ses différentes composantes n'est que le résultat de la stricte application de son plan local d'urbanisme, ce que la chambre n'avait pas contesté, il n'en demeure pas moins que le prix de ces charges foncières sont la conséquence d'une asymétrie de compétences, amplifiée par l'importance des cessions et de leur rythme dans le modèle économique de l'AP-HP, rappelé par l'établissement dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre.

Aussi, comme le souligne le directeur général, « *l'AP-HP évolue […] dans un contexte marqué par une intervention forte des pouvoirs publics sur les conditions de valorisation du patrimoine des établissements, avec lequel elle doit composer au mieux pour préserver son potentiel d'investissement à la faveur des malades* ».

Le montant au m² de ces charges foncières n'a été obtenu qu'au prix d'un certain réalisme.

Ainsi, s'il paraît délicat de chiffrer un manque à gagner, sans évaluation *a priori*, la question reste ouverte d'autant plus que les parties sont convenues d'un reversement à l'AP-HP si les recettes du futur aménageur sont supérieures à 120 M€.

Cette part variable, considérée par le directeur général de l'AP-HP comme une clause importante du montage définitif, laisse toutefois entrevoir que l'évaluation initiale a peut-être été pessimiste. En tout état de cause, s'il s'avérait que les conditions financières immédiates imposées à l'AP-HP ont abouti à un prix trop faible, celui-ci ne sera qu'en partie compensé en cas de retour à meilleure fortune, alors que ce dernier ne devrait profiter qu'à l'AP-HP.

Ainsi, ces conditions de prix traduisent plus la volonté des parties d'aboutir à un compromis qu'une réalité économique de ces charges foncières en l'absence d'évaluation a priori indépendante. Elles ont été obtenues en vertu des instruments puissants mis en place par le législateur, et utilisés par la ville pour se conformer à ses obligations. Ces conditions ont eu pour conséquence de faire participer l'AP-HP au financement du logement social de la ville de Paris alors que ce n'est pourtant pas la mission de cet établissement public de santé.

Enfin, le directeur général, dans sa réponse aux observations provisoires, précise que les discussions avec la ville tenaient compte des objectifs mentionnés en termes de réservation de logements construits au profit du personnel de l'AP-HP. Toutefois, il n'a pas apporté d'élément précis à l'appui de sa réponse et la ville de Paris, répondant au sujet de la convention cadre signée en 2015, précédemment mentionnée, a indiqué que l'AP-HP « *semblait avoir renoncé à prendre des droits de réservations sur les logements sociaux à construire* ».

Les négociations avec la ville de Paris ont demandé six ans pour aboutir à un compromis, retardant l'exécution du programme immobilier. D'autres exemples montrent que les négociations avec la ville de Paris sont longues et souvent au désavantage de l'établissement.

L'hôpital Broussais, situé dans le 14ème arrondissement de Paris, a donné lieu à une cession fractionnée en différentes parcelles. L'ilot des Mariniers (9 721 m²) et le bâtiment Didot (1 029 m²) estimés par France Domaine à 40 M€ le 9 octobre 2009[15], ont été vendus respectivement à la Ville en 2013, soit quatre ans plus tard, au prix de 36 M€, et en 2011 au prix de 4 M€. Le bâtiment Gaudard d'Allaines (5 023 m²) a été cédé le 3 mars 2008 à la Ville

[15] L'avis domanial précisait que « *les règles d'urbanisme permett(ai)ent a priori d'utiliser le COS optimal de 3* » et qu' « *aucune disposition n'impos(ait)une destination susceptible d'apporter une moins-value au bien* ».

de Paris pour un montant de 14 M€, conforme à l'avis domanial du 24 août 2007. Un terrain bâti situé rue Monceau (8ème arrondissement) a été cédé à la ville le 12 novembre 2013 au prix de 3,7 M€, validé *a posteriori* par France Domaine le 14 juin 2013[16].

À l'inverse, les cessions à des opérateurs privés paraissent avoir été particulièrement favorables pour les finances de l'établissement et beaucoup plus rapides. Ainsi, l'hôtel de Miramion et l'hôtel de Selves (5ème arrondissement[17]) ont été cédés à la société DCI Immobilier le 30 octobre 2012, au prix de 35,1 M€, alors que l'avis domanial du 7 février 2012 avait estimé sa valeur vénale à 32,4 M€, et à 27 M€ si l'opération comportait 25 % de logements sociaux. La transaction a été réalisée en huit mois.

L'hôpital Laennec (7ème arrondissement), estimé par France Domaine à 76 M€, a été cédé en 2002 à une société privée pour un montant de 76,2 M€ pour la partie principale, et de 5,5 M€ pour la parcelle correspondant à l'ancienne crèche.

2.2.3. La convention-cadre de 2015 : les avantages consentis par l'AP-HP appellent à la plus grande vigilance

L'APHP a signé en mars 2015, avec la Ville de Paris, une convention-cadre qui a pour ambition de « *conforter et renforcer les liens* », dans une optique de « *partenariats entre les deux institutions, réaffirmés* ». Elle liste, pour les années 2015-2019, « quatre grands projets », assortis chacun d'un comité de projet.

La « *valorisation du patrimoine foncier et les opérations liées à l'évolution des sites hospitaliers* » est énoncée à l'article 3. Elle établit un partage des perspectives pluriannuelles immobilières de l'AP-HP avec les services de la Ville de Paris, en posant les objectifs propres de chaque partie : pour la Ville de Paris, étendre le parc de logements ; pour l'AP-HP, financer ses investissements et adapter son patrimoine.

Dans un contexte législatif déjà très favorable à la collectivité locale, cette stipulation conventionnelle est déséquilibrée. Elle renforce l'influence de la Ville de Paris sur les modalités de gestion de son patrimoine par l'AP-HP[18], l'hôpital apparaissant alors en position de faiblesse lors des négociations. En effet, son seul moyen de pression vis-à-vis de la ville réside dans sa capacité à différer toute cession immobilière. Or, à l'AP-HP, la diminution de l'endettement entre 2011 et 2014[19] n'a pas été suffisante pour desserrer la pression financière liée à la diminution de la capacité d'autofinancement et lui redonner cette latitude. La vente rapide de foncier lui est donc indispensable pour atteindre cet objectif. Son autonomie en matière de cession est donc, de fait, très limitée.

De surcroît, cette convention ne comporte aucun engagement de la Ville de Paris.

Par ailleurs, la Commission médicale d'établissement (CME) appelée à ratifier la convention-cadre le 10 mars 2015, a précisé, dans un *addendum* au texte proposé, vouloir exercer « *une vigilance particulière sur le partenariat entre la Ville de Paris et l'AP-HP dans le domaine des cessions immobilières* ».

---

[16] France Domaine indique que, « *compte tenu de la situation de la parcelle en ZAC et des spécificités de l'opération, le prix de 3 750 000 €, convenu entre les parties, est considéré comme acceptable.* »

[17] Ces hôtels abritaient le musée de l'AP-HP. La cession du bien, qui faisait partie du patrimoine privé, a été plus facile car elle ne nécessitait pas de modification du plan local d'urbanisme.

[18] Sous réserve d'éventuelles dispositions figurant dans un protocole sur le logement, qui n'est pas finalisé

[19] -257 M€

La chambre appelle l'attention de l'AP-HP pour que l'établissement veille, lors de la mise en œuvre des dispositions de cet article 3, à un juste équilibre des engagements, notamment en prévoyant une convention de réservation auprès des filiales dédiées des bailleurs sociaux, pour répondre aux besoins de logements de ses personnels.

L'accès aux soins et les parcours de soins forment un autre « grand projet ». L'article 2 de la convention stipule que « *l'AP-HP s'engage à soutenir l'effort de la Ville de Paris pour maintenir une offre médicale de secteur 1, notamment en favorisant l'accès aux consultations spécialisées et aux plateaux techniques hospitaliers (…)* ». Cette disposition prend la forme d'un engagement unilatéral de l'AP-HP[20], sans que l'effort de la ville de Paris ne soit spécifié. Il est pourtant totalement fondé que l'hôpital recherche une rentabilité normale de ses plateaux techniques. Dans sa réponse aux observations provisoires la ville de Paris a souhaité apporté des précisions quant à ses engagements auprès de l'AP-HP. Ces engagements concernent tant « *le protocole de collaboration entre centres de santé, centres médico-sociaux et Groupes hospitaliers* », que « *l'action de coordination et d'accompagnement […] afin d'accompagner les malades chroniques et les publics âgés, favorisant ainsi notamment le raccourcissement de la durée de séjour* » ou « *le versement, en 2014, d'une subvention d'investissement de 300 000 € pour financer les travaux de modernisation de l'unité d'hospitalisation de courte durée de l'hôpital Lariboisière, et de 100 000 € pour la restructuration de la maternité de l'Hôpital Tenon* ».

Toutefois, ces engagements ne caractérisent que des contreparties passées et n'apportent pas d'éléments à valoir pour l'application future de la convention.

En outre, après plusieurs rappels des collaborations existantes et affirmations d'intentions de coopérations renforcées[21], l'article 2 comporte des dispositions plus précises portant sur les projets médicaux de l'Hôtel-Dieu, ainsi que sur le futur hôpital Nord.

Il est ainsi mentionné l'existence d'un « *projet médical de l'Hôtel-Dieu* », prévoyant « *un accueil pour des consultations d'urgence doté d'un plateau technique, un centre de médecine ambulatoire (…), des activités de prévention et d'éducation thérapeutique* ». L'article 3, portant sur la valorisation patrimoniale, précise que « *l'opération relative à l'Hôtel-Dieu devra permettre d'associer un programme sanitaire ambitieux et un programme de logements et de services permettant de répondre notamment aux besoins des Parisiens* ».

La ville souligne que le projet de reconversion de l'Hôtel Dieu « *intéresse nécessairement la Ville de Paris et doit faire l'objet d'un accord avec elle. Les surfaces de logements et d'activités économiques que l'AP-HP souhaiterait y développer ne sont aujourd'hui pas autorisées sur cette emprise et requièrent des évolutions de son règlement d'urbanisme que seule la Ville peut engager ».* En rappelant ainsi ses capacités de blocage, elle illustre par la même occasion le déséquilibre de cette convention.

Ainsi, les orientations relatives au maintien d'activités hospitalières dans l'Hôtel-Dieu, certes validées (partiellement) en interne en juin 2014, se trouvent entérinées par un accord bilatéral entre l'établissement et la commune-siège. Elles relèvent pourtant des compétences propres de la direction de l'AP-HP, en lien avec la tutelle, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

---

[20] Sous réserve que ses modalités soient précisées ultérieurement

[21] Au sujet notamment des centres de santé, de la protection maternelle et infantile ou des centres de planification et d'éducation familiale

Dans sa réponse aux observations provisoires, la Ville présente cette clause comme une « recherche de complémentarité Ville-Hôpital (…) à saluer(…) notamment pour le rapprochement de deux Centres Gratuits d'information, de Dépistage et de Diagnostic (GIDD) et de centres de vaccination portés par la Ville et par l'AP-HP. ». Toutefois, l'exemple des centres de dépistage et de vaccination n'est qu'un aspect de la question du futur Hôtel Dieu. Cette « complémentarité » inclut également une intervention de la ville dans l'organisation des soins MCO, au sein de Paris, alors qu'elle ne détient pas de compétence en la matière.

De même, le texte prévoit que « *le projet du futur Hôpital Nord*[22] *soit exemplaire à cet égard* ».

La formule est incertaine. Elle pourrait apparaître comme une volonté de préserver l'offre de soins de l'hôpital Bichat, situé dans le 18ème arrondissement de Paris, au détriment d'un rééquilibrage effectif vers la petite couronne[23].

La Ville, dans sa réponse aux observations provisoires, affirme soutenir le projet d'implantation de l'hôpital Nord à Saint Ouen et partager « *la volonté d'améliorer l'offre de soins hospitaliers dans les quartiers populaires du Nord Est parisien et la petite couronne* ». Il conviendra, pour les deux parties, de faire en sorte que ce rééquilibrage se fasse réellement.

Ces stipulations contreviennent au code de la santé publique qui précise que les établissements publics de santé *« participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent »*[24].

La collectivité estime assumer, en tant que conseil départemental, ses compétences prévues par le code de la santé publique. La chambre souhaite rappeler, à cet égard, que le conseil départemental ne détient pas de compétence en matière d'offre de soins hospitaliers.

Au vu de ces clauses, le risque que des enjeux extérieurs aux objectifs de bonne gestion n'infléchissent les choix stratégiques de l'établissement ne peut donc être écarté. En effet, cette convention semble mettre en place un partenariat très privilégié entre l'établissement et la Ville de Paris, alors que l'essentiel de son activité se fait au bénéfice des franciliens non parisiens. Si la majorité des installations de l'APHP est concentrée sur le territoire de Paris[25], l'établissement réalise 38 % de son activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour des résidents de Paris intramuros et 49 % pour des résidents de départements de petite couronne.

Il serait donc logique que lors de ses futurs investissements structurants, notamment celui du futur Hôpital Nord, l'établissement s'interroge, dans le cadre de la Métropole du Grand Paris,

---

[22] Le projet hôpital Nord prévoit la restructuration du GH Paris Nord Val de Seine, notamment des sites de Bichat-Claude Bernard (18ème arrondissement) et Beaujon (92), avec la construction d'un nouvel hôpital, probablement à Saint Ouen (93)

[23] Un collectif contre la disparition de l'hôpital Bichat (18ème arrondissement) a vu le jour en avril 2015.

[24] Article L.6111-1

[25] Le territoire parisien concentre plus de 60 % des lits MCO de l'établissement 61 % en médecine, 63 % en chirurgie et à 64 % en obstétrique.

sur un rééquilibrage en faveur de la proche banlieue, qui connaît une forte évolution démographique et où les besoins sanitaires sont les plus grands.

Au sujet des crèches, abordé à l'article 4, la convention-cadre définit comme partenariat l'objectif d'« *amplifier l'accueil des familles parisiennes dans les crèches de l'AP-HP qui existe depuis plusieurs années mais de façon trop limitée* ». L'ouverture aux enfants parisiens sera, selon le directeur général, encadrée et ne diminuera pas l'accès des enfants des agents de l'AP-HP. Cependant, la détermination d'un « *objectif d'au moins 370 places d'ici 2018, sur des horaires correspondant aux besoins des parisiens* », de « *capacités d'accueil réservées aux enfants parisiens* » constitue une contrainte pour l'AP-HP, au profit de la seule Ville de Paris. Il en va de même de l'engagement, par l'AP-HP, d'accorder à la ville, « *à titre gracieux* », des titres d'occupation de longue durée sur des locaux de l'établissement pour la construction de 500 places de crèche.

2.2.4. Des relations étroites illustrées par les difficultés du projet l'Hôtel Dieu

2.2.4.1. Une profonde reconversion du site, dans le cadre du plan stratégique 2010-2014 et de la création du Groupe Hospitalier Paris Centre (GHPC)

L'Hôtel Dieu, situé sur l'île de la Cité, occupe dans Paris une position très centrale, à 200 mètres de la station Chatelet-Les Halles[26]. Créé en 651 et plus ancien hôpital de France et même d'Europe, il a valeur de symbole au cœur de la capitale.

Le transfert sur l'hôpital Cochin des six services d'hospitalisation conventionnelle[27] de l'Hôtel Dieu, dans le cadre du groupement hospitalier Paris Centre, était l'un des projets emblématiques du plan stratégique 2010-2014. Le site, d'une surface de 57 000 m², souffre en effet de graves problèmes de sécurité[28], nécessitant des investissements estimés entre 110 M€ et 160 M€.

2.2.4.2. Un projet initial incertain et multiforme

Alors que le plan stratégique avait annoncé que chaque hôpital du groupe serait porteur d'un projet clairement identifié, les propositions concernant l'Hôtel Dieu étaient en 2010 approximatives. Les orientations comportaient un axe « urgences et aval », et un axe « ambulatoire ». Une reconversion progressive autour des orientations de santé publique en lien avec des partenaires extérieurs, était évoquée « *en fonction de la position des pouvoirs publics* ».

Le transfert progressif des services d'hospitalisation conventionnelle de l'Hôtel Dieu vers l'hôpital Cochin a été acté par les instances (conseil de surveillance et CME) au printemps 2011. L'Hôtel Dieu avait alors vocation à se réorganiser autour de trois axes :

- un hôpital universitaire de santé publique ;

[26] La plus grande gare souterraine du monde, tant en nombre de voyageurs qu'en nombre de trains. 750 000 voyageurs y transitent chaque jour

[27] Chirurgie thoracique, chirurgie ambulatoire, réanimation, pneumologie, oncologie, médecine interne, diabéto-endocrinologie, ainsi que les unités de réanimation, endoscopie et anatomo-pathologie– soit un total de 250 lits

[28] Le président de la CME indiquait, lors du conseil de surveillance du 16 mars 2011, avoir éprouvé un sentiment de soulagement en quittant l'Hôtel Dieu car « *les personnels vivaient dans l'angoisse permanente d'un incendie et avaient honte de l'état des locaux destinés aux malades* »

- le transfert du siège situé avenue Victoria, et la cession de l'immeuble ainsi libéré ;

- le maintien de l'activité des urgences, rappelé par le maire de Paris comme un élément essentiel du dossier.

La direction précisait alors que le projet était en phase d'élaboration et qu'il demandait à être encore travaillé. D'autres options étaient envisagées, tel un centre de santé pour étudiants ou un regroupement d'écoles.

Dès cette date, des oppositions sont apparues, notamment de la part de la ville de Paris[29] et de certains membres de la CME qui jugeaient ce projet flou, coûteux et « *de prestige* »[30]. Manquant d'une vision globale, sans qu'aucun choix n'ait été arrêté parmi les multiples options possibles, la conduite du projet donnait une impression de flottement. Un comité de pilotage[31] a alors été mis en place par le président du conseil de surveillance pour mieux faire comprendre les enjeux globaux.

Enfin, la solution juridique préconisée ajoutait à la complexité du dossier, dans la mesure où un groupement de coopération sanitaire (GCS) devait regrouper autour de l'AP-HP des médecins et radiologues libéraux, les universités, les écoles, la Ville de Paris, « *ainsi que d'autres partenaires externes* ».

Les réflexions et les réunions menées au cours de l'année 2012 n'ont permis la formalisation d'aucun de ces trois axes.

Alors que le schéma opérationnel définitif du site de Cochin-Port-Royal était quasi fixé, le projet médical concernant l'Hôtel Dieu était à peine ébauché. Ainsi, le dimensionnement du service d'accueil des urgences, priorité de la configuration future et devant à ce titre « *disposer d'un schéma médical le plus précis possible* », était toujours à l'étude. En outre, la fermeture des lits d'aval liée à la disparition des services d'hospitalisation conventionnelle rendait son maintien problématique.

La transformation en un hôpital universitaire de santé publique, notamment, ne présentait pas de contours définis. Le rapport Moreau de juin 2012, portant sur la création d'un hôpital universitaire de santé publique à Hôtel Dieu, notait d'ailleurs en préambule que la définition de la santé publique n'était pas évidente et qu'en raison des difficultés de conception du projet, les risques d'enlisement étaient nombreux. Dans sa réponse, l'ordonnateur alors en poste souligne que le rapport comportait également « *la recommandation pour y répondre (mise en place d'une structure de projet avec un pilote médical), recommandation qui a été suivie* ».

Le projet de déménagement du siège de l'AP-HP (et du « musée ») souvent occulté, semblait acté en mai 2012, la vente devant servir à financer le projet.

---

[29] Son représentant jugeait, en mars 2011, « *inacceptable que plus de la moitié du bâtiment de l'Hôtel Dieu soit consacrée à des activités administratives* » et annonçait qu'il ne soutiendrait pas le projet

[30] La création d'u hôpital universitaire de santé publique avait été préconisée par des personnalités reconnues (Axel Kahn et Jean Marie Le Guen) dans un article du Figaro du 8 juillet 2009

[31] Composé d'un représentant de la Ville de Paris, de représentants de l'ARS et des responsables médicaux et administratifs de l'APHP

2.2.4.3. Des ambiguïtés persistantes débouchant sur une situation de blocage (mi-2012, mi-2013)

- **Des positions antagonistes cristallisées autour de l'avenir des urgences**

À partir de la mi-2012, la question du service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôtel Dieu, tout d'abord médicale et financière, est devenue un enjeu politique, occultant les autres aspects du projet.

Le service des urgences enregistrait 43 500 passages par an en 2012, dont environ 20 % de touristes. Dès juin 2012, la CME s'est prononcée pour la fermeture complète des urgences au cours de l'année 2013, alors qu'aucun projet alternatif n'était arrêté.

Néanmoins, lors de la réunion du directoire du 18 septembre 2012, la décision de maintenir ou de fermer les urgences a été reportée à une date ultérieure en raison notamment de son 'impact sur la vie politique municipale. Ces atermoiements ont été particulièrement mal perçus par les personnels non médicaux et par la communauté médicale, un problème de qualité des soins commençant à se poser. Aussi la CME, en phase avec la direction, a adopté à la quasi-unanimité[32], le 13 novembre 2012, une motion préconisant la fermeture progressive du service d'accueil des urgences au cours de l'année 2013, au nom de la qualité et de la sécurité des soins, et une redistribution des urgences vers Cochin. Elle jugeait le maintien d'un service d'accueil des urgences impossible, en l'absence d'environnement adéquat (plateau technique d'imagerie et de biologie, réanimation et anesthésie, services d'hospitalisation d'aval). La création d'une offre exclusivement ambulatoire au sein d'une maison médicale pluridisciplinaire, ouverte 24 heures sur 24, a été proposée pour prendre le relais.

En outre, pour la CME, l'ampleur des investissements nécessaires pour assurer la sécurité à l'Hôtel Dieu remettait en cause le financement des autres projets de l'AP-HP, notamment sur le site de l'hôpital Lariboisière, à moins d'obtenir des subventions ou des produits de cessions immobilières, comme le siège de l'avenue Victoria.

- **La mise en place d'un comité de soutien et le blocage des décisions, en raison du contexte politique local**

A l'approche des élections municipales de mars 2014, la transformation du service d'accueil des urgences en un centre de consultations ouvert 24 heures sur 24 est devenue un enjeu important de la campagne électorale, un comité de soutien au maintien des urgences (et du service de médecine interne) ayant été créé au début 2013.

Lors de sa séance du 8 juillet 2013, le comité technique d'établissement a voté à l'unanimité la nécessité d'un moratoire sur la fermeture du service.

Le 10 juillet 2013, la ministre de la santé a annoncé que la date de fermeture, prévue au 4 novembre, était « décalée », « *pour ne courir aucun risque sur la prise en charge des urgences à Paris au début de l'hiver* ».

En réponse, le président de la CME a réaffirmé début août, dans un communiqué de presse, la nécessité de fermer les urgences à la date prévue, le 4 novembre 2013, en raison de *« la dégradation accélérée des conditions de prise en charge des patients* », position réaffirmée le 10 septembre 2013, par une nouvelle motion, adoptée par 49 votes favorables sur 60.

[32] 55 votes pour, 2 votes contre, 3 votes blancs

Le 2 octobre 2013, le président de la CME a accompagné la directrice générale à l'hôtel de ville pour « *y défendre le point de vue de l'AP-HP sur le devenir de l'Hôtel Dieu* » et le 13 novembre 2013, un nouveau directeur général était nommé.

2.2.4.4. Des incertitudes durables et une communication difficile

Le nouveau directeur général a présenté en juin 2014 un nouveau plan, préparé et validé par la CME locale, qui prévoit une répartition des 55 000 m² de l'Hôtel-Dieu en trois parties, avec une aile hospitalière A dévolue à l'offre de soins et un accueil des urgences, une aile B devant accueillir des logements et une aile C consacrée à la santé publique et à l'économie de la santé.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur général a précisé que, dans le projet définitif, l'aile C sera consacrée aux activités tertiaires et à un centre de congrès.

L'accès de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) aux urgences a été évoqué dans le cadre de procédures d'orientation des premiers secours vers des consultations ou des maisons médicales, en cas d'urgences non vitales. Un protocole BSPP-APHP a été signé en mars 2015 et un groupe de travail a été chargé de définir les critères communs permettant l'orientation des patients et les moyens à mettre en œuvre.

La CME a émis le 14 avril 2015 un avis négatif concernant ce nouveau projet. Dénonçant une nouvelle fois *« l'incertitude dans laquelle étaient plongées les équipes depuis quatre ans, les conditions confuses de la gouvernance et le sentiment d'insécurité et de précarité des personnels* ».

Les urgences étant la « vitrine » de l'hôpital, tout évènement les touchant a une forte résonnance médiatique. La direction a donc jugé préférable de ne présenter le projet devant les instances de décision qu'en étant certaine du soutien des acteurs institutionnels, notamment de la Ville de Paris, dont la position sur ce dossier continue d'être déterminante. Ainsi, le 28 avril 2015, cette dernière a apporté son soutien au projet de la direction générale, estimant notamment que « *le maintien d'un accueil d'urgence (étaient) des enjeux du 21ème siècle qui (avaient) toute leur place au cœur de Paris, à l'Hôtel-Dieu »*.

2.2.4.5. Un déficit persistant

Le maintien des urgences à l'Hôtel Dieu exige le maintien d'un service de radiologie 24h/24, ainsi que l'ouverture de quatre lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), alors que le nombre de passages n'a cessé de décliner jusqu'en 2014. Selon le directeur général, le service des urgences aurait accueilli 27 200 passages en 2015, soit près de 10% de plus qu'en 2014.

Tableau n° 2 : Nombre de passages aux urgences de l'Hôtel-Dieu

	2010	2011	2012	2013	2014
nombre de passages	41 516	43 147	40 000	33 388	24 746

Source : SAE

L'évolution du compte de résultat montrait un déficit croissant.

Tableau n° 3 : Compte de résultat de l'Hôtel-Dieu

en M€		**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Dépenses	Titre 1 charges de personnel	93,2	88,5	81,3	77,5	58,5	34,7
	Titre 2 charges à caractère médical	42,3	44,8	42,7	41,7	33,4	30,9
	Titre 3 charges à car. hôtelier et général	19,2	17,2	14,4	12,9	10,6	7,8
	Titre 4 amort., prov., fin., excep.	13,5	14,5	12,5	13,6	10,8	7,1
Total dépenses		*168,2*	*164,9*	*151,0*	*145,7*	*113,2*	*80,5*
Recettes	Titre 1 produits de l'assurance maladie	115,6	105,9	100,0	81,9	53,2	21,0
	Titre 2 autres produits de l'activité hospi.	17,8	16,9	16,7	14,7	10,1	3,9
	Titre 3 autres produits	28,9	34,5	39,6	41,0	41,1	45,8
Total recettes		*162,3*	*157,4*	*155,9*	*137,6*	*104,4*	*70,7*
Résultat		**-5,9**	**-7,6**	**5,0**	**-8,1**	**-8,8**	**-9,8**

Source : étude du cabinet de conseil et comptes d'exploitation de l'hôpital

Par ailleurs la part de l'Hôtel Dieu dans le déficit global du groupement hospitalier de Paris centre ne cesse d'augmenter, jusqu'à y participer à hauteur de 70 % en 2014.

Tableau n° 4 : Résultat de l'Hôtel-Dieu au sein du GH Paris Centre

En millions d'€	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
HOPITAL HOTEL-DIEU/LA COLLEGIALE	5,0	-8,1	-8,8	-9,8
HOPITAL COCHIN/ST VINCENT DE PAUL	-20,9	-9,1	-9,9	-5,2
HOPITAL BROCA/LA ROCHEFOUCAULT	1,4	1,1	-0,5	2,8
Total HU Paris Centre	**-14,5**	**-16,1**	**-19,2**	**-12,3**

Source : comptes d'exploitation GHPC

En 2012, un cabinet de conseil avait effectué, dans le cadre d'une mission de conseil stratégique auprès de la direction générale, un travail concernant l'accompagnement du projet de l'Hôtel Dieu. Différents scenarios avaient été élaborés, montrant que le maintien du service d'accueil des urgences, sans département d'aval, entraînait un déficit de 172 000 € en cas d'ouverture 24 heures/24 et de 317 000 € en cas d'ouverture de 7 heures à 23 heures.

Ni un centre de consultations de santé publique, ni un centre de consultations spécialisées, prodiguées par des médecins de l'AP-HP, n'étaient en mesure d'assurer un équilibre financier. Seul un centre de consultations non programmées était susceptible de ne pas être déficitaire.

En 2015, un nouveau projet a été ébauché comprenant à nouveau trois parties, modifiées par rapport à 2014 : une aile hospitalière A dévolue à l'activité de soins, l'accueil des urgences, ainsi qu'à des activités de santé publique et de recherche, une aile B « valorisée » avec la construction de logements, en partenariat avec la Ville sous forme de bail emphytéotique, et une aile C, semi ouverte sur la Ville, destinée à accueillir des salles de réunions et de conférences. Il ne s'agit toutefois que d'un projet, qui a bénéficié de la mise en place d'un comité de pilotage et qui reste à concrétiser.

2.3. Les conditions d'emploi atypiques d'une directrice générale issue du secteur de l'entreprise publique

Le directeur général de l'AP-HP est nommé par le Président de la République par décret en conseil des ministres.

La nouvelle directrice nommée en septembre 2010 était issue d'une grande entreprise publique. Le profil recherché était en effet celui d'un dirigeant venant du secteur de

l'entreprise. Elle a été recrutée sous statut contractuel de droit public, comme l'autorise la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui dispose que peuvent être nommées, dans certaines conditions, des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire. Par ailleurs, la loi HPST du 21 juillet 2009 a ouvert la voie au recrutement des directeurs d'établissement issus d'autres fonctions publiques, de professionnels ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management (possibilité qui existait déjà auparavant pour les postes de directeur général et de secrétaire général de l'AP-HP).

La rémunération de la directrice générale s'est élevée à un peu moins de 300 000 € brut par an, dont une part fixe de 250 000 €[33]. Ce montant était supérieur de 50 % à la rémunération des directeurs généraux fonctionnaires, en poste en début et fin de période, de l'ordre de 200 000 € par an, dont une part fixe de 165 000 €.

Cette rémunération, validée par courrier ministériel du 26 octobre 2010 fait référence à « une part fonctionnelle de 165 000 € », qui correspond aux parts fixes des autres directeurs généraux, et à « une part personnelle de 85 000 € non reconductible à son successeur et visant à maintenir la rémunération fixe antérieure de l'intéressée ».

Le décret n° 2010-265 du 11 mars 2010, relatif aux modalités de sélection et d'emploi des personnes nommées en application de la loi du 9 janvier 1986, précise notamment que la rémunération du directeur est fixée, selon le type d'établissement concerné, par référence au niveau de rémunération des personnels de direction de la fonction hospitalière exerçant des fonctions similaires. Mais ce texte ne fait pas référence à une rémunération antérieure. Le traitement différencié appliqué la directrice générale, par attribution d'une part salariale supérieure de 50 % à la rémunération de référence, n'est donc pas fondé sur une base règlementaire.

Le décret précité dispose également que le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans, renouvelable une fois. Or, le recrutement de la directrice générale n'a pas donné lieu à un contrat en bonne et due forme. Une décision unilatérale relative à sa rémunération, en date du 16 novembre 2010, signée par le directeur des ressources humaines et le contrôleur financier de l'APHP en a fait office. Ce document ne comporte pas de durée, formalité pourtant substantielle. Pour autant, ce même document prévoit à son article 4 qu'« *en cas d'interruption ou de non-renouvellement de son mandat, Mme X pourra recevoir un complément de rémunération correspondant à six mois de rémunération brute (hors part variable)* » Ce complément de rémunération s'assimile à une indemnité de licenciement, même si le terme n'est pas employé. L'ancienne directrice générale, dans sa réponse aux observations provisoires, conteste qu'il n'y ait pas eu de contrat mais elle fait référence à cette même décision de novembre 2010, qu'elle n'a pas signée.

A la suite de la nomination d'un nouveau directeur général de l'AP-HP par décret du Président de la République en conseil des ministres du 13 novembre 2013, et donc de l'interruption du mandat de la précédente directrice générale, une rémunération complémentaire de 125 000 € bruts lui a été versée en application d'une décision du 31 décembre 2013 signée par les ministres des affaires sociales et des finances.

Le décret du 6 février 1991 (article 50), visé par la décision de rémunération de la directrice générale, dispose que « *l'indemnité de licenciement est égale à la moitié de la rémunération*

[33] Soit une rémunération mensuelle de base de 20 833,33 € brut, correspondant à 17 253,69 € net.

de base définie à l'article précédent[34] *pour chacune des douze premières années de services, au tiers de la même rémunération pour chacune des années suivantes, sans pouvoir excéder douze fois la rémunération de base. (…)* ».

La détermination d'une indemnité de licenciement égale à six mois de rémunération de base s'écarte donc de ces dispositions. Dans la mesure où la directrice générale est restée en fonction trois ans et deux mois, l'indemnité de licenciement aurait dû être de 25 881 € net, correspondant à la moitié de la rémunération de base nette pendant trois mois. Une « rémunération complémentaire », excédant de 88 044 € l'indemnité de licenciement prévue par les textes, a donc été versée.

Les écarts de rémunération comme les suppléments financiers liés aux modalités particulières de recrutement et de fin de fonction de la directrice générale ont eu un impact d'environ 530 000 €[35] sur les finances de l'établissement.

La directrice générale en fonction entre 2010 et 2013 a par ailleurs, pendant cette période, conservé ou acquis, à titre personnel, des mandats au sein de conseils d'administration d'organismes divers (entreprises publique et privée, fondation, association), mandats qu'elle a mentionnés lors de son recrutement à l'AP-HP sans susciter d'observations ni d'objections.

Ces mandats posent la question du respect des règles d'exercice définies au I. de l'article 25 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, qui dispose que « *Les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. Sont interdites, y compris si elles sont à but non lucratif, les activités privées suivantes : 1° La participation aux organes de direction de sociétés ou d'associations ne satisfaisant pas aux conditions fixées au b du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ; (…) Les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public peuvent toutefois être autorisés à exercer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, à titre accessoire, une activité, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé, dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui leur sont confiées et n'affecte pas leur exercice.* »

La circulaire du 11 mars 2008 relative au cumul d'activités et portant application de la loi du 13 juillet 1983 modifiée, précise que « *serait notamment considéré comme participant à de tels organes de direction un agent public qui (…) serait membre d'un organe collégial de direction (de premier degré, comme le conseil d'administration ou le conseil de surveillance dans une société anonyme (…)).* » La liste des « *activités exercées à titre accessoire et susceptibles d'être autorisées* », établie par l'article 2 du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'État, ne comprend pas les mandats d'administrateur de société anonyme.

---

[34] L'article 49 indique : *« La rémunération servant de base au calcul de l'indemnité de licenciement est la dernière rémunération nette des cotisations de sécurité sociale et, le cas échéant, des cotisations d'un régime de prévoyance complémentaire effectivement perçue au cours du mois civil précédant le licenciement. Elle ne comprend ni les prestations familiales, ni le supplément familial de traitement, ni les indemnités pour travaux supplémentaires ou autres indemnités accessoires. »*

[35] Coût total employeur correspondant aux rémunérations brutes de 85 000 € annuels ramenés à 38 mois (soit 269 167 € brut, pour un coût total employeur de 410 161 €) et au trop-perçu d'indemnité de licenciement (96 603 € brut, soit un coût total employeur de 120 174 €).

Les deux premiers mandats cités d'administrateur au sein de sociétés anonymes ont cessé au moment où l'intéressée a pris ses fonctions à la Cour des comptes, qui a rappelé, à cette occasion, les obligations résultant de la loi du 13 juillet 1983 susmentionnée.

2.4. Une certification par la Haute autorité de santé (HAS) en sursis à plusieurs reprises

Plusieurs hôpitaux ou groupements hospitaliers ont fait l'objet d'un sursis à certification par la haute autorité de santé (HAS) au cours des derniers exercices, en raison de réserves majeures : les groupements Paris centre et Paris Seine-Saint-Denis et le groupement Paris Nord Val de Seine en 2013 ; le groupe Paris Île-de-France Ouest en 2014.

Le directeur général a précisé que les thèmes concernés par des décisions relatives à ces groupements hospitaliers de l'AP-HP s'inscrivent dans les neuf premiers motifs des décisions de la Haute Autorité de Santé en matière de certification concernant les autres CHU et Etablissements de santé de France.

Les réserves portaient :

- pour le groupe hospitalier Nord Val de Seine, sur les déchets et la prise en charge médicamenteuse en MCO, en SLD et santé mentale, sur l'intimité en MCO, SSR et SLD ; sur l'organisation des blocs ;

- pour le groupe hospitalier de Paris centre, sur l'organisation du bloc opératoire et l'organisation de l'activité d'endoscopie;

- pour le groupe hospitalier de Paris Seine-Saint-Denis, également sur l'organisation du bloc opératoire et l'organisation de l'activité d'endoscopie ;

- pour le groupe hospitalier de Paris Île-de-France Ouest, sur la prise en charge médicamenteuse du patient (en court séjour, SSR et soins de longue durée).

Les sursis à certification opposés à l'AP-HP ne concernait en 2012 que 5 % des établissements de santé, proportion sensiblement plus élevée (8 %, soit 42 établissements) au sein des établissements publics.

3. UNE STRATÉGIE INTERNATIONALE ENCORE LIMITÉE AU REGARD DE LA DIMENSION DE L'AP-HP

3.1. L'accueil des patients étrangers : une activité modeste, qui fait l'objet de freins divers

3.1.1. Une position à affirmer en raison d'enjeux importants

Le rapport de M. de Kervasdoué sur la valorisation de l'accueil des patients étrangers en France, publié le 15 mars 2015 a mis l'accent sur ce marché mondial en plein essor, y compris pour les pathologies autres que des spécialités « de confort » telles que la chirurgie esthétique. Des pays comme l'Allemagne, Israël, la Thaïlande, Singapour se sont positionnés sur ce créneau.

Par ailleurs, la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques du 6 août 2015 (dite loi Macron) a autorisé les centres hospitaliers universitaires à créer des filiales commerciales. Jusqu'alors, les CHU ne disposaient pas d'instrument juridique pour

valoriser leur expertise à l'international, et les résultats de la recherche au niveau industriel et commercial.

L'AP-HP a déclaré vouloir renforcer sa place à l'international afin de valoriser pleinement son haut niveau de compétences. Elle est par exemple à la pointe dans les domaines des maladies rares, de la pédiatrie spécialisée, des transplantations et des greffes de moelle, de la chirurgie cardiaque.

3.1.2. Une activité qui reste modeste

En 2014, 11 185 séjours programmés de patients étrangers (individuels ou pris en charge par un organisme étranger) ont été enregistrés dans les établissements de l'AP-HP, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2010.

Tableau n° 5 : Nombre de séjours par groupe hospitalier

GH	**2010**	**2014**	**%évol**
GO1 (Avicennes-J. Verdier-rené Muret)	85	158	85,90%
G02 (Lariboisière-Saint Louis)	1403	837	40,3%-
G03 (Bichat-Beaujoun-Bretonneau-Louis Mourrier)	635	749	18%
G04(La pitié-Ch. Foix)	1690	2 056	21,70%
G06 (Saint Antoine-Trousseau-Rotschild)	1041	1 238	18,90%
G07(Béclère-Bicetre-P. Brousse)	1184	1 085	8,4%-
G08(H.Mondor-etc…)	441	506	14,70%
12(Cochin-Hotel Dieu)	1377	1 130	17,9%-
G18(HEGP-Corentin Celton)	1201	1 806	50,40%
G24 (A. Paré-R.Poincarré-SBerck-Sainte Perrine	260	284	9,20%
H61 (Necker)	646	994	53,90%
H70(R. Debré)	221	342	54,80%
TOTAL AP-HP	**10 184**	**11 185**	**9,80%**

Source : Plan d'accueil des patients non-résidents (CME du 7 juillet 2015)

L'accueil de patients étrangers, qui représente moins de 1 % de la patientèle totale, reste très modeste à l'AP-HP en comparaison d'autres établissements, français ou étrangers[36]. Les deux activités les plus valorisantes, hors aide médicale d'Etat (AME)[37], pour les finances de l'AP-HP[38] ont peu évolué.

Tableau n° 6 : Évolution des recettes du compte 733

	2009*	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
733-1 (conv. int.)	*27 747 400*	22 260 168	26 817 665	25 771 100	28 539 942	26 307 484
733-8 (autres)	*29 267 880*	30 059 118	34 229 528	31 664 043	29 780 500	30 040 810
TOTAL	***57 015 280***	**52 319 286**	**61 047 193**	**57 435 143**	**58 320 442**	**56 348 294**

**pour mémoire* Source : comptes financiers

[36] Les patients étrangers représentent 17 % des patients du NY Presbyterian Hospital de New York, 11 % des patients du Great Osmond Street Hospital de Londres et 35% des patients de l'hôpital américain de Neuilly

[37] L'aide médicale de l'État (AME) prend en charge les soins pour les personnes étrangères en situation irrégulière. Elle est attribuée par l'État sous conditions de résidence et de ressources. Au cours de la période, les recettes issues de l'AME, imputées au compte 733-2) ont été de 120M€ par an en moyenne. Cette activité n'a pas été prise en compte dans cette étude, car relevant d'une problématique complètement différente

[38] Mais aussi pour les finances de l'assurance maladie, puisqu''elles sont théoriquement à la charge d'organismes de protection sociale étrangers

Les recettes des prestations au titre des conventions internationales qui comptabilisent les flux transitant par les caisses européennes (compte 733-1), ont légèrement baissé. Celles des prestations « autres » (compte 733-8), qui recouvrent les soins dispensés aux patients assurés auprès d'organismes de protection étrangers, hors UE[39], ont stagné.

La facturation est faite sur la base du tarif journalier de prestation (TJP), auquel s'ajoute le forfait journalier. Pour les patients « autres », les tarifs sont majorés de 30 %, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, qui prévoit la possibilité pour les établissements de santé de fixer des tarifs spécifiques pour ces patients[40].

Cette majoration ne trouve néanmoins à s'appliquer que dans un tiers des cas. Elle nécessite en effet de dénoncer les différentes conventions passées avec les organismes étrangers.

3.1.3. Une activité exposée à des difficultés majeures de recouvrement des recettes

Le montant moyen des recettes apportées par les patients étrangers est de 57 M€ par an, et de 107 M€ en incluant les étrangers « individuels » qui figurent par erreur au compte 732. Les enjeux relatifs au recouvrement de ces créances ne sont donc pas négligeables.

Or, la dette au titre des patients étrangers n'a cessé de s'alourdir au cours de la période examinée, pour dépasser 100 M€ fin 2014, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 7 : Évolution des créances des redevables étrangers

411-81	2010	2011	2012	2013	2014
Montant (en €)	39 045 438	79 792 717	91 903 198	99 997 030	115 667 098

Source : comptes financiers

L'établissement signale que la principale difficulté dans ce domaine concerne la Caisse Nationale d'Assurance Maladie algérienne, (environ 11 M€ en 2014), celle-ci demandant qu'un compte rendu d'hospitalisation soit attaché à la facture. Or, cela est prohibé en France en raison du secret médical. Dans sa réponse, l'ordonnateur a précisé que « *des négociations ont été menées entre l'AP-HP et la Caisse Nationale des Assurances Sociales d'Algérie (CNAS) et ont permis le paiement de 7 millions d'€ à ce jour […]* ». L'AP-HP et la CNAS devraient signer un protocole d'apurement sur la situation antérieure au 31/12/2015, dans l'attente de la signature du protocole national franco algérien. L'Arabie Saoudite également considérée comme un « *mauvais payeur* » par l'AP-HP a « *[…] régularisé partiellement [sa] situation financière vis-à-vis de l'AP-HP […]* ».

[39] Caisses de sécurité sociale étrangères (notamment avec l'Algérie, le Maroc, la Tunisie et le Moyen Orient), ambassades hors UE, employeurs étrangers

[40] L'arrêté de majoration a été pris par l'AP-HP le 31 juillet 2013, mais les recettes concernant les patients particuliers (hors convention, hors organismes), auraient été versées à tort au compte 732 au second semestre 2013 et en 2014, expliquant la diminution du compte 733-8. L'AP-HP a demandé à la DGHOS un sous compte 733 spécifique pour pouvoir intégrer et identifier le montant de ces prestations, qui représenteraient environ 30 M€ par an (39M€ en 2014).

Tableau n° 8 : Dettes relevant des patients étrangers (hors AME) par pays de résidence

Dettes des pays étrangers auprès de l'AP-HP	Donnée DSFP (sous réserve des encaissements en cours)			
PAYS	**PARTICULIERS au 15/11/2014**	**ORGANISMES ETRANGERS 15/11/2014**	**AMBASSADES à PARIS au 15/11/2014**	**TOTAL AU15/11/2014**
Algérie	20 328 016,22 €	11 059 251,30 €	255 357,91 €	**31 642 625,43 €**
Maroc	6 368 426,22 €	4 559 620,59 €	123 184,45 €	**11 051 231,26 €**
USA	3 681 995,71 €	1 971 248,12 €	9 219,21 €	**5 662 463,04 €**
Belgique	1 091 937,30 €	3 820 539,74 €		**4 912 477,04 €**
Tunisie	2 592 016,74 €	2 131 672,82 €	5 687,78 €	**4 729 377,34 €**
Italie	3 699 860,15 €	371 755,27 €		**4 071 615,42 €**
Arabie Saoudite	631 384,47 €	15 591,96 €	3 073 099,02 €	**3 720 075,45 €**
Royaume Uni	1 522 866,41 €	1 357 073,67 €		**2 879 940,08 €**
Espagne	2 185 471,81 €	564 661,84 €		**2 750 133,65 €**
Portugal	1 568 897,33 €	865 522,09 €		**2 434 419,42 €**
Koweït	1 434 168,33 €	15 246,80 €	672 501,28 €	**2 121 916,41 €**
Cameroun	1 508 300,66 €	382 808,90 €	187 821,32 €	**2 078 930,88 €**
Gabon	1 110 306,47 €	752 267,72 €		**1 862 574,19 €**
Sénégal	1 331 164,47 €	280 261,95 €	189 257,52 €	**1 800 683,94 €**
Roumanie	1 728 417,61 €	29 142,19 €		**1 757 559,80 €**
Allemagne	856 469,83 €	609 871,65 €		**1 466 341,48 €**
Egypte	1 378 890,15 €	21 237,20 €		**1 400 127,35 €**
Brésil	1 330 882,21 €	5 681,34 €		**1 336 563,55 €**
Canada	1 091 440,12 €	218 073,27 €		**1 309 513,39 €**
Congo	915 110,65 €	0,00 €	302 398,18 €	**1 217 508,83 €**
Israël	375 153,96 €	764 835,23 €		**1 139 989,19 €**
Autres	21 595 138,92 €	4 255 311,90 €	1 377 737,66 €	27 228 188,48 €
TOTAL	**78 326 315,74 €**	**34 051 675,55 €**	**6 196 264,33 €**	**118 574 255,62 €**

Source : AP-HP

Parmi ces créances, il n'a pas été possible pour la chambre de calculer les pertes enregistrées chaque année après admission en non-valeur, car l'APHP ne distingue pas au sein des admissions en non-valeur celles qui relèvent des patients étrangers.

En revanche, le compte 416-81 relève les créances contentieuses à l'encontre des redevables non-résidents non-assurés à un régime d'assurance maladie en France ou dans un État membre de l'Union Européenne (globalement le compte 733-8). Les montants annuels sont peu élevés[41] (inférieurs à 100 000 € par an, soit 0,14 % du total des recettes correspondantes), et qu'ils ont été entièrement soldés en 2014 (recouvrement ou admission en non-valeur ?).

3.1.4. De nouvelles mesures pour améliorer le recouvrement, présentées en juillet 2015

Un nouveau plan d'accueil des patients non-résidents a été présenté devant la CME le 7 juillet 2015. Il porte essentiellement sur le volet facturation-recouvrement et la réduction des impayés.

La révision de la politique de conventionnement des organismes étrangers prévoit la résiliation de la vingtaine de conventions existantes, et des 580 prises en charge, passées avec les quelques 600 organismes enregistrés par l'AP-HP. Pour les patients étrangers programmés, hors UE, aucune prise en charge d'un organisme étranger ne sera plus acceptée, et le patient règlera lui-même sur la base d'un devis. Seuls quelques organismes pourront régler les soins de leurs adhérents, sur facture, après la sortie du patient.

[41] Ce qui est logique puisque le comptable n'a pas compétence pour engager des poursuites hors du territoire national

En réponse aux observations provisoires, l'AP-HP a informé la chambre qu'elle « *a dénoncé la majorité des accords avec des institutions étrangères, qui prévoyaient un paiement a posteriori pour leur substituer un paiement à l'avance; après que des mesures ont été prises en 2015 pour enrayer cette évolution* ».

Toutefois, ces mesures recouvrent des enjeux diplomatiques, qui limitent les marges de manœuvre de l'AP-HP. À cet égard, le ministère des affaires étrangères, dans un courrier du 1er septembre 2015, a tenu à préciser que « *compte tenu de la nature et de la complexité des sujets couverts et des conséquences que peuvent avoir les dispositifs envisagés, il semble qu'il serait préférable, avant toute décision, de traiter de l'ensemble de ces problématiques dans le cadre d'une réunion de travail pour en examiner l'impact et les voies d'évolution et d'aménagement possibles* ».

Dans l'hypothèse où des considérations diplomatiques viendraient limiter la mise en œuvre des mesures décidées le 7 juillet 2015, il serait légitime que l'AP-HP n'ait pas à en assumer les conséquences financières, et que l'État soit ainsi appelé en garantie.

3.1.5. Un développement qui rencontre des résistances fortes

3.1.5.1. Des freins culturels

Les équipes soignantes, et notamment le corps médical, sont partagées quant au développement de l'activité d'accueil des patients étrangers non-résidents (PNR). Certains se déclarent favorables aux efforts effectués pour améliorer la position de l'AP-HP face à la concurrence, anticipant des retombées positives pour les services, notamment en termes d'équipement et de dotations.

D'autres instances sont plus que réticentes, craignant la constitution d'une activité hospitalière distincte au sein des hôpitaux publics et d'un système à deux vitesses. Les médecins évoquent la question des complications post-opératoires et de leur couverture en termes d'assurance, ainsi que le risque de diffusion de bactéries multi-résistantes.

Par ailleurs, la modicité des moyens attribués à la direction des relations internationales (DRI) reflète l'importance relative que l'institution accorde à cet enjeu. Située dans des locaux éloignés du siège, elle ne comptait que sept agents non médicaux (ETPR) et moins d'un médecin (0,87 ETPR) en 2014.

3.1.5.2. Des tentatives restées sans suite

Le marché de services « Appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service AP-HP », passé en 2011, comportait un module « Définition d'une stratégie de développement international ». Le cabinet de consultants, après une analyse stratégique des enjeux représentés par l'international, avait proposé des scenarios d'évolution, dans le champ notamment des filières potentielles, de l'export de savoir-faire et d'actions de lobbying.

En 2012, l'AP-HP a signé un contrat avec l'entreprise GLOBEMED, acteur faisant office d'intermédiaire entre des structures d'assurances et des hôpitaux, pour mettre en place une filière de recrutement des malades étrangers avec tarification modifiée. À la demande de la CME, le nombre de patients étrangers non-résidents ne devait pas dépasser 1 % de l'activité. La convention préconisait un contrôle de la qualité, et de la facturation dès l'amont et l'amélioration de la couverture du risque en cas de complications. Le dispositif proposé ne concernait que les interventions programmées, dans le secteur public, et pour les services

volontaires. Aucun droit de priorité n'était reconnu aux patients étrangers. Le service hôtelier était le même que pour les autres patients, exceptées des prestations de transport et de traduction. Un guichet expérimental a été mis en place en 2013.

Ce projet, pourtant mesuré, a échoué[42] et le contrat a été dénoncé fin 2013. Comme explication, peut être avancé le fait que le corps médical ait invoqué un manque de concertation, n'en ayant pris connaissance que lors de la présentation en CME, soit en septembre 2012, du contrat déjà conclu.

3.1.5.3. Des initiatives gouvernementales en 2015, déclinées prudemment à l'AP-HP

À la suite de la remise du rapport de M. de Kervasdoué et des conclusions du groupe de travail chargé d'en étudier les propositions, les ministres des affaires étrangères et de la santé ont annoncé, dans un communiqué de presse du 31 juillet 2015, des mesures destinées à renforcer la visibilité de l'offre de soins française et à mettre en place des procédures d'admission adaptées à la patientèle étrangère : constitution d'une « task force » regroupant les fédérations et les principaux établissements de santé, réalisation d'une brochure et d'un portail internet présentant l'offre de soins française, allègements administratifs, accompagnement des métiers touchant à la conciergerie médicale et à l'hôtellerie à proximité des zones de soins.

Le nouveau plan d'accueil des patients non-résidents présenté par l'APHP le 7 juillet 2015, comporte un volet « développement de l'activité internationale » qui paraît peu ambitieux. Il prévoit des offres ciblées et structurées, sur la base du volontariat des équipes médicales, qui définiront elles-mêmes leur offre et établiront des tarifs forfaitaires pour accélérer la production de devis. Il préconise également la désignation d'un référent médical, prévoit l'offre de prestations hôtelières (chambre seule, toilettes individuelles, lit d'accompagnant) et une possibilité de dialogue en anglais. Enfin, l'exportation du savoir-faire de l'AP-HP et les possibilités ouvertes par la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques n'ont pas été abordées par ce nouveau plan.

3.2. La valorisation internationale de l'expertise de l'AP-HP : une activité à rationnaliser, comme le montre l'exemple de la mission au Brésil pour la préparation de la coupe du monde de football de 2014

Les actions de l'AP-HP dans ce domaine se sont limitées jusqu'à présent à la participation à l'étude de faisabilité du projet médical du futur CHU de Hanoï, à un partenariat avec l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) pour l'accueil des directeurs d'hôpital chinois, à la participation à un consortium qui réalise un CHU de 500 lits pour le gouvernement algérien et à une mission de formation à la médecine de catastrophe au Brésil, dans le cadre de la préparation de la coupe de monde de football de 2014, entre octobre 2012 et décembre 2013.

La mission au Brésil constituait un premier contrat de ce type, issu d'une volonté de la direction générale de l'établissement de développer son offre d'expertise à l'export.

L'organisation de cette première expérience paraît avoir manqué de rigueur. Ainsi, selon les informations produites par l'établissement, « *la demande de l'État du Minas Gerais concernant la formation à la médecine de catastrophe a été adressée à l'association SAMU -*

[42] Aucun patient n'a été adressé par ce biais.

Urgences de France. L'AP-HP est intervenue dans un deuxième temps à la demande de SAMU Urgences de France pour assurer la gestion du projet. Le travail d'écriture de la convention signé le 4 octobre 2012 a été réalisé par l'AP-HP. 228 jours d'experts prévus dans la convention ont été réalisés (…). »

Le bilan de la mission fait état d'un montant de dépenses de 261 298 €, pour un produit de 606 388 €, soit un bénéfice de 362 144 €.

Les dépenses sont constituées pour près de 230 000 € de frais de mission, dont 150 000 €[43] pour des billets d'avion en classe affaires[44], et pour l'hébergement en hôtel quatre étoiles, pris à plusieurs reprises en charge par l'établissement.

Selon le tableau récapitulatif des missions effectuées, le total des journées de déplacement s'élève à 400, au lieu des 228 prévus, sans explication quant à ce dépassement très significatif.

La valorisation en personnel est omise du total. En estimant la valorisation d'une journée d'expert à 500 €, le coût en personnel se monte à environ 200 000 €, ce qui réduit très sensiblement le bénéfice. Si l'estimation du coût journalier devait être corrigée à 1 000 €, le bilan financier de la mission apparaîtrait déficitaire. En tout état de cause, l'AP-HP aurait dû chiffrer précisément le coût de la mise à disposition de son personnel pour cette mission, afin d'en calculer la rentabilité.

La mission a été interrompue par l'État brésilien de façon abrupte et imprévue, en juillet 2013, en raison des réactions sociales face aux dépenses engendrées par la préparation de la coupe du monde de football, et après l'ouverture d'enquêtes aux États-Unis pour suspicion de corruption. L'AP-HP a indiqué que « *Par la suite, les brésiliens n'ont pas souhaité poursuivre la collaboration probablement du fait des difficultés financières apparues entre temps au Brésil*. (…). *Pour autant l'AP-HP a été publiquement récompensée au cours d'une dernière mission fin 2013 qui a permis la remise des diplômes.* »

Au-delà de l'interruption du contrat, l'AP-HP indique avoir poursuivi ces axes de développement sur d'autres missions en consolidant leur organisation notamment pour la valorisation des journées d'expert et la compensation des absences de personnel en mission.

La chambre prend acte que le coût de la mise à disposition de personnels est désormais intégré au bilan des missions réalisées et que l'AP-HP a donc professionnalisé cet axe de développement. Concernant le paiement en classe busines des billets d'avion lors d'un exercice de catastrophe au Brésil, le directeur général, rappelant que ce contrat était le premier remporté par l'AP-HP, a indiqué que depuis, « *un guide de procédures a été refait et diffusé à l'ensemble des groupes hospitaliers début 2015 pour rappeler les règles de bonne gestion des missions* ».

[43] 40 déplacements à un coût compris entre 3 000 € pour la majorité des trajets et 5 000 € pour la mission de mai 2013, soit un total d'environ 150 000 € (coût estimatif à partir des mandats qui ont pu être recueillis).

[44] Niveau de confort non conforme au cadre posé par le guide interne de procédures des déplacements temporaires (qui a été fourni à la chambre dans sa version de mai 2015) : *« La prise en charge des frais de transport par la voie aérienne est, dans tous les cas, effectuée sur la base du tarif de la classe la plus économique »*.

4. LE RECOURS AUX CONSULTANTS

En réponse à la demande de la chambre de fournir les marchés de services passés entre 2010 et 2014, l'AP-HP a adressé une liste de 1 044 contrats couvrant une grande partie de l'activité hospitalière (domaines financier, juridique, stratégique, managérial, organisationnel, ressources humaines, investissement, maîtrise d'ouvrage). Si le domaine technique est largement représenté, les prestations de conseil en gestion sont également nombreuses, dont l'accompagnement au changement (30 contrats), la stratégie (40) ou différents audits (40).

La chambre a examiné le recours aux consultants pour des conseils en stratégie, qui donnent lieu, en général, aux dépenses les plus élevées.

4.1. L'appui en conseil stratégique

4.1.1. Un recours en tant que de besoin

Le recours à des cabinets de conseil en stratégie a été très largement utilisé par le directeur en fonction du 16 octobre 2006 au 21 septembre 2010, qui estimait avoir ainsi « *une vue dégagée des habitudes et des lobbys* », et pouvoir se comparer avec des exemples français ou étrangers. Cependant, ces contrats n'ont pas été examinés, car conclus antérieurement à la période contrôlée. Il peut toutefois être relevé qu'entre janvier et septembre 2010, le montant des factures acquittées pour des prestations de conseil s'est élevé à plus de 3,4 M€, dont 3,3 M€ pour un seul marché, relatif au programme « Efficience ».

Après la nomination de la nouvelle directrice générale, le recours à de telles prestations s'est poursuivi. Ainsi, se sont succédé et parfois superposé au cours de la période :

- Un marché « Veille et conseil stratégique auprès de la direction générale » passé le 1er octobre 2010 (jusqu'au 31/12/2011, soit une durée de 15 mois) pour un montant de 100 000 € ;

- Le marché « Conseil et assistance à la direction générale pour réorganisation interne de l'institution et déclinaison de son plan stratégique » passé le 22 novembre 2010 (jusqu'au 31 décembre 2010, soit une durée d'un mois) pour un montant de 192 850 € ;

- Un marché de conseil stratégique de « coaching et conseil stratégique auprès de la directrice générale », du 1er février 2011 au 31 janvier 2012 (un an) pour un montant de 35 000 € ;

- Un marché « Appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service AP-HP » allant du 6 juin 2011 au 5 juin 2013 (deux ans)[45], pour un montant de 1 077 630 € HT;

- Un marché de « Conseil stratégique auprès de la directrice générale » passé le 1er août 2011, courant jusqu'au 31 juillet 2013 (deux ans), pour un montant de 1 800 000 € ;

[45] Ce marché constitue le lot n°2 du marché « Prestations de conseil stratégique et d'accompagnement à la gestion de projets complexes », passé le 24 février 2011 et composé de quatre lots

- Un marché de « Coaching et conseil stratégique auprès de la directrice générale », d'une durée d'un an, du 5 avril 2012 au 4 avril 2013 (35 876 €) ;

- Un second marché sous forme d'accord cadre de « Conseil stratégique auprès de la directrice générale » du 1er juillet 2013 au 30 juin 2016, pour un montant de 1 254 180 €. Cet accord cadre n'a pas été utilisé pour la totalité du montant initialement envisagé. Il a donné lieu à un marché subséquent « Appui et accompagnement au pilotage de la préparation au plan stratégique », passé le 22 août 2013 pour une durée d'un an, pour un montant autorisé de 498 588 €, qui a occasionné une dépense réelle de 249 217 €.

4.1.2. Un net ralentissement depuis fin 2013

À partir de novembre 2013, le recours aux conseils en gestion et/ou en stratégie a été plus limité, et a recouvré des montants plus modestes, la plupart des contrats ayant été passés à l'initiative des groupes hospitaliers[46]. Il n'y a plus eu, notamment, aucune prestation de conseil auprès du directeur général.

Le marché « Conseil stratégique auprès de la directrice générale », conclu le 1er juillet 2013, peu avant la fin de ses fonctions, pour une durée de trois ans, était un accord cadre pluri-attributaires, sans minimum[47] et d'un montant maximum de 1 254 180 €. Les marchés subséquents devaient faire l'objet de mises en concurrence ultérieures. Le premier marché subséquent, passé le 22 août 2013, s'est terminé en décembre 2013. Le nouveau directeur général n'a pas, jusqu'à présent, activé les tranches résiduelles de l'accord cadre.

Le siège a cependant conclu, en janvier et juillet 2014, une quinzaine de marchés de prestations d'assistance, de conseil et de représentation juridiques dans différents domaines, sans minimum ni maximum, courant jusqu'à fin décembre 2017.

4.1.3. Un coût significatif

Aux 3,4 M€ de prestations de conseil déjà mentionnées, a succédé une dépense de 3 700 000 € HT sur trois ans (de septembre 2010 à novembre 2013), soit une dépense moyenne de plus d'un million d'euros par an, dont 2,4 M€ au profit d'un seul cabinet de conseil stratégique, sur quatre exercices.

---

[46] Une mission «Appui au projet managérial du GHUPO » passé par l'hôpital George Pompidou le 1er février 2014, pour un montant de 118 200€, une « mission d'analyse stratégique HUPIFO » passée par l'hôpital Ambroise Paré le 25 août 2014 pour 14 950 € et une « expertise d'accompagnement de la stratégie hospitalière HUGP le 16 février 2015 (180 000 €).

[47] Un marché à bons de commandes peut être conclu sans maximum ni minimum, ce qui donne plus de liberté à l'acheteur public qui n'est pas tenu de garantir un minimum de dépenses. C'est le cas ici, où le montant minimum du marché est de zéro euro, ce qui a permis au directeur général de mettre fin implicitement au marché. Cependant, le pouvoir adjudicateur a toujours intérêt, si cela lui est possible, à conclure des marchés à bons de commande avec un minimum et un maximum, en valeur ou en quantité. Cela lui permet d'obtenir des offres économiquement plus avantageuses. La fixation d'un minimum permet en effet aux opérateurs économiques de sécuriser leur carnet de commandes et, en conséquence, de rationaliser leur outil de production, en anticipant des économies d'échelle ou en garantissant le financement des investissements nécessaires à son extension.

4.1.4. Des procédures de passation irrégulières

4.1.4.1. Le recours à la procédure adaptée

La très grande majorité des marchés de services ont été passés en procédure adaptée. Cette procédure permet à l'acheteur d'organiser sa passation comme il l'entend, dans le respect des principes de la commande publique. Son utilisation dans les marchés de services est soumise à certaines conditions liées à la nature du service.

Ainsi, l'article 26 du code des marchés publics (CMP) qui a transposé les dispositions de la directive européenne 2004/18/CE du 31 mars 2004, distingue à ce titre deux catégories de prestations de services :

- celles dont la liste figure à l'annexe II-A de la directive (article 29 du CMP), qui sont soumises au droit commun de la commande publique. Le pouvoir adjudicateur ne peut recourir à une procédure adaptée que si le montant du marché est inférieur à 207 000 €, la procédure formalisée étant obligatoire au-delà (article 26-II) ;

– celles qui figurent à l'annexe II-B de la directive, la procédure adaptée est autorisée quelque-soit le montant du besoin à satisfaire (article 30 du CMP).

Cinq marchés de services faisant appel à des prestations de conseil en stratégie (ou en accompagnement dans la gestion de projets complexes), d'un montant supérieur à 207 000 € ont été passés par l'AP-HP en procédure adaptée.

Tableau n° 9 : Références des cinq marchés de prestations de conseil en stratégie

n° marché	Date	Objet	Montant (€)
2011ACHC113011	26/05/2011 au 25/05/2013	PRESTATIONS D'APPUI À LA CONDUITE DE PROJETS DE TRANSFORMATION (16 PRIORITÉS)	764 400
2011ACHC113017	20/06/2011 au 19/06/2013	APPUI À LA DÉFINITION D'UNE STRATÉGIE DE VALORISATION DE L'IMAGE DE SERVICE AP-HP	1 077 630
2011ACHC113026	1/08/2011 au 31/07/2013	CONSEIL STRATÉGIQUE AUPRÈS DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	1 800 000
2013ACHD133083	1/07/2013 au 30/06/2013	CONSEIL STRATÉGIQUE AUPRÈS DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	1 254 186
2013ACHD133102	22/08/2013 au 31/07/2014	Appui et accompagnement au pilotage de la préparation du plan stratégique	498 588

Source : AP-HP

La chambre a examiné plus particulièrement la passation des trois marchés dont le montant était supérieur à 1 M€ :

- le marché n° 2011ACHC113017 (consultation n°11/111), « Appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service AP-HP » passé le 24 février 2011 ;

- le marché n° 2011ACHC113026 (consultation n°11/121) « Conseil stratégique auprès de la directrice générale », passé le 1er août 2011 ;

- le marché n° 2013ACHD133102 (consultation n°13/143), « Conseil stratégique auprès de la directrice générale », passé le 1er juillet 2013.

Pour les deux marchés passés en 2011, leur classification figurant dans l'avis d'appel public à concurrence renvoie explicitement à l'article 29 qui impose une procédure formalisée. Le fait que les documents de consultation de ces deux marchés fassent référence à l'article 30, alors que les supports de publication renvoient à l'article 29, ne justifie pas, contrairement à ce qu'indique l'ordonnateur, le recours à la procédure adaptée. La question n'est pas de savoir si l'acheteur avait l'intention de s'inscrire dans une procédure adaptée par référence à l'article 30 du CMP mais s'il y était autorisé. Il en va de même pour l'absence de questionnement de la part des différents candidats, qui ne constitue pas une garantie de la régularité des procédures.

Ainsi, le marché 113017 renvoie à la catégorie de services n°11 « Services de conseil en gestion et services connexes » décrite à l'annexe IIA de la directive susmentionnée. Les documents du marché font d'ailleurs référence aux classifications CPV 722224000 et 794111000[48] qui figurent en regard de la catégorie n 11 dans la nomenclature européenne. Il en va de même pour le marché 113026[49].

Le marché 133083 fait référence à la catégorie de service n°27 « Autres services », de l'annexe IIB de la directive, relevant donc de l'article 30. Cependant, son objet, « Conseil stratégique auprès de la DG », est strictement identique au marché 113017, classé dans la catégorie n°11. L'évolution des codes CPV en 2007 n'a pas modifié l'appartenance du marché à cette catégorie n°11.

L'AP-HP, après un rappel de la réglementation et de l'objet des prestations demandées, a expliqué que « *les différentes prestations ne peuvent être entendues comme des services désignés, à l'annexe 2A de la directive, dans la catégorie 11 « conseil en gestion et services connexes* » mais « *peuvent être rattachés au code 79 000 000-4 « services aux entreprises : droit, marketing, conseil, recrutement, impression et sécurité* ». Elle a indiqué que les codes CPV mentionnés pour les consultations n°11/111 et n°11/121 étaient erronés, et que cette erreur n'a pas été reproduite pour la consultation 11/143, sans expliquer en quoi consistaient les erreurs de codification des deux premières consultations.

Les arguments avancés par l'AP-HP pour justifier le recours à la procédure adaptée n'emportent pas l'adhésion. En effet, la référence à la catégorie « services aux entreprises » n'est pas applicable dans le cas de l'AP-HP. Pour le droit communautaire, si une entreprise peut être toute entité exerçant une activité économique, quelque-soit son statut[50], une entité publique ne peut être considérée comme une entreprise que lorsqu'il est établi qu'à travers cette entité l'État ou la personne publique exerce des activités économiques de caractère industriel et commercial.

L'ordonnateur, dans sa réponse aux observations provisoires, a indiqué que, s'agissant de la nomenclature CPV, « *l'utilisation de la terminologie « entreprises » dans la directive marché, et dans le règlement Union Européenne (UE) de 2008 (…) ne renvoie pas à la définition de l'entreprise dans les traités Communautés Européennes (CE) ou UE maintenant*. » A son sens, « *l'objet de la CPV n'est d'ailleurs pas de définir la qualité des différents pouvoirs adjudicateurs, mais de permettre aux sociétés de s'abonner à ces références pour recevoir les avis de publicités des mises en concurrence* ».

[48] La nomenclature des codes CPV a été modifiée en 2008 par le règlement CE n°2013/2008 de la commission européenne. Les classifications CPV 722224000 et 794111000 correspondant aux anciennes classifications 74140000à 74150000 de 2003, figurant à l'annexe IIA de la directive 2004/18/CE.

[49] Catégorie de services n°11, code CPV 79 000 000 (correspondant au code 74 100 000 de la directive, qui ne figure cependant dans aucune case)

[50] CJCE, 23 avril 1991, aff. C-41/90, Höfner et Elser/Macotron

La chambre ne partage pas cette analyse. En effet, même si les CPV permettent aux sociétés de s'abonner à des références pour recevoir les avis de publicités, cela n'exonère pas le pouvoir adjudicateur de classer son marché dans la bonne référence et dans la bonne catégorie. L'objet des CPV est bien de déterminer la catégorie à laquelle se rattache le marché et ainsi les procédures auxquelles il est soumis.

Au surplus, le fait, que selon l'ordonnateur, « *qu'il s'agit de prestations destinées à la Direction Générale de l'établissement, à caractère administratif et général et, bien qu'elles comprennent des préoccupations sur le plan sanitaire, (…) visent un champ varié de conseils qui est similaire avec celui de toute direction générale d'établissement* » se trouve contredit par la jurisprudence, de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE)[51]. Selon cette dernière, les organismes qui remplissent une fonction exclusivement sociale ne sont pas des entreprises au sens du droit communautaire de la concurrence, ni dans leur activité de gestion, ni dans leur activité d'achat. Ainsi, elle a conclu à l'inapplicabilité du droit de la concurrence aux 26 entités publiques gérant le service de santé espagnol. Elle a ainsi jugé qu'il n'y avait pas lieu, au regard du droit de la concurrence, de dissocier l'activité sociale d'une entité d''une autre de ses activités, notamment d'achat. La chambre ne partage pas l'analyse de l'ordonnateur quand il invoque des prestations destinées à la Direction Générale de l'établissement, à caractère administratif et général, qui autoriseraient l'AP-HP à se considérer sur ce point comme n'importe quelle direction générale d'établissement.

La commission européenne a en outre précisé « *qu'un service ne relèvera de la dernière catégorie, "autres services", que dans le cas exceptionnel où il ne serait pas possible de le rattacher à l'une des catégories 1 à 16 de l'annexe IIA ou 17 à 26 de l'annexe IIB*[52] ».

Les intitulés de ces trois marchés sont proches et ils concernent manifestement des conseils en gestion au sens large.

Dans sa réponse, l'ordonnateur estime que les prestations portant tant sur le marketing, le droit, le conseil et la sécurité, sont des services dévolus classiquement aux entreprises en termes d'aide à la décision sur des composantes stratégiques majeures et variées, et qu'à ce titre, elles comprennent des dimensions reflétées par le code CPV 79 000 000-4.

La chambre, reprenant la même analyse, considère que ces prestations relevaient de la catégorie 11 « conseil en gestion et services connexes » et qu'elles n'avaient pas à figurer au code CPV 79 000 000-4 « services aux entreprises ». Elle en déduit que, pour ces trois marchés, l'AP-HP ne pouvait avoir recours à la procédure allégée de l'article 30 du code des marchés publics et s'affranchir des règles, plus contraignantes, posées par l'article 29 du même code.

4.1.4.2. Un manque de précision dans la définition du besoin

L'article 5-I du CMP dispose que « *La nature et l'étendue des besoins à satisfaire sont déterminées avec précision avant tout appel à la concurrence (…). Le ou les marchés ou accords-cadres conclus par le pouvoir adjudicateur ont pour objet exclusif de répondre à ces besoins* ».

---

[51] CJCE, 11 juillet 2006, aff. C-205/03, FENIN c/Commission

[52] Commission européenne – Les marchés publics dans l'Union européenne- Guide sur les règles applicables aux procédures de passation des marchés publics de services- Directive 92/50/CEE.

Le cahier des charges (CCTP) pour la prestation « Appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service AP-HP » (lot n°2 du marché n°2011ACHC113017-consultation n°11/111) comportait trois modules dont la description était relativement succincte :

- évaluation des marges de manœuvre de l'AP-HP à l'international ;

- valorisation de la marque AP-HP par une stratégie de service (éléments de benchmark, recherche d'une identité, analyse de la valeur des différentes étapes du parcours patient…), pour conduire le patient à « préférer l'AP-HP » ;

- analyse des potentiels commerciaux (publicité, concessions commerciales, mécénat).

La prestation « conseil stratégique auprès de la direction générale (marché n° 2011ACHC113026-consultation n°11/121) mentionnait quatre items :

- aide à la définition d'une politique d'alignement stratégique, telle que peuvent la connaître les grandes organisations en transformation ;

- soutien aux stratégies de communication ;

- assistance au management stratégique du comité de direction restreint de l'AP-HP ;

- missions ponctuelles, rapides et très ciblées, sur des sujets faisant l'objet d'alertes stratégiques.

L'expression du besoin manque de précision, notamment dans le quatrième item, qui ne décrit pas de missions qui pourraient être précisément identifiées.

En outre, la direction générale n'a pas été en mesure de communiquer une estimation du nombre de jours de mission prévus, afin de laisser, selon l'ordonnateur, les candidats déterminer le nombre de jours nécessaires pour atteindre les objectifs attendus**,** ce qui a ultérieurement faussé le choix des offres[53].

Le marché n°2013ACHC133083 (consultation n°13/143), notifié le 18 juin 2013, a fait suite au marché précédent, échu le 31 juillet 2013. Le CCTP en a repris tous les items à l'exception de l' « assistance au management stratégique du comité de direction restreint » qui est remplacé par l' « appui aux travaux de préparation du plan stratégique 2015-2019 ».

La description de l'objet du marché, qui s'applique pleinement à l'accord cadre ainsi qu'à l'ensemble des marchés subséquents, tient en une page. La définition du besoin paraît donc particulièrement synthétique, voire sommaire, laissant ultérieurement une grande marge de manœuvres aux contractants pour la compléter dans le cahier des charges d'éventuels marchés subséquents. Cela a été le cas pour le marché subséquent « Appui pilotage préparation plan stratégique », même si le cahier des clauses particulières ne compte que trois pages.

[53] La commission de transparence a souhaité, lors du choix du prestataire, « *que ce nombre soit précisé afin de mieux cerner le montant du marché* ».

4.1.4.3. Des délais trop courts pour la remise des offres ont réduit la liberté d'accès à la commande publique

Pour la procédure adaptée, la brièveté des délais de réponse a introduit une distorsion de concurrence, en écartant un grand nombre de candidats.

Pour les trois marchés étudiés, l'avis d'appel public à concurrence ne laissait aux candidats qu'un délai de réponse de 31 jours francs pour la consultation n°11/111 (marché de 1,8 M€ HT), de 19 jours pour la consultation n°11/121 « Appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service AP-HP » (1 M€) et de 20 jours pour la consultation n°13/143 « Conseil stratégique auprès de la direction générale » (marché de 1,2 M€ HT)[54].

Si dans un marché à procédure adaptée, les modalités sont librement fixées par le pouvoir adjudicateur, notamment quant aux délais réglementaires de publicité, elles restent néanmoins dépendantes de la nature et des caractéristiques du besoin à satisfaire.

La jurisprudence dite « Louvres II »[55] rappelle que si la personne publique est libre de recourir à la procédure adaptée, elle doit déterminer « *des modalités de mise en concurrence et de publicité appropriées aux caractéristiques du marché et notamment à son objet, son montant, au degré de concurrence entre les entreprises concernées et aux conditions dans lesquelles il est passé* ». Le tribunal administratif de Lille, dans sa décision du 16 mars 2011 « Société Fornells », a estimé que l'acheteur public devait fixer un délai suffisant, au regard notamment du montant du marché, de la nature des prestations, de la complexité des documents de consultation, de l'importance des pièces exigées des candidats, pour que les entreprises puissent répondre dans le respect des principes de la commande publique. Il a jugé insuffisant un délai de 16 jours, en dehors de tout contexte d'urgence, pour la remise des offres concernant un marché de 60 000 € relatif à l'aménagement d'un parc équestre.

Les assouplissements relatifs aux délais minimaux de publicité, apportés par la directive européenne 2014/24/UE du 24 février 2014 transposée par l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, auxquels fait référence l'ordonnateur dans sa réponse, sont postérieurs aux procédures en cause et ils ne peuvent être invoqués pour les marchés examinés.

Pour le marché « Appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service AP-HP », si 113 candidats ont retiré un dossier, neuf d'entre eux ont déposé des offres.

Même si l'ordonnateur considère dans sa réponse aux observations provisoires, que le délai a été suffisant pour que 18 offres soient présentées, il n'en demeure pas moins que l'insuffisance du temps imparti pour constituer leurs réponses a été mis en avant par plusieurs candidats pour expliquer l'importance des désistements.

À l'occasion de l'examen des dossiers retenus, cette brièveté des délais a été soulignée par la commission de transparence, chargée d'analyser les offres et donner un avis au pouvoir adjudicateur. Cette commission a estimé que l'analyse technique des offres ne permettait pas d'émettre un avis éclairé sur les propositions présentées par les candidats, au regard de la complexité des livrables attendus.

---

[54] L'ordonnateur, dans sa réponse, indique des délais un peu plus longs mais il fait courir le délai de remise des offres à compter de la date d'envoi à la publication alors qu'il convient de prendre en compte la date de publication de l'AAPC (cf. arrêt du TA de Lille « société Fornells » du 16 mars 2011).

[55] CE, 7 octobre 2005, n°278732, Région Nord-Pas-de-Calais

Souhaitant un complément d'information, la commission avait suspendu sa décision à la réception des compléments demandés. L'avis de la commission n'étant que consultatif, le représentant du pouvoir adjudicateur a jugé que la synthèse d'analyse technique permettait de justifier les notes décernées, et a attribué le marché.

4.1.4.4. Des critères de choix peu lisibles, portant atteinte au principe de transparence des procédures

Le marché n° 2011ACHC 113017 (consultation n°11/111) passé le 24 février 2011, comportait quatre lots :

- n°1 : conseil stratégique auprès de la direction générale ;
- n°2 : appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service de l'AP-HP ;
- n°3 : prestations d'appui à la conduite de projets complexes de restructuration ;
- n°4 : prestations d'appui à la conduite de projets de transformation autour de 16 priorités.

Comme signalé *supra*, neuf sociétés seulement, sur 113 candidats ayant retiré un dossier, ont déposé une offre. Les plis ont été ouverts le 5 avril 2011. La commission de transparence, réunie le 10 mai 2011, a été informée que les analyses techniques relatives aux lots n°1 et 3 n'étaient pas finalisées.

Elle n'a eu à se prononcer que sur le lot n°2, pour lequel ne subsistaient plus que deux offres sur les neuf retenues. Les offres de deux candidats avaient été éliminées en raison d'une offre irrégulière. Les cinq autres candidats n'avaient pas fait d'offre pour ce lot.

Le prix proposé par la société retenue (note = 0,30) était nettement plus élevé que celui de l'autre candidat (note =1,67). Il reposait sur des tarifs[56] de 1 890 € par jour pour un junior et de 4 950 € pour un senior (sur place[57]), nettement supérieurs à la moyenne des prix moyens constatés en 2011 par le service Achat de l'AP-HP sur d'autres marchés relatifs à des prestations de conseil de haut niveau.

Par ailleurs, une étude du syndicat professionnel SYNTEC, dans le secteur public au sens large, donnait des taux journalier moyen (TJM) compris entre 1 000 et 1 500 € dans la majorité des cas (63 %). La part des taux journalier moyen supérieure à 1 500 € était plus faible (22 %), concernant surtout les cabinets de conseil en stratégie.

En revanche la société retenue a obtenu une note bien supérieure sur les critères techniques (3,4/5). Or, pour ce marché, la commission de transparence avait réservé son jugement en raison de la faiblesse de l'analyse technique des deux offres (cf. s*upra*). L'offre de la société la mieux notée (3,4 contre 2,87 pour l'autre), a néanmoins été retenue et le lot n°2 lui a été attribué le 20 juin 2011, pour un montant 1 077 630 €.

L'offre de cette société a donc été choisie en dépit d'une analyse technique qui n'était pas probante. L'ordonnateur, dans sa réponse, a indiqué que le pouvoir adjudicateur a pu obtenir

[56] La tarification unitaire, exprimée en jours-hommes, est strictement proportionnelle au temps passé par les consultants. Elle repose sur la notion de « taux journalier moyen » (TJM), ratio qui rapporte le coût facturé d'une prestation au volume des moyens humains mis à disposition

[57] Respectivement 690€ et 3950€ en cabinet

une explication plus détaillée des points soulevés par la commission à l'issue de l'avis de cette dernière et qu'il a pu donc légitimement prendre une décision éclairée sur l'attribution du marché. Il semble donc que cette commission n'ait pas eu à connaître de ces nouvelles explications. Dans la mesure où l'AP-HP s'impose des procédures de sélection des offres se voulant transparentes, il aurait été logique de les lui soumettre de nouveau afin de pouvoir trancher en toute transparence.

Le lot n°4 a été attribué à une autre société et notifié le 26 mai 2011, pour un montant de 764 400 €. Le lot n°3 n'a, a priori, pas été attribué.

La consultation pour le lot n°1 a été déclarée sans suite. Celui-ci a fait l'objet d'une relance sous forme de marché à bons de commande, qui a abouti à la conclusion du marché n°2011ACHC113026 (consultation n°11/121), le 21 mai 2011. C'est un marché à bons de commande dans le cadre de l'article 77 du CMP.

Sur les 59 dossiers retirés, deux offres ont été déposées. L'offre de la société retenue a été classée première avec une note technique de 4,08 (contre 3,03 pour l'autre société, précédemment retenue pour le lot 2,) en raison d'une « *excellente compréhension de la prestation* ». Elle était également la mieux-disante financièrement. Les prix proposés étaient de 1 700 € par jour pour un consultant junior, et de 3 700 € par jour pour un senior (sur site comme en cabinet). Or, comme indiqué *supra* (point 204), le choix des offres n'a pu être fait sur une base totalement homogène car la direction générale n'avait pas été en mesure de communiquer une estimation du nombre de jours de mission prévus.

Le marché a été attribué à la société le 29 juillet 2011. L'autre offre a été écartée en raison « *d'un défaut de connaissance de l'AP-HP* », ce qui ne manque pas d'étonner dès lors que l'offre de cette société avait été retenue un mois plus tôt (le 20 juin 2011) pour le lot n° 2 « *Appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image de service de l'AP-HP* ».

Le rejet de l'offre de cette société ne semble donc pas fondé.

Enfin, le marché n°2013ACHD133083 (consultation n°13/143) a pris la forme d'un accord-cadre pluri-attributaires. Il a donné lieu au retrait de 120 dossiers et au dépôt de neuf offres. La réunion de sélection des candidatures, tenue le 14 mai 2013, a admis huit offres pour analyse. La commission de transparence a regretté l'absence de négociation sur les prix, alors que ceux-ci présentaient une grande disparité (rapport de 1 à 9 sur les unités d'œuvre de complexité moyenne et de 1 à 6 pour les unités d'œuvre de complexité simple).

Quand bien même, comme le précise l'ordonnateur dans sa réponse, l'accord-cadre multi-attributaires engage uniquement les candidats sur des prix plafonds, et que, selon son analyse, c'est lors de la procédure subséquente que la négociation sur les prix prend son sens, il n'en demeure pas moins que les prix proposés lors de l'accord-cadre sont susceptibles d'influer sur la concurrence, en réduisant l'éventail des candidats potentiels.

Au cours de la période 2010-2013, la société retenue pour le lot 1 a obtenu quatre marchés celle retenue pour le lot 2, deux marchés et une troisième, deux L'AP-HP a paru ainsi recourir de manière habituelle à trois grands cabinets de consultants.

4.1.5. Des lacunes dans le suivi de l'exécution d'un marché

La chambre a étudié l'exécution du marché n°2011ACHC113026 (consultation n°11/121) « conseil stratégique auprès de la DG », passé le 1er août 2011 pour un montant de 1,8 M€, en vigueur jusqu'au 31 juillet 2013, attribué la société retenue pour le lot 1 du marché de février 2011.

Le marché a donné lieu à l'émission de cinq bons de commande, couvrant cinq quadrimestres[58]. Les travaux ont porté sur différents sujets (gériatrie, hospitalisation à domicile, devenir de l'Hôtel Dieu, précarité…), ainsi que sur l'organisation et la rédaction de compte rendus de réunions (séminaires, comités de direction) et l'animation de nombreux groupes de travail.

Le bon de commande n°1 comporte 25 livrables relatifs à des sujets très divers, qui s'ils n'ont pas été validés par la direction du pilotage et de la transformation, l'ont été mais, *a posteriori*, par la directrice générale le 13 janvier 2012.

Cette phase, qui a compté 80 jours de consultants senior et 125 jours de consultants junior, a donné lieu à un règlement de 528 590 € HT. En tenant compte de l'offre de la société qui proposait des prix de 1 700 €/jour pour un junior et 3 700 €/jour pour un senior, le prix aurait dû être de 508 500 €[59]. La différence du prix facturé provient de prestations supplémentaires, optionnelles et non quantifiées, sur des sujets transverses, qui avaient été évoquées lors de la commande.

Le bon de commande n°2 comporte 13 livrables dont cinq sont la continuation de livrables de la phase précédente. Certains sont approfondis, notamment ceux relatifs à la gériatrie, à l'hospitalisation à domicile (52 tableaux comportant des comparaisons avec le secteur privé, la critique du site internet de l'AP-HP). Le livrable « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'AP-HP » constitue une radiographie détaillée de l'AP-HP, en une centaine de tableaux.

Cette phase a duré 17 semaines avec 27,5 jours de vice-Président senior, 45,25 jours de Project leader senior et 160 jours de consultants junior. Les livrables ont été validés par les directions concernées le 10 mai 2012 et le montant des prestations payées à hauteur de 548 575 €.

Le bon de commande n°3 comporte cinq livrables. Les deux sujets majeurs de ce module étaient le Cancer et le Projet Hôtel-Dieu, qui ont totalisé 75% des jours hommes. En revanche, trois font suite à la phase 2, notamment le livrable « Tout ce que ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'AP-HP ». Sur 82 pages, et 155 tableaux, seuls une quinzaine de tableaux sont nouveaux ou modifiés (par exemple les résultats financiers). Les tableaux restants sont une reprise *in extenso* des tableaux de la phase 2[60].

Dans sa réponse aux observations provisoires, le cabinet de consultants a expliqué que ces travaux ont consisté en la mise à jour de certains chiffres financiers devenus disponibles. Dans un but d'exhaustivité dans la présentation de ce livrable, il a considéré qu'il valait mieux intégrer les tableaux du livrable réalisé pendant la phase 2, de manière à archiver l'intégralité des travaux sur ce sujet, plutôt que de les remettre de manière séparée sous forme de feuilles volantes.

Le livrable « Préparation du séminaire se limite à six tableaux décrivant de façon succincte les étapes du plan de transformation. Quant au livrable « Patients précaires », bien qu'il ait

---

[58] du 28 août au 24 décembre 2011, du 2 janvier au 20 avril 2012, du 30 avril au 20 juillet 2012, du 3 septembre au 20 décembre 2012 et du 7 janvier au 22 mars 2013.

[59](3700€ x80)=296 000€ pour les consultants seniors + (1700€ x125)=212 500€ pour les juniors

[60] Avec parfois un simple changement de titre. Par exemple, page 120, « les investissements à venir doivent tenir compte d'un taux d'endettement élevé » remplace « Les investissements 2012 sont à décider dans un contexte de difficultés à obtenir des financements » ; ou bien, au chapitre RH « La pénurie à court terme de certains médecins spécialistes, notamment les anesthésistes, est problématique pour l'AP-HP » au lieu de « La pénurie à venir de médecins spécialistes est inquiétante pour l'AP-HP, notamment pour les anesthésistes »

été validé par la direction générale (cabinet), il n'a été rendu que début 2013. Seule une note de réunion préparatoire à l'étude a été produite au cours de la phase n°3.

La phase 3 a duré 17 semaines avec 15 jours de vice-président senior, 28,5 jours de Project leader senior et 105 jours de consultants junior. Elle a donné lieu au règlement d'une facture de 250 836 €, d'un montant inférieur à celui résultant du calcul en jours/homme, qui est de 339 450 €. Le consultant a présenté cette diminution de prix comme une remise commerciale de 88 614 €.

Le bon de commande n°4 comporte deux sujets majeurs (cancer et patrimoine/logement), pour 143 jours hommes, contre 15 jours hommes pour le reste des travaux, baptisés « accompagnement ». Un item « Construction d'une vision partagée de la structuration des services sociaux hospitaliers » est ainsi une reprise quasi à l'identique d'un item de la phase 2. Seuls trois tableaux sur 36 sont différents.

D'une durée de 13 semaines dont 6,5 jours de vice-président senior, 32,5 jours de Project leader senior et 104 jours de consultant junior, elle a donné lieu à un règlement de 236 100 €, au lieu de 321 100 € selon un calcul en jours homme. Le consultant a présenté, à nouveau, cette diminution de prix comme un effort commercial.

L'exécution du bon de commande n°5 a duré 11 semaines dont 16 jours de vice-président senior, 25 jours de Project leader senior et 50 jours de consultant junior, et a été facturée 235 775 €, correspondant au calcul en jours homme.

Les règlements des travaux effectués à l'issue de chaque quadrimestre ne correspondent pas au prix calculé en fonction des moyens humains mis en œuvre par le consultant. Surévalués pour la phase 1, ils ont ensuite été adaptés, par le biais de « remises commerciales » afin de respecter le montant maximum du marché, prévu contractuellement (1,8 M€).

Globalement, les travaux produits par le consultant semblent approfondis et de qualité. Néanmoins, certains livrables ne sont que la reprise quasi identique de ceux de la phase précédente et un item a été validé par le siège alors qu'il n'avait été que très partiellement effectué et livré seulement lors de l'étape suivante.

4.1.6. Les raisons avancées du recours aux consultants

Le choix d'un recours à des consultants est assumé par les deux premiers directeurs généraux de l'AP-HP. Pour le directeur en fonction jusqu'au 21 septembre 2010, chargé de la préparation et du lancement du plan stratégique 2010-2014, un établissement de la taille et de la complexité de l'AP-HP, exposé à des restructurations importantes dans un contexte financier contraint, ne peut être piloté en s'appuyant sur les seules compétences internes. Les consultants apportent le recul nécessaire.

Il n'appartient pas à la chambre de porter une appréciation sur ce sujet. Il convient toutefois de souligner que les cadres supérieurs administratifs et financiers de l'AP-HP sont de très haut niveau, même si une certaine insuffisance quantitative des moyens peut effectivement être soulevée. La direction du pilotage et de la transformation, ne comptait en effet que cinq ETP lors de sa création en 2011, et 11 ETP en 2014. Cependant, le recours important aux consultants laisse penser que la taille de l'établissement entraîne une complexité telle qu'elle rend difficile, pour ses dirigeants, de définir seuls leur stratégie.

Le recours à des organismes relevant de la tutelle (agence nationale d'appui à la performance, agence régionale de santé) aurait sans doute été pertinent dans certains cas. À titre d'exemple, les prestations décrites dans le CCTP du marché « Conseil stratégique auprès de la directrice générale », comportent l'objectivation du positionnement stratégique

de l'AP-HP par l'analyse des parts de marché de l'établissement et de ses concurrents en Île-de-France, la mise en évidence des taux de fuite, alors que ces données sont produites en routine chaque année par l'ANAP grâce à son outil Hospidiag.

L'ordonnateur indique d'ailleurs, dans sa réponse aux observations provisoires que l''APHP a largement recouru à ces organismes sur la période 2010-2013.

Une étude sur les maternités (bon de commande n°2) comporte une analyse statistique approfondie de l'activité et de son environnement. Néanmoins, tant l'identification des problèmes (baisse de l'activité, inscriptions, suivi des grossesses) que la proposition des solutions (diminution des capacités, cellule de régulation pour les inscriptions, externalisation du suivi) auraient pu être élaborées en interne. En effet, le consultant se réfère souvent aux données produites par l'établissement : rapports d'activité, bilans sociaux, plans stratégiques, notes des directions juridique et financière, Webzine (site intranet de l'AP-HP), fiches SAE, Hospidiag etc… Ces données sont parfois reprises en l'état, parfois analysées par le cabinet.

4.2. Les consultants subis : le recours fréquent et contestable des CHSCT aux expertises pour risque grave ou projet important modifiant les conditions de travail

L'article L. 4614-12 du code du travail, applicable aux établissements publics de santé, crée un droit de recours à une expertise extérieure, à la demande du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail CHSCT. Il dispose que « *Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à un expert agréé : 1° Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement ; 2° En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article L. 4612-8 Les conditions dans lesquelles l'expert est agréé par l'autorité administrative et rend son expertise sont déterminées par voie réglementaire* ».

La jurisprudence[61] a précisé que les règles particulières de la commande publique ne s'appliquaient pas au choix de l'expert, qui relève donc de la décision discrétionnaire du CHSCT. L'établissement, qui supporte la charge financière de l'expertise, peut toutefois en contester le coût et la méthodologie. Le « risque grave » doit être établi et constatable, et non seulement potentiel. Le « projet important » modifiant les conditions de travail doit avoir un impact concret sur un nombre suffisant d'agents[62].

L'AP-HP a, sur demande des CHSCT locaux et central, supporté la charge d'une vingtaine d'expertises au cours des exercices récents, d'un montant total de 1,2 M€ pour les exercices 2011 à 2013[63].

La plupart de ces expertises sont peu ou mal justifiées[64]. Pour plus de la moitié des cas, la lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative du mandat, ce qui empêche d'attester

---

[61] Cass. Soc., 14 décembre 2011, n°10-20378, confirmant un arrêt du 10 mai 2010 de la Cour d'appel, déboutant l'AP-HP qui contestait le droit du CHSCT central à l'expertise

[62] Article L. 4614-12- 2°

[63] Ces expertises constituent une source de recettes conséquentes pour les trois cabinets auxquels les CHSCT ont eu recours (ISAST, Émergences et SECAFI). À titre d'exemple, les factures réglées à ISAST, en 2011 par l'AP-HP représentent plus de la moitié de son chiffre d'affaires (258 500 € de prestations AP-HP en 2011, pour un chiffre d'affaires de 478 000€ en 2011 selon *Scores&decisions)*.

[64] Voir tableau en annexe n°1

le bien-fondé du recours à l'expertise. Le risque grave, quand il est invoqué, n'est souvent pas caractérisé, n'étant que potentiel. Le délai d'expertise est souvent excessif.

L'ordonnateur a fait valoir dans sa réponse aux observations provisoires que la contestation de l'expertise était difficile, car le droit au recours à expertise était une prérogative légale, et, qu'en cas de contentieux, les CHSCT faisaient souvent valoir un risque grave davantage sur la base d'une conviction, que sur la base d'arguments méthodologiques.

Cependant, selon le code du travail et la jurisprudence, le risque grave doit être avéré et non pas potentiel. (Cass.soc., 3 avril 2001, n°-14 002). En outre, sans en contester le principe, l'employeur peut contester le coût de l'expertise, de même que les délais et l'étendue de la mission[65].

Certains projets modifient les conditions de travail sans entraîner de transformation importante des postes de travail (projet de charte des blocs opératoires, projet de création de 15 lits de gériatrie aiguë). Ainsi, la plupart des expertises semblent relever des compétences propres du CHST, qu'il ne peut donc déléguer, en vertu de l'article L. 4612-2 du code du travail, qui dispose que « *le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail* ». La jurisprudence[66] souligne, quant à elle, que le recours à l'expertise sur le fondement de l'article L. 4614-12 du code du travail ne se confond pas avec les compétences attribuées au CHSCT par la loi, de sorte que « *le CHSCT ne saurait (…) déléguer ses compétences d'analyse et de contribution à l'amélioration des conditions de travail, en recourant à une expertise* ».

L'AP-HP n'a pas contesté ce recours des CHSCT à l'expertise. Elle en a seulement contesté le droit pour le CHSCT central et elle a été déboutée[67].

4.3. Le recours aux cabinets extérieurs pour la phase diagnostic préparatoire à la démarche de certification des comptes

L'AP HP a conclu un marché de prestation de services, selon la procédure d'appel d'offre ouvert, publié le 13 avril 2012. La consultation portait sur deux lots :

- Lot n°1 : Diagnostic et plan d'action relatif à l'état de préparation de l'institution à la certification des comptes

- Lot n°2 : Assistance à maitrise d'ouvrage en matière de pilotage du projet.

Les prestations résultant des deux lots devaient être exécutées au cours de la même période, de septembre 2012 à mars 2013, alors qu'il aurait semblé logique de réaliser le diagnostic dans un premier temps puis d'engager l'accompagnement des équipes dans les travaux à mener, dans un second temps.

Cinq candidats ont remis une offre pour chacun des lots. Pour le lot n°1, trois ont été éliminés soit pour offre anormalement basse, soit pour offre inacceptable[68]. Pour le lot n°2, quatre candidats ont été éliminés du fait d'une offre inacceptable.

---

[65] Cass. Soc., 19 mai 2010, n°0819.316

[66] Cass. Soc., 26 janvier 2012, n°10-12183

[67] Arrêt du 10 mai 2010 devant la cour d'appel, confirmé en 2011 par la Cour de cassation.

Ainsi, les propositions de trois cabinets ont été qualifiées d'anormalement basses, en raison d'une sous-évaluation de la prestation en nombre de jours/hommes allant de 91 jours à 273 jours. La chambre ne s'explique pas que l'un de ces cabinets ait pu faire une telle proposition, fortement sous-évaluée (91j/homme pour 330j/homme prévus par l'AP-HP), alors qu'il s'agit d'un cabinet particulièrement impliqué dans la certification des établissements publics de santé.

L'AP HP a officiellement interrogé ce cabinet sur son offre le 18 juin 2012. La société s'est justifiée en évoquant sa bonne connaissance de l'institution, son expérience en matière de diagnostic, d'audits à blanc et de plans d'actions. Elle prenait en compte ses retours d'expérience sur la fiabilisation des comptes et l'audit comptable public. Tous ces arguments la conduisait ainsi à proposer un nombre de jours/homme relativement faible, et à mobiliser des juniors.

Toutefois, le cabinet retenu, pouvant lui aussi faire valoir une très bonne connaissance de l'AP-HP, a pourtant construit son offre avec une autre définition des moyens humains, plus importante.

Le critère technique, pondéré à 60%, comportait deux sous-critères portant :

- D'une part, sur la démarche et la méthodologie proposées pour la mission. Le tableau comparatif donnait un avantage à la société retenue pour la connaissance du contexte (2 points) du fait de la présence dans l'équipe d'une ancienne cheffe de service de de l'AP-HP (2/2) alors que l'autre société avait également une connaissance de l'AP-HP du fait d'un directeur anciennement en fonction dans le CHU (1/2). Pour ce qui est de la méthodologie proposée (4 points), le nombre de jours / homme n'était pas précisé par la société, pourtant retenue. La note de 1/4 pour un autre candidat n'est pas en adéquation avec une appréciation littérale pourtant bonne.

- D'autre part, sur l'équipe d'intervenants proposée pour la mission. La chambre s'interroge sur les raisons qui ont poussé l'un de ces cabinets à ne proposer l'intervention que de juniors, ne bénéficiant que de peu d'expérience, alors que la complexité de la procédure de certification pour ce CHU multi-sites aurait requis la présence de séniors.

La commission de transparence, réunie le 3 juillet 2012, a fait remarquer que la volumétrie de travail annoncée était insuffisamment explicitée dans l'avis d'appel à la concurrence, d'autant que pour le lot n°1, quatre candidats n'entraient pas dans les bornes de prix délimitées, et que pour le lot n°2, quatre offres sur cinq étaient inacceptables. Elle a néanmoins émis un avis favorable pour sélectionner une offre pour les deux lots, finalement attribués au même cabinet de consultants.

Conséquence de l'insuffisante définition du besoin, alors que l'acte d'engagement prévoyait, pour les deux lots, un délai d'exécution au 30 avril 2013, le rapport final a été rendu le 18 juillet 2013, soit deux mois et demi au-delà de la date limite.

[68] Article 35 du code des marchés publics. Est qualifiée d'inacceptable une offre dont l'exécution implique des conditions méconnaissant la législation en vigueur ou dont le financement ne peut être réalisé par les crédits budgétaires alloués au marché après évaluation du besoin à satisfaire.

5. LA FIABILITÉ DES COMPTES : UNE AMELIORATION QUI NE MET PAS FIN À CERTAINES LACUNES

5.1. Les corrections apportées à l'actif

Le rapport de la chambre de juillet 2012 avait critiqué « l'absence d'état de l'actif » et relevé « de nombreux écarts (…) entre l'inventaire et la comptabilité ».

La fiabilité de l'actif de l'AP-HP a fait l'objet d'une amélioration très sensible, sur le fondement d'un inventaire physique.

5.1.1. Un ajustement comptable de l'état de l'actif et de l'inventaire physique en 2010

Le dernier état de l'actif datant de 1995, l'AP-HP a entrepris en 2010 de mettre en adéquation l'actif du comptable et l'inventaire tenu par l'ordonnateur, en lien avec le changement de logiciel financier. Les soldes des comptes d'immobilisations ont ainsi diminué de 2,2 Md€, soit 23 % des immobilisations brutes. Un volume équivalent a été retiré des comptes d'amortissement. Ces mouvements ont été contrebalancés par des mouvements contraires affectant les comptes de dotation.

Une fiche technique accompagnée d'un tableau de synthèse des mouvements comptables précise les modalités des corrections effectuées.

Tableau n° 10 : Principaux mouvements d'ajustement comptable en 2010

(en M€)	Évolution de la valeur brute	Évolution des amortissements
Bâtiments hospitaliers et administratifs et autres bâtiments	- 3 130	- 2 411
Installations générales, agencements, aménagements des constructions (IGAAC)	+ 3 451	+ 2 435
Installations techniques et matériels	- 1 109	- 1 243
Autres matériels (notamment matériel de bureau et mobilier[69])	- 867	- 760
Immobilisations en cours	- 486	
Total	**- 2 144**	**- 2 250**

Source : tableau de synthèse fourni par l'ordonnateur

L'opération de fiabilisation de l'actif a eu pour conséquence une chute du taux de vétusté des immobilisations, de 63 % fin 2009 à 51 % fin 2010, et entraîné une baisse de 7,3 % des dotations aux amortissements en 2011, malgré les investissements réalisés en 2010.

5.1.2. Un effort de correction qui s'est poursuivi, laissant persister quelques lacunes, notamment au niveau des œuvres d'art

L'état de l'actif des établissements publics de santé étant établi sur la base de la valeur historique d'entrée dans cet état, la mise à jour réalisée en 2010 n'a pas modifié la valeur comptable des terrains (notamment des terrains aménagés) dont les montants inscrits ont été repris en l'état. Les terrains n'ayant pas donné lieu à inventaire, l'AP-HP a créé des

[69] Hors compte 2186 collections et œuvres d'arts

« fiches d'écart ». Une « fiche d'écart » a également été enregistrée au regard d'un montant de 4,5 M€ figurant à l'actif sous le terme « collections et œuvres d'arts »

L'AP-HP s'était engagée à apurer les 20 fiches ainsi créées au cours de l'exercice 2012. Fin 2012, huit fiches d'écart étaient apurées totalement et six partiellement, représentant un montant de 237 M€ (près de 60 % des écarts constatés).

En 2013, des mouvements d'ordre ont supprimé l'inscription de 11,4 M€ du compte 21111 (terrains nus) et a ajouté 7,1 M€ au compte 2125 (aménagement de terrains construits). L'amortissement des terrains, nul en 2009 et très faible en 2010 et 2011 (respectivement 1 032 € et 9 167 €), s'est mis en place en 2012 (120 672 €) et surtout en 2013 (343 358 €).

Après l'apurement, en 2014, de quatre fiches d'écart supplémentaires (total pour deux fiches, partiel pour les deux autres), le montant des fiches d'écart résiduelles était en 2015 de 143 M€. Il s'agit principalement de l'intégration de patrimoine anciennement sous bail emphytéotique (139 M€).

Cependant, l'établissement manque de référence pour attester qu'il est resté en possession de l'intégralité d'actifs sensibles comme les œuvres d'art. En 2014, à la suite d'un inventaire des œuvres d'art du musée de l'AP-HP, certaines n'ont pu être valorisées qu'à hauteur symbolique d'1 € et les immobilisations correspondantes ont été réenregistrées pour une valeur brute totale d'1,7 M€. Pour le moment, l'AP-HP conserve la fiche d'écart résiduelle de 2,7 M€, « *consciente qu'il y aura ultérieurement encore d'autres immobilisations de type « œuvres d'art » à reprendre sous forme de fiche immobilisation »*.

Cette incertitude dénote l'absence d'inventaire de référence pour les œuvres d'art. Il semble que l'établissement ne puisse que constater les œuvres présentes et qu'il soit dans l'incapacité de vérifier si d'éventuelles disparitions ont eu lieu antérieurement. L'ordonnateur, tout en reconnaissant l'absence d'inventaire complet des œuvres d'art, fait observer qu'un répertoire non exhaustif par site hospitalier est mis à la disposition de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) sous format papier, la dématérialisation n'ayant pas été possible compte tenu de l'ancienneté de la base (étude faite par la direction du patrimoine en 2005).

5.1.3. L'inscription tardive des immobilisations issues de partenariats public- privé

Le rapport paru en 2012 avertissait l'établissement des dispositions à venir, à compter de 2013, portant sur l'enregistrement comptable des opérations de partenariat public-privé (PPP)[70] relatifs à la centrale d'énergie biomasse à l'hôpital Avicenne et au bail emphytéotique hospitalier du bâtiment d'endocrinologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, tous deux conclus fin 2010.

[70] Telle que définie par la circulaire du 6 juillet 2012 relative aux évolutions de l'instruction comptable M21.

Tableau n° 11 : Principales données des deux contrats de PPP

Contrat	*Contrat de partenariat Centrale d'énergie biomasse à l'hôpital Avicenne*	*Bail emphytéotique Bâtiment d'endocrinologie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière*
Montant à financer HT	*12 273 084 €*	*41 778 563 €*
Loyer financier annuel prévisionnel TTC	*1 109 331 €*	*3 407 005 €*
Durée de contrat	*21 ans*	*28 ans*
Date prévisionnelle de mise à disposition de l'ouvrage	*novembre 2013*	*novembre 2013 »*

Source : Rapport de la CRC de 2012

L'établissement a réalisé les inscriptions comptables des immobilisations et dettes relatives à ces deux contrats de partenariat lors des opérations de clôture des comptes 2014, ce qui est tardif.

Ont ainsi été inscrits pour le « BEH Pitié endocrinologie » :

- une immobilisation totale de 37 886 149 €, comprenant 1 017 786 € d'apports de l'établissement en cours de construction ;

- une dette de 36 868 363 € (compte 1675).

Le montant à financer prévu au contrat de BEH s'élève à 41,8 M€ HT (valeur novembre 2009), soit un montant très supérieur à celui inscrit *in fine* en immobilisation

Le loyer d'entretien maintenance parait en revanche conforme aux conditions contractuelles, puisqu'en septembre 2010 la somme des loyers d'entretien et de maintenance s'élevait à 917 000 €.

Pour le « PPP-Avicenne », les inscriptions ont été de 13 027 466 €, en immobilisations comme en dette de PPP[71].

5.2. L'intégration des travaux en cours

L'intégration des travaux en cours dans le patrimoine suppose un transfert régulier des immobilisations au compte approprié, afin qu'elles soient régulièrement amorties.

À l'AP-HP, la diminution du solde débiteur du compte 23 « immobilisations en cours », donne lieu à l'augmentation, à due proportion, des immobilisations corporelles et incorporelles. À première vue, les immobilisations en cours ont donc été régulièrement intégrées au compte 21.

Tableau n° 12 : Intégration des biens

SOLDES DEBITEURS AU 31 DECEMBRE EN M€	Intitulé	2009	2 010		2011	%	2012	%	2 013	%	2014	%
BE C/20	Immobilisations incorporelles		454		143		192		318		0	
SD c/20		454	143	-68%	192	34%	318	66%	374	18%	409	9%
BE C/21	Immobilisations corporelles		8 064		652		7 018		7 435		8	
SD c/21		8 064	6 519	-24%	7 018	8%	7 435	6%	7 861	6%	8 048	2%
BE C/23	Immobilisations en cours		972		1 158		978		694		0	
SD c/ 23		972	1 158	19%	978	-16%	694	-29%	481	-31%	388	-19%

Source : comptes financiers

[71] La centrale d'énergie biomasse de l'hôpital Avicenne a été inaugurée le 27 novembre 2014

Néanmoins, cette approche globale ne préjuge pas de l'intégration des immobilisations au fur et à mesure de leur mise en service.

À partir d'un échantillon de 31 lignes d'imputation au compte 23, il a été constaté que des investissements déjà anciens figuraient toujours comme travaux en cours. Dans certains cas, les fiches d'immobilisations en cours n'ont fait l'objet d'aucune évolution depuis 2009 ou 2010. Dans d'autres cas, des travaux sont intervenus en 2015.

Tableau n° 13 : Compte 23825- avances et acomptes

	Date de mise en service	Valeur d'acquisition	Entrée 2015	Transfert en immobilisation	VNC au 9/10/2015
Rempl MTBT alim 380v	31/12/2009	1 473 887,18	0,00	-1 393 242,61	80 644,57
AVICENNE BLOCS OPE.	30/07/2009	6 854 953,11	2 112 912,01	0,00	8 967 865,12
Etudes sécurité incendie	20/08/2010	2 631 015,41	375 189,65	0,00	3 006 205,06
Mise en conformité ascenseurs	31/12/2010	2 172 239,35	278 052,45	0,00	2 450 291,80
Mise en conformité é	24/02/2010	3 714 006,20	1 809 048,74	0,00	5 523 054,94
NECKER PMCME	01/02/2009	1 883 548,88	940 114,11	0,00	2 823 662,99
rempl syst distrib e	31/12/2009	972 328,90	98 483,13	0,00	1 070 812,03

Source : SAP- Ordonnateur

Tableau n° 14 : Compte 23828- avances et acomptes

Etudes sécurité incendie	27/08/2010	2 137 305,20	302 900,25	0,00	2 440 205,45
Humanisation du BMI	31/12/2010	1 330 963,80	71 841,50	0,00	1 402 805,30
Mise en sécurité incendie	31/12/2010	2 387 729,81	135 475,50	0,00	2 523 205,31
Accueil maternité St	16/08/2011	2 098 352,46	100 315,08	0,00	2 198 667,54

Source : SAP- Ordonnateur

Sur un échantillon de travaux en cours de plus de 60 M€, un montant de près de 33 M€ a ainsi été maintenu au compte 23. Ces opérations doivent être examinées pour être transférées, le cas échéant, au compte d'immobilisation correspondant (20 ou 21).

Dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, l'ordonnateur a indiqué avoir effectué, fin 2015, des opérations de transferts des comptes d'immobilisation en cours vers les comptes d'immobilisations en service. Les mises en service partielles sont possibles et il est régulièrement rappelé aux groupements hospitaliers cette nécessité comptable.

5.3. Les opérations de cessions des biens : des anomalies importantes dans les écritures comptables

Le traitement comptable des opérations de cessions de biens doit respecter des règles d'équilibre entre les comptes[72], sous peine de fausser le compte de résultat de l'année et l'image du patrimoine de l'établissement.

[72] Les écritures comptables doivent se traduire par un équilibre des mouvements entre les comptes 462 « créances sur cessions d'immobilisations » et 775 « produit de cessions d'actif » ainsi qu'entre les comptes 281 « amortissements » et 675 « valeur nette comptables », avec le compte 21 « Immobilisations ».

Au cas particulier de l'AP HP, aucun des équilibres requis pour ces écritures n'a pu être constaté.

Tableau n° 15 : Écritures de cessions de biens (en €)

Comptes	Libelles des comptes	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014
Débit C/462	Créance sur cession d' immobilisations	10 389 341	7 276 085	-	-	
Crédit c/462	Créance sur cession d' immobilisations	17 394 028	10 976 085			
Débit c/675	Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	18 947 978		1 967 742	2 035 078	642 618
Crédit c/775	Produits de cession d'actifs	11 928 355	7 595 376	59 894 827	51 738 278	36 998 698
Débit c/281 OONB	Amortissement des immobilisations	5 168 866 971	28 813 935	225 053 631	25 476 673	10 380 164
Crédit c/21 OONB	Immobilisations corporelles	5 264 664 206	21 629 117	802 862 114	43 840 669	165 756 475
Egalité entre crédit c/775 et débit c/462		1 539 014	319 291	59 894 827	51 738 278	36 998 698
Egalité entre c/281 (débit) +c/675 et crédit du c/21		- 76 849 257	7 184 818	- 575 840 741	- 16 328 918	- 154 733 693

Source : comptes financiers

Le crédit du compte 775 et le débit du compte 462 ne sont jamais égaux alors qu'ils doivent comptablement s'équilibrer. Jusqu'en 2015 le compte 462 « créances sur cession d'immobilisation » n'a pas été correctement mouvementé dans la comptabilité. La situation est régularisée depuis 2015.

En outre, les sorties de l'actif du bilan présentent des anomalies significatives. En 2010, la valeur nette comptable sortie de l'actif (crédit du compte 21) était supérieure de 76,8 M€ à la somme des valeurs comptables des éléments d'actif cédés (débit du compte 675) et des amortissements (débit du compte 281). En 2011, en revanche, elle lui était inférieure de 7,2 M€. La différence était de 575,8 M€ en 2012, de 16,4 M€ en 2013 et de 154,7 M€ en 2014. Par conséquent, le résultat net des exercices sous revue pouvait être fortement affecté par un réajustement à la hausse des charges exceptionnelles, pour un montant de 76,8 M€ en 2010, 575,8 M€ en 2012, 16,4 M€ en 2013 et 154,7 M€ en 2014.

Pour pallier cette éventualité, des écritures exceptionnelles ont été passées au bilan, en situation nette, conformément à l'avis du Conseil de Normalisation des Comptes publiques du 27 mai 2011.

En effet, selon l'ordonnateur, il était impossible de constater une égalité entre ces comptes de cessions pour les exercices 2010 à 2014, en raison du basculement de l'ancien système d'information vers le nouveau système SAP. En outre, des erreurs d'imputation comptables ont été régularisées à cette occasion. Enfin, des écritures dérogatoires au droit commun ont

---

A l'occasion d'une cession d'immobilisation, le produit de cette vente est enregistré au crédit du compte 775 « Produits des cessions d'éléments d'actif ». En contrepartie, le compte 462 « Créances sur cessions d'immobilisations » doit être débité.

En parallèle, le constat de la disparition du bien de l'actif pour sa valeur nette comptable fait l'objet d'un débit du compte 675 « valeurs comptables des éléments d'actif cédés », par le crédit du compte 21 concerné.

Enfin, il convient également d'effectuer la reprise des amortissements en débitant le compte de la subdivision intéressée du compte 28 pour le montant des amortissements pratiqués, en créditant le compte 21 concerné pour le même montant.

été passées sur certains biens (terrains, agencements, bâtiments des écoles, cheptel qui n'avaient pu bénéficier d'une évaluation fiable. Le montant inscrit en comptabilité générale a été conservé avec, en parallèle, la comptabilisation de fiches d'écart pour un montant total de 397 M€, montant qui a été repris au fur et à mesure des ajustements entre l'inventaire et la comptabilité.

5.4. Les subventions transférables

Les subventions transférables inscrites au passif du bilan doivent être amorties au rythme des investissements qu'elles financent. L'ordonnateur doit être en mesure de fournir les tableaux d'amortissement correspondants.

A l'APHP, le montant des subventions transférables est passé de 34,7 M€ en 2010 à 115,6 M€ fin 2014. L'ordonnateur, interrogé à ce sujet, a indiqué que la gestion des amortissements n'était pas traitée directement dans le nouveau système SAP mais au sein d'une base de données externe.

La chambre prend acte que l'objectif affiché de l'ordonnateur est de réaliser à moyen terme cette opération dans le système SAP en créant un lien physique et comptable entre un fond de subvention d'investissement et l'acquisition du ou des bien(s) correspondant(s).

5.5. Le traitement comptable des emprunts *in fine*[73]

En suite du précédent examen de la gestion portant sur sa situation financière, publié en 2012 l'AP-HP s'était engagée à *« porter à la connaissance du conseil de surveillance, à compter de 2011, la note d'information sur les emprunts amortis* in fine *»*, qui devait être *« annexée à l'EPRD pour permettre au conseil d'appréhender le poids réel de la dette »*.

L'instruction comptable M21 a été modifiée en 2012 notamment sur cette question du *« cas particulier des emprunts obligataires remboursables in fine », en prévoyant un mécanisme de « constatation par anticipation (…) de l'équivalent des amortissements linéaires pratiqués au cours de l'exercice au titre des emprunts obligataires remboursables in fine. »*

Ce mécanisme est rendu obligatoire pour les établissements *« dont le ratio d'indépendance financière, défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, excède 50 % ». Pour les autres établissements, le recours à ce mécanisme est laissé à leur libre appréciation. »*

En outre, l'instruction comptable M21 précise que, *« si un établissement présente un taux d'indépendance financière supérieur à 50 % lors d'un exercice, puis inférieur à 50 % lors de l'exercice suivant, il doit poursuivre la comptabilisation par anticipation de l'équivalent des amortissements linéaires, y compris pour les nouveaux emprunts, jusqu'à extinction des emprunts in fine pour lesquels le mécanisme de constatation par anticipation des amortissements a été amorcé. Seul le remboursement effectif des emprunts in fine fait sortir l'établissement de ce dispositif prudentiel. »*

Considérant que le ratio d'indépendance financière était resté en-dessous de 50 % à partir de 2012, l'AP-HP n'a pas procédé à l'inscription d'amortissements liés aux emprunts *in fine*. Or, la condition d'application de la nouvelle règle de comptabilisation était entendue sur le

[73] Contrairement aux emprunts classiques à amortissement linéaire (c'est-à-dire avec remboursement d'une fraction du capital emprunté à chaque exercice), les emprunts et obligation à amortissement *in fine* ont leur capital remboursable en une fois, à la fin.

fondement d'un ratio établi à partir du compte financier de l'exercice n-1 : le compte financier de 2011 mettait en évidence un taux d'indépendance financière supérieur à 50 %.

L'établissement explique que ce dépassement du seuil de 50 % est advenu dans le prolongement des opérations de fiabilisation de l'actif. Il est dû en réalité à une hausse des dettes financières.

Tableau n° 16 : Taux d'indépendance financière

En millions d'€	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Capitaux permanents	4 547	4 753	4 750	4 689	4 445
Dettes financières (à long terme)	2 196	2 422	2 327	2 238	2 165
Taux d'indépendance financière	**48%**	**51%**	**49%**	**48%**	**49%**

Source : comptes financiers (non retraités)

Certes, l'AP-HP n'est pas comparable à un établissement ayant un nombre limité de produits financiers à amortissement *in fine*, dont les échéances interviennent de façon exceptionnelle sur quelques exercices. La multiplicité des émissions à amortissement *in fine*[74] permet à l'AP-HP de lisser partiellement les montants à rembourser (cf. partie 6.4). Elle est donc réticente à la constatation, par anticipation, de l'équivalent des amortissements linéaires de ces produits.

La chambre estime néanmoins que la mise en œuvre du mécanisme permettrait d'intégrer ces équivalents d'amortissements linéaires dans les tableaux de financement prévisionnels de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses et du Plan Global de Financement Pluriannuel, et ainsi de mieux sécuriser la situation financière de l'établissement, d'autant que le taux d'indépendance financière est resté très proche du seuil de 50 % après 2012.

5.6. Une augmentation très sensible du provisionnement

Des provisions doivent être constituées en application du principe comptable de prudence, visant à éviter le risque de faire supporter les conséquences financières d'incertitudes présentes sur des périodes futures.

La chambre a pu constater qu'elles ont augmenté de plus de 250 M€ au cours de la période sous revue (+75 %), avec une forte progression entre 2010 et 2011 (+192 M€).

Cette augmentation vise, selon l'ordonnateur, à fiabiliser sa politique de provisionnement conformément à la réglementation. Sont désormais intégrées des provisions qui n'étaient pas réalisées auparavant, par exemple pour charges à répartir pour le budget de la DNA, ou pour le désamiantage.

5.6.1. Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

Cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie.

[74] 29 émissions et contrats, pour un volume total de 1 588 M€ représentant 75 % de l'encours de dette au 31 décembre 2014

Le montant des provisions constituées par l'APHP pour renouvellement des immobilisations est passé de 11,8 M€ fin 2010 à 53,8 M€ fin 2014. L'augmentation est donc de 155 % sur cinq ans.

La documentation disponible à l'appui des comptes financiers est insuffisante ou peu exploitable. Elle ne décrit pas la procédure d'évaluation des dotations annuelles à ces provisions, et les informations relatives aux reprises sur provisions sont incomplètes et inégales. Le principe de la permanence des méthodes doit conduire l'AP-HP à adopter une procédure permanente de reprise des provisions.

5.6.2. Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps (CET)

La chambre a noté que contrairement à ce qui avait été observé dans le précédent rapport, le nombre de jours figurant dans les CET des agents a été pris en compte et mentionné dans les annexes du compte financier, fiabilisant ainsi le calcul de la provision.

Le montant provisionné est passé de 110,6 M€ en 2010 à 249 M€ fin 2014, dont plus de 84 M€, en 2012, en raison d'une modification de la réglementation[75].

Les modalités de calcul ont été produites en annexe au compte financier, en appui à une décision du directeur du 11 avril 2013. Les montants provisionnés au titre des indemnisations potentielles étaient de 300 € par jour pour le personnel médical, et 65 à 125 € pour le personnel non médical. La valorisation au titre du remplacement était de 457 € pour le personnel médical, et de 176 € à 241 € pour le personnel non médical.

La méthode de calcul mériterait d'être affinée pour évaluer de façon plus précise et documentée la part des congés donnant lieu à indemnisation et celle valorisant le coût salarial. En effet, le ratio du montant provisionné défini par l'AP-HP, de 85 % pour les congés indemnisés et 15 % pour les remplacements, constitue une hypothèse forfaitaire qui demande à être justifiée pour le personnel non médical. Concernant le personnel médical, ces ratios sont respectivement de 40 % et de 60 %.

Par ailleurs, la chambre observe que la majoration liée aux charges sociales dépend d'un taux non explicitement défini par l'ordonnateur dans sa décision du 11 avril 2013.

Enfin, le budget annexe de la dotation non-affectée (DNA), qui comptabilise des personnels affectés notamment à l'entretien des immeubles du parc privé de l'AP-HP, ne fait toujours pas apparaitre de provision pour les CET, ce qui doit être corrigé.

La chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur d'identifier les jours déposés sur des CET pour les agents affectés au budget annexe de la la dotation non-affectée.

[75] Décret n°2012-1366 et arrêté du 6 décembre 2012 pour le personnel non médical, décret n°2012-1481 et arrêté du 27 décembre 2012 pour le personnel médical. Ces textes obligent les établissements à comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par chaque titulaire de compte épargne-temps. Désormais il convient de tenir compte du nombre de jours détenus sur les CET au 31 décembre, de distinguer le « coût d'indemnisation » (forfait prévu par les textes majoré de charges) et le « coût de remplacement » (montant calculé par l'établissement, sensé correspondre au cout moyen d'un agent).

5.6.3. Les provisions pour litiges et autres provisions pour risques

Les provisions pour litiges inscrites au compte 1511 doivent permettre de faire face au paiement de dommages et intérêts et de frais de procès. L'AP-HP n'a évalué ses affaires contentieuses qu'à compter de 2012. Le compte 1511 a été faiblement mouvementé à partir de cette date, passant de 28,3 M€ fin 2012 à 29,6 M€ fin 2014.

Ainsi que le rappelle l'ordonnateur, seule une reprise importante, de 20 M€, a été effectuée en 2014, relative à un contentieux administratif.

Concernant les provisions pour risques, le stock comptabilisé au compte 1518 est passé de 34,9 M€ fin 2010 à 57,2 M€ fin 2013 et à 41,2 M€ fin 2014.

Pour ces deux types de provisions, les comptes de dotation et de reprises sont identiques L'utilisation des comptes 1511 et 1518 pourrait donc être mieux documentée dans les annexes aux comptes financiers, dans la mesure où les comptes de dotation et de reprise ne permettent pas de les différencier.

5.6.4. Les provisions pour dépréciation des comptes de tiers

L'instruction M21 prévoit que les créances inscrites pour l'essentiel aux comptes 416 (redevables-contentieux) dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à la minorer.

L'AP-HP a constitué une provision qui est passée de 47,9 M€ au 31 décembre 2010 à 163 M€ fin 2014, soit le triple du montant annuel des créances admises en non-valeur, qui est, en moyenne annuelle, de 50 M€. La question se pose donc de l'adéquation de cette provision par rapport aux admissions en non-valeur effectives, depuis 2012.

La provision est calculée selon un taux de dépréciation variant en fonction de l'antériorité des créances, sachant que plus la créance est ancienne, moins elle a de chance d'être recouvrée : 100 % pour toutes les créances antérieures à 2009 pour les particuliers, et à 2007 pour les organismes sociaux, 10 % pour les créances douteuses depuis 2012, pourcentage qui peut apparaître en décalage par rapport à l'ancienneté de la créance.

Le niveau particulièrement élevé de la provision, établie sur un critère statistique, qui ne paraît pas apte à bien prendre en compte la réalité du risque d'irrécouvrabilité, pose la question de la fiabilité du volume de créances apparaissant au bilan et d'une possible sous-évaluation des admissions en non-valeur.

5.7. Fiabilité des cycles d'achats et de la gestion des stocks

5.7.1. Les charges à payer et produits à recevoir sur ressources affectées

Les comptes de produits à recevoir sur ressources affectées (C/4684) et de charges à payer sur ressources affectées (C/4682) retracent des opérations prévues principalement par des contrats ou conventions de recherche.

À l'AP-HP, ces comptes présentent des soldes en forte croissance.

Tableau n° 17 : Produits à recevoir et charges à payer sur ressources affectées

En €	2010	2011	2012	2013	2014
Produits à recevoir sur ressources affectées	35 286 308	67 027 086	83 421 640	177 913 707	239 211 675
Charges à payer sur ressources affectées	91 424 967	124 381 863	149 990 792	254 992 269	330 550 358
Impact sur le besoin en fonds de roulement	-56 138 659	-57 354 778	-66 569 152	-77 078 562	-91 338 683

Source : comptes financiers

En principe, au vu de la convention attribuant les recettes affectées, le comptable en inscrit le montant à la fois au compte 4864 « produits à recevoir sur ressources affectées » et au compte 4682 « charges à payer sur ressources affectées ». Le montant inscrit au compte 4864 est annulé moment de l'encaissement des fonds. Une fois les dépenses réalisées, le montant inscrit au compte 4682 est réduit par l'inscription de subventions reçues.

Ainsi, les montants restant inscrits au compte 4864 « produits à recevoir sur ressources affectées » devraient être limités, voir nuls, une fois la convention signée. À l'AP-HP ces montants sont très conséquents et croissants, relevant pour partie d'exercices antérieurs. En l'absence d'explication de la part de l'établissement, il convient d'apurer ce compte.

La différence entre le compte 4682 et le compte 4684, représentant les charges restant à payer sur recettes affectées effectivement perçues, a en revanche un impact notable sur les équilibres de bilan. Son augmentation de 35M€, entre 2010 et 2014, entraîné une baisse du besoin en fonds de roulement.

Selon l'établissement, il existait 2 400 opérations relevant de recettes affectées (RAF) considérées comme « actives » en 2015. Un échantillon montre des recettes affectées aux caractéristiques très diverses, sans date de fin, ne prévoyant souvent pas l'issue des fonds affectés non utilisés. Concrètement, les lignes de crédits ouvertes sur RAF sont à la disposition des responsables de programme de recherche ; elles revêtent ainsi un caractère assez sensible. L'absence d'encadrement par une date de fin du programme limite fortement le contrôle que peut en faire la direction des finances de l'établissement.

En principe, si le contrat est terminé et que les dépenses ont été moindres que prévues, le solde doit être soit restitué, soit enregistré comme subvention exceptionnelle, si le financeur donne son accord. Les états de développement des soldes de 2012 et 2013 montrent un niveau élevé de reliquats apparemment inchangés d'un exercice à l'autre, signifiant que les opérations concernées sont closes. Le montant inscrit en solde devrait donc faire l'objet soit d'un remboursement au financeur, ce qui affecterait uniquement la trésorerie, soit d'une intégration sous forme de recette exceptionnelle, majorant le résultat comptable, mais sans effet sur la trésorerie.

La sincérité des comptes nécessite que l'AP-HP clôture toutes les opérations de recettes affectées qui doivent l'être et veille à rembourser les montants non utilisés ou à les conserver après avoir acquis le consentement des financeurs concernés.

L'ordonnateur s'est engagé à veiller à clôturer les anciennes opérations de recettes à affecter.

5.7.2. La gestion des stocks

Entre 2010 et 2011, le volume des charges de gestion courantes a diminué de plus de 600 M€ en raison d'une modification des écritures d'achats et de rétrocession (prestations inter-hospitalières), notamment de matières premières et fournitures médicales. Ce changement de méthode de comptabilisation des stocks, impliqué par le changement d'application informatique de gestion financière, est décrit dans le rapport financier de l'exercice 2010. Depuis 2011, la gestion des stocks dans le logiciel SAP présente des garanties de fiabilité.

Le rapport de préparation à la certification précise cependant que les stocks présents dans les services, bien que non utilisés, sont réputés consommés (car sortis de la pharmacie centrale), ce qui peut conduire à une sous-évaluation du stock comptable à la clôture de l'exercice.

5.8. Fiabilité des cycles de recettes d'exploitation

5.8.1. Les produits relatifs aux activités antérieures : les « LAMDA »

La procédure LAMDA permet, après accord de la tutelle, de modifier des données médicales déjà transmises en n-1 ou n-2 afin d'identifier d'éventuelles sous-valorisations. Prévue à l'origine en 2006 à titre exceptionnel, elle a été maintenue depuis.

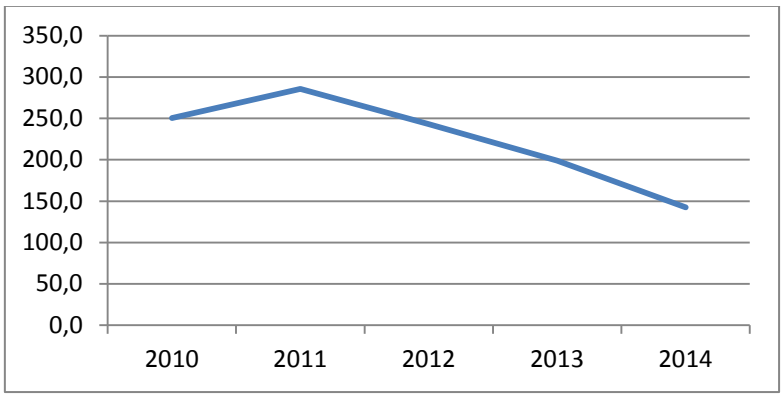
Ces produits « LAMDA » contreviennent aux principes d'annualité budgétaire et d'indépendance des exercices.

Pour l'AP-HP, ces montants étaient de 54,2 M€ en 2012, de 72,1 M€ en 2013 et de 39,8 M€ en 2014. La diminution observée en 2014 s'explique, d'après l'ordonnateur, par une diminution des délais de forclusion, passés de 27 à 12 mois, limitant ainsi la récupération des actes mal ou non codés au moment de leur réalisation.

5.8.2. Un montant toujours élevé de recettes à classer imputable aux retards dans l'automatisation de la chaîne de la recette

Aux termes de l'instruction comptable M21, le compte 47 « comptes transitoires ou d'attente » sert à inscrire provisoirement les *« opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières »*. *« Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif. »*

Graphique n° 1 : Crédit des comptes 47 (en M €) en fin d'exercice



Source : comptes financiers

Le total des recettes à classer a représenté, avec plus de 250 M€ en 2010, jusqu'à 16 % des créances d'exploitation. Le niveau élevé de ces comptes d'attente avait été souligné lors du précédent rapport de la chambre sur la situation financière de l'établissement, qui avait conclu que *« D'après la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, des progrès en cette matière [étaient] attendus de l'automatisation à venir du recouvrement. »*

La situation s'est peu améliorée depuis. La mise en place en 2011 du logiciel de gestion SAP a provoqué des perturbations dans la chaîne de la recette, en raison, notamment, de l'absence de module de relance automatisée des débiteurs, pouvant expliquer l'accumulation des produits non identifiés. Ainsi, les états de développement des soldes du compte 4718 de l'exercice 2013 faisait état d'un « stock » de recettes à classer de l'ordre de 160 M€ relevant des exercices 2009, 2010 et 2011, qui a ainsi été partiellement résorbé en 2014 et descendre à 142,6 M€ en fin d'exercice.

À ces difficultés conjoncturelles se sont ajoutées des contraintes pour partie extérieures à l'établissement (modalités de paiement des CPAM et des mutuelles notamment). La mise en place programmée de la facturation individualisée des soins à l'assurance maladie (FIDES) devrait contribuer à améliorer la situation sur ce point.

Le retour à un niveau acceptable de recettes à classer est indispensable pour fiabiliser le montant de créances inscrit à l'actif du bilan.

5.8.3. Les créances perdues dans la bascule informatique de 2011 : un assainissement sur les comptes 2014 et une perte réelle d'un montant de 80M€

Le rapport produit par l'ordonnateur sur les comptes annuels de l'exercice 2014 décrit « *une opération de correction pour les restes à recouvrer antérieurs à la bascule informatique de 2011, conformément aux dispositions de la fiche diffusée par la DGOS et la DGFIP n°4 relative aux « corrections d'erreurs commises au cours d'exercices antérieurs* ». Cette opération s'inscrit dans la préparation à la certification des comptes et intervient à la suite d'un audit des restes à recouvrer réalisé conjointement en 2014 par la direction de l'inspection et de l'audit de l'AP-HP et par la DGFIP. Mettant en cause le changement de système d'information en 2011, qui « *avait bien donné lieu à reprise des créances antérieures restant alors à recouvrer, mais avait empêché leur recouvrement normal* », l'audit a conduit à une opération de correction portant sur un montant total de 138,5 M€.

Une partie des 138,5 M€ correspond à un effacement de créances *« juridiquement éteintes »*, n'ayant pu être rapprochées des encaissements reçus. L'établissement établit qu'un total de 33,8 M€ a été ainsi encaissé sans possibilité de rapprochement avec les restes à recouvrer, entraînant l'émission de nouveaux titres de recettes pour régulariser les encaissements. Après déduction de ce montant, la perte de créances s'élève à 104,7 M€.

Il est constaté une diminution des admissions en non-valeur, pour un volume de 20 à 30 M€, au cours des exercices consécutifs à la bascule informatique, qui peut être reliée à la perte d'information sur les créances antérieures. Cette part aurait probablement été admise en non-valeur si les informations n'avaient pas été perdues.

Le montant restant, en revanche, soit de l'ordre de 80 M€, a réellement disparu. La bascule informatique a ainsi entraîné une perte d'information amenant à l'extinction de 138 M€ de créances, dont un montant de 80 M€ peut être considéré comme une perte réelle pour l'établissement.

L'ordonnateur s'est engagé à veiller à clôturer les anciennes opérations de recettes à affecter. Le comptable a précisé qu'en 2015, des travaux informatiques ont été menés pour corriger les anomalies de données extraites du progiciel SAP et exploitées pour élaborer les futurs états financiers décrivant les restes à recouvrer.

Enfin, la comparaison de l'état des restes à recouvrer (état B16 du compte financier 2014) avec l'état transmis par l'ordonnateur à l'appui de la fiche technique sur la correction comptable des créances antérieures à 2011, montre que les sommes restant à percevoir ne sont pas équivalentes au 31 décembre 2014. En effet, le total de créances est de 1 490,2 M€ pour le comptable et de 1 475,8 M€ pour l'ordonnateur. Cet écart est expliqué par l'ordonnateur par une évolution du compte provisoire après sa transmission au comptable.

Il n'en reste pas moins qu'il conviendrait d'uniformiser ces montants après identification de l'origine de cette différence.

5.8.4. Les produits à recevoir : un volume élevé malgré un défaut de rattachement des séjours « à cheval » sur deux exercices

Le compte 418 relatif aux produits à recevoir sur redevables est destiné, selon l'instruction comptable M21, à enregistrer en fin d'exercice les créances n'ayant pas pu faire l'objet d'un titre à l'encontre du redevable avant la clôture des comptes : *« Ce compte va notamment enregistrer les produits liés à l'activité de la fin de l'année qui n'ont pu faire l'objet d'une facturation au véritable créancier ou d'une valorisation validée par le DGARS. Il enregistre également la part de produit relative à l'exercice qui s'achève pour les séjours à cheval sur deux exercices comptables. »*

Selon les éléments recueillis par l'audit à blanc en préparation à la certification des comptes, les séjours « à cheval » sur deux exercices sont intégralement comptabilisés l'année de sortie du patient, et non répartis sur les deux exercices concernés. Ce défaut de rattachement nuit à la fiabilité des comptes en minorant d'autant le montant des produits concernés, estimé à 75,8 M€ fin 2013.

Outre ce défaut de rattachement des séjours « à cheval », le compte 418 présente un montant élevé. La somme de produits à recevoir sur « hospitalisés et autres » représentaient

plus de 10 % des recettes d'exploitation (hors produits de sécurité sociale) en 2013[76]. Ce niveau élevé avait déjà été constaté lors du précédent contrôle de la chambre.

Le volume considérable des produits à recevoir témoigne d'une difficulté préalable au recouvrement des créances, portant probablement sur l'identification des redevables, notamment sur la distinction entre patients et mutuelles. Cela a pour conséquence, au minimum, un retard d'encaissement, générant un surcroît de besoin en fonds de roulement, et, au pire, une perte de créances si la difficulté d'identification n'est pas résolue.

5.8.5. Des annulations et réémissions de titres pour des montants toujours importants

Le précédent rapport de la chambre relevait l'importance des annulations de titres sur exercices antérieurs, en lien avec les déficiences de la facturation et la saisie tardive de l'acte d'exonération. Le taux des dossiers initialement et par erreur facturés au patient, puis refacturés à l'Assurance maladie, était d'environ 50 %.

L'APHP n'a apporté aucune amélioration sur ce point. Le montant des titres annulés reste important, de près de 70 M€ en moyenne chaque année.

La proportion de titres réémis demeure également faible, inférieure à 50 %[77]. Elle concerne essentiellement le budget principal, les titres annulés sur les budgets annexes de l'EHPAD et de l'USLD étant réémis dans leur quasi-totalité.

Réitérant les engagements, non tenus, pris à l'occasion du précédent contrôle de la Chambre, l'APHP dit « *avoir bien conscience de ces niveaux importants d'annulations et de réémissions* ». L'établissement se déclare décidé à remédier à ces carences, en « *prévoyant notamment de fiabiliser dès le début de la chaine, les données patients enregistrées* ».

5.8.6. L'apurement des admissions en non-valeur (ANV)

L'admission en non-valeur des créances irrécouvrables se traduit par un circuit comptable qui fait d'abord passer les créances du compte de restes à recouvrer concerné au compte 415-2, avant qu'elles ne soient budgétairement enregistrées en dépenses sur le compte 654.

Or, dans les comptes de l'AP-HP, les montants qui figurent au débit du compte 654 « pertes sur créances irrécouvrables », ne permettent pas, sauf en 2010, l'équilibre avec crédit du compte 415-2. Certes, le compte 415-2 est apuré totalement et régulièrement : aucun stock de créances irrécouvrables ne vient fausser le bilan. Néanmoins, ses modalités d'apurement ne sont pas entièrement lisibles.

[76] Environ 20 % en 2010.

[77] Le faible ratio de réémission est engendré par le circuit de facturation : alors que la facturation à l'encontre des particuliers, patients ou mutuelles, donne lieu à l'émission d'un titre de recettes individuel, versé au titre 2, la facturation à l'encontre de l'Assurance maladie est effectuée sur la base d'un fichier E-pmsi, sans émission de titre individuel. Un titre mensuel de régularisation par compte est émis sur la base d'un arrêté pris par l'ARS, et directement versé au titre 1.

5.9. La déclaration de la taxe sur les salaires est incohérente avec les sommes inscrites au compte financier

La taxe sur les salaires est régulièrement mandatée, conformément aux préconisations établies par la Direction Générale des Finances Publiques et la Direction Générale de l'Organisation des Soins, qui prévoit un taux de mandatement de 10 %.

En revanche la chambre a observé des incohérences entre la déclaration annuelle de la taxe sur les salaires d'une part, et les comptes financiers d'autre part. Cette différence a été expliquée et justifiée par l'ordonnateur par des restes à mandater de charges de personnel devant faire l'objet d'un rattachement à l'exercice.

5.10. Des charges sur exercices antérieurs en forte hausse

Les reports de charges ont été multipliés par trois entre 2010 et 2014. Ils sont passés d'un niveau de 0,2 % des charges en 2010-2011, conforme au ratio préconisé par la direction générale de l'offre de soins et la direction générale des finances publiques, à un niveau très supérieur de 0,7 % des charges à partir de 2012.

Cette situation s'explique, selon l'ordonnateur, par les oublis de saisie de la certification de service sur l'exercice concerné, entraînant une annulation du bon de commande en N+1 et l'imputation de la dépense en charge sur exercice antérieur. A cet égard, l'ordonnateur s'est engagé à assurer une meilleure saisie du service fait sur l'exercice concerné, pour réduire les charges sur exercice antérieur et respecter ainsi le principe d'annualité de la dépense.

Il appartient donc à l'AP-HP de prendre toutes les mesures nécessaires pour situer son niveau de report de charges en dessous de ce seuil d'alerte.

6. UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI S'AMÉLIORE MAIS RESTE FRAGILE

Les comptes de l'AP-HP retracent l'exécution d'un budget principal (budget H), et de cinq budgets annexes : le CRPA[78] A pour la dotation non affectée, le CRPA B pour les unités de soins de longue durée, le CRPA C pour les écoles et instituts de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes, le CRPA E (EHPAD) et le CRPA P, créé pour isoler les activités relatives aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

6.1. Un retour à l'équilibre prévu en 2012, reporté à 2016

Le plan stratégique 2010-2014 avait prévu un retour à l'équilibre financier dès 2012, assorti d'un excédent de 20 M€, objectif qui n'a pas été atteint.

[78] CRPA : compte de résultat prévisionnel ou budget annexe.

Tableau n° 18 : Résultats de l'AP-HP comparés aux prévisions du plan stratégique 2010-2014

Résultats En M€	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat consolidé (1)	-101	-72	-21	-7	-10
Résultat prévisionnel (Plan Stratégique 2010/2014) (2)	-97	-98	20	26	28
Écart = (2)-(1)	-4	+26	-43	-33	-38

Source : comptes financiers ; plan stratégique 2010 -2014

Si les résultats s'écartent négativement, sauf en 2011, des objectifs fixés, l'amélioration du compte de résultat est toutefois indéniable. Le déficit a été divisé par 10, avec un résultat net qui est passé de -101 M€ en 2010 à -9,9 M€ en 2014.

Tableau n° 19 : Evolution du résultat net comptable du budget principal et des budgets annexes, de 2010 à 2014

Résultat net comptable (en M€)	2010	2011	2012	2013	2014
Budget principal H	-114,6	-89,9	-70,3	-61,0	-48,8
Budget B - USLD	-2,7	-1,0	0,0	-4,9	-6,1
Budget E - EHPAD	0,0	0,6	1,7	2,1	0,6
Budget P - CSAPA	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Budget C - IFSI	0,3	1,5	0,4	-4,4	-4,0
Budget A - DNA	14,0	17,2	47,5	60,6	48,3
Budget consolidé	**-102,9**	**-71,7**	**-20,7**	**-7,4**	**-9,8**

Source : comptes financiers

Cette amélioration n'est qu'en partie structurelle. Le budget A, qui retrace les opérations immobilières de l'établissement, par nature non pérennes, a fortement contribué à la réduction du déficit comptable, surtout à partir de l'exercice 2012. Le budget général, malgré un redressement substantiel, reste déficitaire de 48,8 M€ en fin de période.

6.2. L'analyse de l'exploitation

6.2.1. Une progression modérée des produits d'exploitation

Tableau n° 20 : Produits bruts d'exploitation

Budget consolidé (en M€)	2010	2011	2012	2013	2014	***Évolution moyenne annuelle***
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (budget H)	3 084,3	3 114,3	3 273,8	3 387,7	3 461,7	2,9%
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (budget H)	607,2	650,2	656,6	666,0	679,7	2,9%
Sous-total variable selon l'activité hospitalière	3 691,5	3 764,5	3 930,5	4 053,7	4 141,4	2,9%
MIGAC (budget H)	1 246,1	1 219,8	1 140,4	1 039,5	1 043,4	-4,3%
Forfaits annuels (budget H)	87,2	87,4	90,1	91,9	93,9	1,9%
Dotation annuelle de financement SSR et PSY (DAF) (budget H)	586,3	596,1	601,6	607,9	616,0	1,2%
Produits afférents aux soins (budgets B et E)	126,4	127,3	119,5	115,7	113,2	-2,7%
Produits afférents à la dépendance (budgets	27,9	26,2	25,3	25,2	24,5	-3,2%

B et E)						
Produits de l'hébergement (budgets B et E)	91,4	88,1	85,7	81,1	80,0	-3,3%
Autres produits de tarification des budgets annexes (budget P)	3,3	3,9	3,9	3,8	3,8	3,9%
Ventes de marchandises (tous budgets)	831,9	289,7	313,1	298,5	602,2	-7,8%
Autres produits d'exploitation (tous budgets – hors remboursement entre budget principal et budgets annexes)	147,3	100,8	111,5	110,4	116,9	-5,6%
Produits bruts d'exploitation	**6 839,2**	**6 303,7**	**6 421,7**	**6 427,8**	**6 835,3**	**0,0%**
Évolution annuelle		***-7,8%***	***1,9%***	***0,1%***	***6,3%***	

Source : IDAHO et comptes financiers

En apparence, les produits d'exploitation ont stagné entre 2010 et 2014. Cependant, la diminution de plus de 600 M€ des produits de ventes de marchandises, constatée entre 2010 et 2011 est fictive. Elle résulte en effet d'une modification des écritures d'achats et de rétrocession, en lien avec le changement d'application informatique.

Si l'on neutralise cet effet, les produits d'exploitation, dont le montant corrigé est, en 2010, de 6,2 Md€, ont progressé de 2,5 % moyenne annuelle, pour atteindre 6,9 Md€ en 2014.

6.2.1.1. La croissance régulière des produits de l'activité

Au sein des produits d'exploitation, les produits de l'activité hospitalière, payés par l'assurance maladie (tarification à l'activité T2A, médicaments facturés en sus et dispositifs médicaux facturés en sus) ont connu une progression régulière, passant de 3,1 Md€ en 2010 à 3,5 Md€ en 2014, soit une hausse annuelle moyenne de l'ordre de 2,9 % et une hausse globale de 12,2 %.

Au sein de ces recettes, le montant des produits de la tarification des séjours est passé de 2,5 Md€ à 2,7Md€ (+8,5 %).

Tableau n° 21 : La tarification des séjours

en M€	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Cpte 731-11 produits hospit. (a)	2 507	2 531	2 595	2 652	2 720
Cpte 731 total produits assurance maladie (b)	5 687	5 785	4 577	4 665	5 175
Total produits d'exploitation (c)	6 838.7	6304.8	6421.7	6428.2	6 874
a/c	35%	38%	38%	39%	39%
a/b	44%	43%	56%	56%	52 %

Source : comptes financiers

Les produits liés à la tarification des séjours constituent plus de la moitié des produits du titre 1 et 35 à 40 % des recettes d'exploitation. Cette proportion a augmenté régulièrement. La majorité des recettes de l'AP-HP en provenance de l'assurance maladie repose donc sur les produits de la T2A.

Cette évolution reflète la tendance favorable de l'activité, à l'exception de la chirurgie conventionnelle, grâce avec une croissance continue de l'activité de médecine et une bonne progression de la chirurgie ambulatoire.

Tableau n° 22 : Évolution de l'activité MCO

	2010	2011	2012	2013
Nombre de RSA de médecine (HC)	344 816	346 549	355 025	360 108
Evolution annuelle		0,50%	2,45%	1,43%
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	143 278	146 275	147 429	144 118
Evolution annuelle		2,09%	0,79%	-2,25%
Nombre de RSA d□obstétrique (HC)	49 254	47 713	47 690	49 313
Evolution annuelle		-3,13%	-0,05%	3,40%
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	242 886	245 893	250 452	251 640
Evolution annuelle		1,24%	1,85%	0,47%
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	40 582	44 063	46 540	49 110
Evolution annuelle		8,58%	5,62%	5,52%
Nombre de RSA d□obstétrique (ambulatoire)	17 974	18 343	18 790	19 591
Evolution annuelle		2,05%	2,44%	4,26%

Source : Hospidiag

Le périmètre du présent contrôle n'ayant pas prévu d'investigations spécifiques sur l'activité de l'établissement, en tant que telle, l'analyse des données en a été volontairement limitée.

6.2.1.2. Une évolution positive des produits à la charge des patients et des mutuelles

La progression des produits non pris en charge par l'assurance maladie (titre 2), est parallèle à celle des produits du titre 1. Elle corrobore la tendance favorable de l'activité.

La généralisation de la majoration pour chambre particulière a contribué, pour une part certes modeste, à l'augmentation du titre 3. Cette tarification a été développée à partir de 2011, pour être généralisée à partir de 2013. Près de 195 000 journées ont ainsi été facturées, à 45 € la journée, en 2014, pour une recette totale de 8,8 M€.

6.2.1.3. Une diminution des dotations de la tutelle

Les aides de la tutelle, notamment liées aux missions d'intérêt général (MIG) et au fonds d'intervention régional (FIR), ont diminué de 3,3 % au cours de la période.

Tableau n° 23 : Dotations accordées à l'établissement

(en M€)	2010	2011	2012	2013	2014
MIG (notification)			227,9	226,9	225,4
AC (notification)			67,6	73,9	73,4
MIGAC (notification)	**1246,1**	**1219,7**	**295,5**	**300.8**	**298,8**
MERRI (notification)			**760.627**	742,6	749,9
FIR (notification)	0	0	*165.7*	*157.2*	*155.4*
TOTAL (notification)	**1 246**	**1 219**	**1 221.8**	**1 200.8**	**1 204.1**
Évolution (en M€)		-27	+2.8	-21	+3.3

Source : Comptes financiers pour 2011-2012, et données ordonnateur pour les exercices suivants

La tutelle a en effet opéré un rééquilibrage de ses dotations, moins favorable à l'APHP à partir de 2011.

6.2.2. Une maîtrise des charges, notamment de personnel

6.2.2.1. Une masse salariale globalement maitrisée

Les charges de personnel de l'AP-HP sont passées de 4,2 Md€ en 2010 à 4,4 Md€ en 2014, soit une augmentation de 4,9 % (+1,2 % par an en moyenne).

Tableau n° 24 : Évolution synthétique des charges de personnel

En millions d'€	2010	2011	2012	2013	2014
Total charges de personnel (rectifié)	4 205	4 192	4 219	4 314	4 413
Évolution par rapport à n-1		-14	28	94	99
Évolution en % par rapport à n-1		-0,3%	0,7%	2,2%	2,3%

Source : comptes financiers

Après une baisse significative en 2011, elles sont reparties à la hausse, de façon mesurée en 2012, plus soutenue en 2013 et 2014. Pour ces deux derniers exercices, l'augmentation est essentiellement liée à un effet prix, du fait de nombreuses mesures salariales catégorielles (reclassement des catégories C, hausse du SMIC, hausse de cotisations sociales). À partir de 2011, elles constituent un peu plus de deux tiers des charges de gestion courante.

6.2.2.2. Une diminution des effectifs concentrée sur les personnels non médicaux

Une baisse conséquente en 2011…

La mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014 a conduit, en 2011, à une réduction significative des effectifs non-médicaux par la suppression de 1518 ETPR[79] (-2,1 %), pour une économie de 40,4 M€. Les baisses d'effectifs se répartissent de façon relativement uniforme selon les grandes catégories de personnel.

Tableau n° 25 : Évolution des effectifs et dépenses des personnels non-médicaux entre 2010 et 2011, selon les catégories de personnels

	2010		2011		Écart	
(dépenses en millions d'€)	ETPR	Coût	ETPR	Coût	ETPR	Coût
Personnel de direction et administratif	9 999	416,6	9 792	409,3	-207	-7,3
Personnel hospitalier[80]	56 835	2 438,7	55 694	2 410,8	-1 141	-27,8
Personnel socio-éducatif	1 025	46,2	1 007	45,4	-18	-0,8
Personnel technique et ouvrier	6 126	259,8	5 973	255,3	-153	-4,5
Total PNM	**73 984**	**3 161,3**	**72 466**	**3 120,9**	**-1 518**	**-40,4**

Source : données produites par l'ordonnateur

[79] ETPR : équivalent temps plein rémunéré

[80] La catégorie appelée « personnel hospitalier », issue des documents produits par l'établissement, regroupe l'ensemble des personnels de soin (agent hospitalier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, infirmier, puéricultrice, diététicien, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, cadre de santé, directeur des soins), ainsi que les personnels de laboratoire, préparateurs, les psychologues et les sages-femmes.

L'analyse tend à montrer que le regroupement des sites en groupes hospitaliers a permis la mutualisation des fonctions logistiques et administratives, même si elle a donné lieu au recrutement de personnels extérieurs et à la transformation de postes d'encadrement en postes de chargés de mission.

Parmi le personnel de direction et administratif, les diminutions de postes permanents ont touché principalement des emplois de catégorie B et C. Pour la catégorie A, la diminution du nombre de directeurs d'hôpital (-22 ETPR), de sous-directeurs des services centraux (-3 ETPR) et d'attachés d'administration hospitalière (-13 ETPR), a entraîné une diminution de 2,9 M€ des dépenses. Elle a néanmoins été neutralisée, par un renforcement du nombre de chargés de mission (+69 ETPR), engendrant une croissance de 2,8 M€ des dépenses.

On observe également un pic de dépenses de personnels extérieurs (+7,7 M€), qui sont passées de 28,2 M€ en 2010, à 35,9 M€ en 2011[81].

Parmi le personnel hospitalier, 1 204 postes ont été supprimés ou n'ont pas été pourvus entre 2010 et 2011, portant sur 197 ETPR de cadres et cadres supérieurs de santé, 244 ETPR d'agents hospitaliers, 293 ETPR d'aides-soignants (dont 72 élèves) et 470 ETPR d'infirmiers, pour un total de 32,3 M€.

L'analyse par secteur montre que les services centraux ont concentré 45 % de la baisse des effectifs (-682 ETPR). Il s'agit principalement d'une diminution des personnels hospitaliers (-565 ETPR, soit -30,8 M€) en promotion professionnelle pour la quasi-totalité d'entre eux (-466 ETPR), ce qui a conduit la chambre à s'interroger sur le périmètre concernant les effectifs de ces services[82] (cf. *infra* 6.3.2).

Des diminutions d'effectifs ont également touché les groupements hospitaliers de Paris Centre (-569 ETPR), de la Pitié-Salpêtrière Charles-Foix (-191 ETPR) et de Paris Île-de-France Ouest (-92 ETPR). D'autres groupes hospitaliers ont vu leurs effectifs croître substantiellement, tel Necker-Enfants Malades (+161 ETPR). Ces mouvements dans les groupes hospitaliers ont représenté une baisse globale de 812 ETPR.

…Suivie d'une stabilisation globale

À la baisse d'effectifs de 2011 a succédé, une stabilisation globale, avec une croissance des effectifs limitée à 0,7 % (soit +508 ETPR) entre 2011 et 2013. Cette relative stabilité des effectifs s'est toutefois accompagnée d'une reprise à la hausse des dépenses, en raison notamment d'un redéploiement vers des personnels plus qualifiés et d'une augmentation des infirmiers, qui a plus que compensé leur baisse initiale en termes d'effectifs.

Malgré cette hausse, le coût salarial par ETPR non médical, comparé aux données compilées par l'ATIH[83] sur la base des rapports sociaux de 2013, apparaît, en 2013, inférieur à la moyenne des CHU (43,9 k€, contre à 44,5 k€).

[81] Soit 0,9 % des charges de personnel : ce ratio est élevé comparativement à la moyenne des CHU, où il est de 0,12 % (selon les données de l'ATIH sur les bilans sociaux 2013). Le même ratio se situe entre 0,4 % et 0,9 % pour les CH, selon leur taille (la proportion la plus élevée étant pour le CH de taille moyenne).

[82] La présence de personnel soignant au niveau du siège est en effet inattendue.

[83] ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Tableau n° 26 : Évolution des effectifs et dépenses des personnels non-médicaux entre 2011 et 2014, selon les catégories de personnels

	2011		2014		Écart	
(dépenses en millions d'€)	**ETPR**	**Coût**	**ETPR**	**Coût**	**ETPR**	**Coût**
Personnel de direction et administratif	9 792	409,3	9 614	421,4	-178	12,1
Personnel hospitalier	55 694	2 410,8	56 255	2 543,4	561	132,5
Personnel socio-éducatif	1 007	45,4	1 036	48,7	29	3,2
Personnel technique et ouvrier	5 973	255,3	6 069	272,6	96	17,2
Total PNM	**72 466**	**3 120,9**	**72 974**	**3 286,1**	**508**	**165,1**

Source : données produites par l'ordonnateur

La diminution de 10 % de l'effectif de directeur d'hôpital (-26 ETPR) n'a entraîné qu'une baisse des dépenses de 1% (-0,4 M€), de même que la suppression de 5 ETPR de D3S[84] (-0,3 M€) et des 4 ETPR de directeur exécutif de GHU (-0,6 M€). Parallèlement, ont été créés un poste de secrétaire général et de 22 ETPR de directeur d'hôpital sur emploi fonctionnel pour un coût de 4 M€. L'effectif des chargés de mission n'a pas diminué, bien au contraire (+159 ETPR, soit +19 % de l'effectif concerné), pour une dépense supplémentaire de 9,7 M€.

La hausse de 1 % de l'effectif du personnel hospitalier est portée principalement par l'augmentation de 1 353 ETPR d'infirmier, faisant plus que compenser la baisse précédente, pour un coût de 80,8 M€. Hors évolution des effectifs, les revalorisations de personnel hospitalier ont eu sur la période 2011-2014, un impact de 108 M€. Les emplois d'agent hospitalier et d'aide-soignant ont continué à baisser respectivement de 878 ETPR (-15 %) et de 313 ETPR (-2 %).

Les principales reconfigurations ont concerné le groupe hospitalier Paris-Centre (-263 ETPR), mais surtout, et à nouveau, les services centraux (-1 228 ETPR).

6.2.2.3. Une croissance modérée des effectifs et de la masse salariale des personnels médicaux

Tableau n° 27 : Évolution des effectifs et dépenses des personnels médicaux entre 2010 et 2014, selon les catégories de personnels

	2010		2014		Écart	
(dépenses en millions d'€)	**ETPR**	**Coût**	**ETPR**	**Coût**	**ETPR**	**Coût**
Praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH)	3 044	179,5	3 072	179,3	28	-0,1
Praticiens hospitaliers à temps plein	2 669	321,6	2 757	347,4	88	25,8
Praticiens hospitaliers à temps partiel	524	33,4	525	36,6	1	3,3
Praticiens attachés	2 793	193,1	2 895	208,7	102	15,6
Internes et étudiants en médecine	8 541	166,7	9 441	197,5	900	30,8
Non renseigné		10,9		11,6		0,7
Total PM	**17 571**	**905,0**	**18 690**	**981,1**	**1 119**	**76,1**

Source : données produites par l'ordonnateur

Entre 2010 et 2014, la croissance des dépenses de personnels médicaux a été plutôt modérée (+8,4 % soit +2 % en moyenne annuelle). Son accélération en 2013 et surtout 2014 repose sur l'effet conjugué de l'augmentation du nombre de praticiens hospitaliers à

[84] Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

temps plein (+88 ETPR,) et de l'augmentation du coût moyen par ETPR (+4,6%). Pour autant, le coût moyen par ETPR médical en 2013 (hors internes et étudiants) était de 98,2 k€. moins élevé que celui de la moyenne des CHU (99,7 k€).

Tableau n° 28 : Coût moyen par ETPR des différentes catégories de personnels médicaux en 2014

	2014	Évolution / 2010
Praticiens hospitalo-universitaires[85] permanents	60 213 €	-0,7%
Praticiens hospitalo-universitaires temporaires	55 626 €	-1,5%
Praticiens hospitaliers à temps plein	125 972 €	4,6%
Praticiens hospitaliers à temps partiel	69 826 €	9,7%
Praticiens attachés renouvelables de droit	72 401 €	6,5%
Praticiens attachés contractuels sans renouvellement de droit	71 844 €	2,0%
Internes	41 948 €	1,3%
Étudiants en médecine	4 230 €	2,2%

Source : données produites par l'ordonnateur

Les effectifs médicaux, si l'on ne retient que les effectifs « seniors », c'est-à-dire les praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), les praticiens hospitaliers (PH) et les praticiens attachés, ont peu évolué entre 2010 et 2014.

L'évolution la plus marquante a été la croissance de 10 % du nombre d'internes et d'étudiants en médecine, qui représentaient plus de la moitié des effectifs médicaux en 2014[86]. Même s'ils ne sont rémunérés qu'à hauteur de 42 000 € par ETPR, les internes ont coûté 175 M€ à l'établissement en 2014, soit 29 M€ de plus qu'en 2010.

6.2.3. Une baisse de la marge dégagée par l'exploitation

Conjuguée à la reprise à la hausse des dépenses de personnel à partir de 2013, la progression plus rapide des dépenses d'achats a conduit à une baisse de la marge dégagée par l'exploitation.

Tableau n° 29 : L'évolution des achats de biens et de services

Budget consolidé (en M€)	2010	2011	2012	2013	2014	*Évolution moyenne annuelle*
Achats de matières premières et fournitures	1 887,7	1 344,2	1 448,3	1 490,9	1 822,8	-0,9%
Services extérieurs (après déduction des remboursements entre budget principal et budgets annexes)	480,9	456,1	462,7	487,0	525,3	2,2%
Consommations intermédiaires	2 368,6	1 800,2	1 910,9	1 977,9	2 348,1	-0,2%
Évolution annuelle		***-24,0%***	***6,2%***	***3,5%***	***18,7%***	

Source : comptes financiers

[85] La part de leur rémunération supportée par l'hôpital représente la moitié de leur rémunération totale.

[86] On dénombrait quelques 3 500 internes et 5 000 étudiants en médecine en 2010,

Pour la même raison[87] que pour les produits de ventes de marchandises, la baisse des achats de biens et de services, constatée entre 2010 et 2011 est fictive. En neutralisant cet effet, les achats de biens et de services apparaissent en forte hausse (+42 %) sur la période, avec une croissance moyenne de 9,1 % par an.

La hausse plus marquée de 2012 est liée pour l'essentiel à une valorisation plus juste des achats non stockés, suite à l'intégration dans le logiciel de gestion de la majorité des pharmacies à usage interne des hôpitaux, non valorisés jusque-là. Comme indiqué plus haut également, une part de la hausse visible en 2014 a été compensée par des recettes supplémentaires. Il n'en demeure pas moins que ces dépenses ont connu une croissance dynamique.

La valeur ajoutée, qui déduit des produits bruts d'exploitation les achats de biens et de services, est restée globalement inchangée entre 2010 et 2014, autour de 4,5 Md€. Ainsi, l'augmentation de ces dépenses a absorbé l'augmentation des produits d'exploitation[88].

L'excédent brut d'exploitation (EBE), très sensible à l'évolution des dépenses de personnel, s'est amélioré jusqu'en 2013, parallèlement à l'effort de réduction de la masse salariale, puis s'est détérioré dès que les charges de personnel sont reparties à la hausse. La marge brute, qui intègre les produits et les charges de gestion courants, a évolué parallèlement à l'EBE.

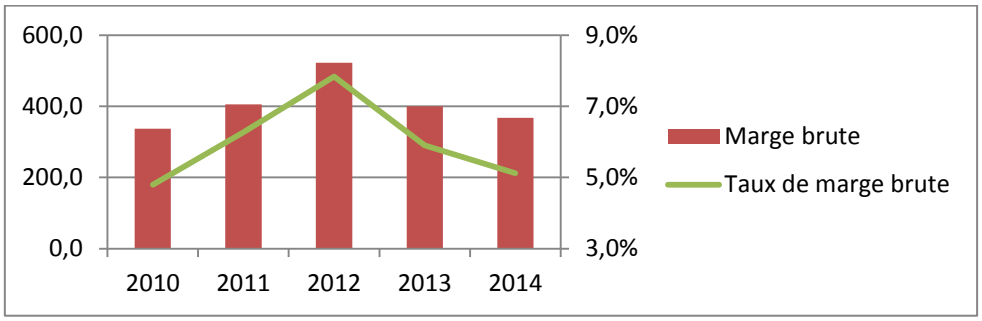
Le taux de marge brute constitue le solde clef pour le pilotage de l'établissement, en exprimant les moyens dégagés pour couvrir ses charges financières, d'amortissement, et de provisionnement. À l'AP-HP, le taux de marge brute, après s'être amélioré en 2011 et 2012, a retrouvé en 2014 son niveau de 2010.

Tableau n° 30 : Évolution de la marge brute

Budget consolidé (en M€)	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Marge brute	336,7	405,7	522,3	399,7	367,2
Taux de marge brute	4,8%	6,3%	7,8%	5,9%	5,1%

Source : comptes financiers

Graphique n° 2 : Évolution de la marge brute



Source : comptes financiers

[87] Changement de comptabilisation entre le budget principal et les budgets annexes

[88] L'inscription des dotations du fonds d'intervention régionale (FIR) en subventions a amplifié cette évolution, alors que son maintien dans la catégorie des produits d'exploitation au titre des missions d'intérêt général (MIG) l'aurait atténuée. La valeur ajoutée aurait alors progressé de 200 M€.

Un niveau incompressible de 3 % de marge brute est considéré comme nécessaire au renouvellement courant des immobilisations. L'AP-HP dispose donc d'un solde très limité pour les investissements autres que le renouvellement courant. En 2014, elle se plaçait, à cet égard, au-dessous du 2ème décile de sa catégorie.

La marge brute, telle que définie par Hospidiag ou IDAHO, inclut des aides financières sans lien direct avec l'activité. Elle ne permet donc pas d'en mesurer l'efficience. Il est donc d'usage dans le monde hospitalier de calculer un taux de marge brute non aidée en retranchant les aides contractuelles (AC) « investissement » ainsi que les aides contractuelles « restructuration et soutien aux établissements déficitaires ».

La marge brute non aidée exprime la ressource issue de la seule exploitation, disponible pour financer l'investissement, passé et futur L'autofinancement des investissements courants requiert un seuil incompressible de 3 à 4 %. Par ailleurs, ce taux doit être au minimum de 4 % pour financer le remboursement des emprunts[89]. La soutenabilité de l'investissement hospitalier exige donc une marge brute non aidée totale de l'ordre de 8 %, niveau que n'atteint pas l'AP-HP.

Tableau n° 31 : Aides contractuelles ponctuelles

(*en M€*)	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Restructurations et soutien financier					1
Investissements mesures nationales	68	71	77	54	54
FIR				21	21
TOTAL	**68**	**71**	**77**	**75**	**75**

Source : ordonnateur

Tableau n° 32 : Marge brute non aidée

Budget consolidé (en M€)	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Marge brute	336,7	405,7	522,3	399,7	367,2
Taux de marge brute	**4,8%**	**6,3%**	**7,8%**	**5,9%**	**5,1%**
Marge brute non aidée	268,7	334,7	445,3	324,7	292,2
Taux de marge brute non aidée	**3,9%**	**5,2%**	**6,8%**	**4,9%**	**4,1%**

Source : IDAHO, Comptes financiers et données ordonnateur

La faiblesse du taux de marge brute non aidée traduit une difficulté potentielle de l'institution à financer ses investissements puisqu'il est à peine de 4 % en 2010 et en 2014. Toutefois, l'AP-HP dispose de réserves foncières importantes, dont la cession est une source de produits exceptionnels, susceptible de compenser une marge brute trop faible pour garantir la soutenabilité des investissements.

[89] Au cas particulier de l'AP HP, le ratio « service de la dette/Produits d'exploitation » ressort aux taux suivants :

En millions d'€	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Remboursement de la dette	431,6	317,7	378,6	178,3	264,4
Intérêts	67	78	83	74	73,2
Service de la dette	498,6	395,7	461,6	252,3	337,6
Produits d'exploitation	6839	6305	6422	6428	6874,3
Service de la dette /Produits d'exploitation	7,29%	6,28%	7,19%	3,93%	4,91%

Source : comptes financiers

6.2.4. Une amélioration du résultat net liée en grande partie au résultat exceptionnel

Le résultat d'exploitation est obtenu à partir de la marge brute, de laquelle sont retranchées les dotations aux amortissements et aux provisions et rajoutées les reprises sur provisions.

Tableau n° 33 : Résultat d'exploitation

Soldes en M€ Budget consolidé	2010	2011	2012	2013	2014
Marge brute	**336,7**	**405,7**	**522,3**	**399,7**	**367,2**
+ Reprises sur amortissements et provisions	56	41	49	53	101
- Dotations aux amortissements	362	336	325	319	337
- Dotations aux provisions et dépréciations	72	129	120	101	94
Résultat d'exploitation	**-41**	**-17**	**126**	**33**	**37,2**

Source : IDAHO, Comptes financiers et données ordonnateur

Négatif jusqu'en 2011, le résultat d'exploitation confirme l'impossibilité pour la marge brute de couvrir les charges calculées. Le très net redressement constaté en 2012 (+138,4 M€) provient des produits *« Lambda »*. Son niveau s'explique aussi, notamment depuis 2013, par le fait que les dotations aux amortissements ont diminué de 2,3 % par an en moyenne, ainsi que les dotations aux provisions (-9,35 % par an) alors que les reprises sur provisions sont restées relativement stables, hormis en 2014[90].

Tableau n° 34 : Passage du résultat d'exploitation au résultat net

Résultat consolidé en M€	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat d'exploitation	**-41**	**-17**	**126**	**33**	**37**
Résultat financier	**-55**	**-67**	**-74**	**-70**	**-69**
Résultat exceptionnel	**-6**	**12**	**-73**	**30**	**21**
RESULTAT NET	**-102**	**-72**	**-21**	**-7**	**-10**

Source : IDAHO et comptes financiers

Malgré son amélioration depuis 2012, le résultat d'exploitation ne peut compenser le déséquilibre du résultat financier sur toute la période.

Le résultat net dépend donc fortement des variations du résultat exceptionnel, qui retrace les cessions immobilières, et qui, depuis 2013, permet de limiter le déséquilibre du résultat net.

[90] La brusque évolution en 2014 est liée au dénouement du contentieux « THALES » à hauteur de 20 M€ et des reprises au titre du plan hôpital 2012.

Tableau n° 35 : Impact des cessions immobilières sur le résultat net

Budget consolidé (en M€)	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
775 Produits des cessions d'immobilisations	11,9	7,6	59,9	51,7	37,0
675 Valeur comptable des éléments d'actif cédés	18,9	0,0	2,0	2,0	0,6
Impact sur le résultat net comptable	**-7,0**	**7,6**	**57,9**	**49,7**	**36,4**

Source : comptes financiers

Ces évolutions sont parallèles à celles du budget annexe de la dotation non affectée (DNA).

Tableau n° 36 : Résultat du budget annexe DNA

Résultat Budget A - DNA	2010	2011	2012	2013	2014
en M€	14,0	17,2	47,5	60,6	48,3

Source : comptes financiers

Cependant, comme il a été relevé supra (paragraphe 5.3.), les incohérences portant sur la prise en compte de la valeur nette comptable des éléments d'actifs cédés interrogent sur la réalité de cet impact sur le résultat net.

6.3. Approche analytique des résultats d'exploitation

6.3.1. Des outils d'analyse des coûts encore imparfaits

L'AP-HP dispose de plusieurs outils de comptabilité analytique, induisant plusieurs niveaux de « granularité », à savoir les comptes d'exploitation, pour chaque hôpital et groupement hospitalier, les comptes analytiques d'exploitation (CAE) et les comptes de résultats d'exploitation analytiques (CREA) établis au niveau des pôles.

L'AP-HP a fourni à la chambre les comptes d'exploitation 2011-2014 par groupement hospitalier (GH) et par site hospitalier, ainsi que des comptes analytiques d'exploitation 2013 pour chaque activité au sein de chaque site hospitalier. Les comptes d'exploitation comportent les recettes et les dépenses de chaque groupe hospitalier. Les charges communes y font l'objet d'une ventilation analytique, ainsi que créances admises en non-valeur, les amortissements et provisions et les contributions au FIPHFP[91]. Les comptes analytiques d'exploitation calculent pour chaque activité hospitalière, au niveau de chaque hôpital, un coût moyen par unité d'œuvre, qui est ensuite comparé au coût moyen par unité d'œuvre de la même activité sur l'ensemble de l'AP-HP.

Dans certains cas, les écarts de coût relevés dans les comptes analytiques d'exploitation ne sont pas cohérents avec les résultats des comptes d'exploitation. Par exemple, à l'hôpital Avicenne, le coût total de la fonction clinique est inférieur de 7 M€ à la moyenne de l'AP-HP, alors que l'hôpital est en situation de déficit d'exploitation chronique. Il en va de même pour l'hôpital Georges Pompidou (écart de -9 M€ avec les coûts moyens de l'AP-HP, alors que le déficit d'exploitation est de 10 M€). De façon également contre-intuitive, la Pitié-Salpêtrière montre un surcoût de 10 M€ sur la fonction clinique tout en présentant un compte

[91] Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

d'exploitation fortement excédentaire[92]. Certes, comme le fait remarquer l'ordonnateur, le compte de résultat analytique repose sur un périmètre plus large que celui des écarts relatifs aux seules fonctions cliniques, car il est dépendant d'autres facteurs, notamment logistiques. Mais, cela ne justifie qu'en partie les différences constatées.

Par ailleurs, il existe encore des incertitudes sur la correcte affectation de certaines charges de personnel, lorsque des agents relèvent de plusieurs services.

Les comptes de résultats d'exploitation analytiques (CREA) par pôles relèvent du pilotage de chaque groupe hospitalier. Compte-tenu du nombre de pôles cliniques (131), et devant l'ampleur du travail qu'aurait demandé leur examen exhaustif, la chambre avait souhaité travailler sur un échantillon, à partir des comptes de résultats d'exploitation analytiques (CREA) du groupe hospitalier (GH) Paris Centre, pour les exercices 2010 à 2014. En réponse, l'AP-HP a indiqué que *« la méthodologie de constitution des CREA sur ce GH [vient] par ailleurs d'être revue, car celle appliquée auparavant n'était pas complétement robuste.* Les comptes de résultats d'exploitation analytiques du groupe de l'Est parisien, adressés par l'établissement, n'appelaient pas d'observation.

Les outils de comptabilité analytique de l'AP-HP restent donc perfectibles, notamment au niveau des comptes analytiques d'exploitation. L'articulation entre le pilotage par le siège et les différents niveaux de « granularité » mérite des outils d'analyse performants. L'efficacité du pilotage médico-économique est en effet particulièrement importante pour un établissement aussi complexe que l'AP-HP.

6.3.2. Une vision difficile du coût des services centraux et des services généraux

L'établissement n'a pas communiqué à la chambre de document global permettant de suivre l'évolution des charges de structure des services centraux et des prix de revient des services généraux[93], sous forme par exemple de comptes d'exploitation.

Il dispose en revanche de supports pour chacun des services relevant de ces structures transversales, destinés à la préparation et au suivi d'exécution budgétaire. Ces supports comportent des éléments précis et complets de ventilation analytique sur les différentes activités.

Les dépenses de personnel des services centraux ont pu néanmoins être identifiées avec précision. En 2014, les services centraux comptaient 3 200 ETPR pour un coût de 163,3 M€.

Tableau n° 37 : Effectif des services centraux en 2014

	ETPR	DEPENSES
PERSONNEL DE DIRECTION ET ADMINISTRATIF	1 523	80 470 111
PERSONNEL HOSPITALIER	1 206	52 156 057
PERSONNEL SOCIO-EDUCATIF	12	718 131
PERSONNEL TECHNIQUE ET OUVRIER	458	29 989 548
Total	**3 200**	**163 333 847**

Source : extraits du logiciel ressources humaines HRA produit par l'ordonnateur

[92] A l'inverse, la totalisation des écarts sur la fonction clinique aboutit à un surcoût de 22 M€ pour Necker, et à un moindre coût de 6 M€ pour Robert Debré, en relative cohérence avec les résultats des comptes d'exploitation, déficitaire pour Necker et excédentaire pour Robert Debré.

[93] Notamment le service central des ambulances, la direction ACHAT, les systèmes d'information, le service facturier, le service central de blanchisserie, la direction de la recherche clinique et du développement (DCRD), les services de sécurité, l' AGEPS

Cependant, le périmètre des services centraux n'est pas superposable à celui du siège, comme le montre la répartition des effectifs. Ainsi, en 2014, plus du tiers de leur effectif étaient des agents hospitaliers (infirmiers et aide soignants).

Tableau n° 38 : Répartition des personnels hospitaliers comptabilisés dans les services centraux (2010 et 2014)

Personnel hospitalier Services centraux	2010	2014	Delta
promotion professionnelle	1 698	830	-868
formation continue /CFP	103	70	-33
Protocole handicap/inaptitude	31	20	-11
Congé maladie longue durée (budget des SC)	943	0	-943
Congé maladie longue durée (budget GH à partir de 2013)		685	685
TOTAL	2 774	1605	-1169

Source : pour 2010, extraits du logiciel ressources humaines HRA produit par l'ordonnateur –pour 2014, données fournies par l'APHP

Cette répartition, qui traduit le rattachement aux services centraux d'effectifs relevant de la politique d'accompagnement social, complique la lecture analytique, d'autant que son périmètre est éminemment variable. En 2013 par exemple, les personnels en congé de longue durée ont été rebasculés vers les groupes hospitaliers, expliquant en grande partie la diminution constatée au cours de la période sous revue.

La notion de siège proprement dit correspond au siège « pilote » qui comprend le directeur général, le secrétaire général et sept directions fonctionnelles. Le siège comptait 849 ETP en 2014, contre 806 en 2012. Les services généraux, quant à eux, disposaient en 2014 de 2 040 ETP pour un coût de 97,5 M€.

6.3.3. Des groupements hospitaliers (GH) aux résultats très hétérogènes

Les résultats d'exploitation des groupes hospitaliers offrent une forte dispersion, allant de -36 M€ à +18 M€, accompagnée d'une grande volatilité. Ces résultats s'expliquent tant par la prise en compte de ceux des 34 sites hospitaliers tout aussi disparates[94] mais également des fluctuations dans les dotations MIGAC.

Ainsi, au sein du groupe hospitalier de l'Est parisien, les dotations MIGAC augmentent fortement pour Saint Antoine et Rothschild, qui se redressent, alors qu'elles diminuent fortement pour Trousseau et Tenon, dont la situation s'aggrave.

Au sein des groupes hospitaliers HU Paris Île-de-France Ouest et HU Paris Nord Val de Seine, la hausse ou la baisse des crédits MIGAC et FIR surdéterminent l'évolution du résultat des hôpitaux Ambroise Paré et Raymond Poincaré pour le premier, et des hôpitaux Bichat, Beaujon, Louis Mourier et Bretonneau pour le second.

Au sein du groupe hospitalier HU Paris Sud, des ajustements importants sont visiblement intervenus entre 2011 et 2012 dans la répartition des crédits MIGAC et FIR entre l'hôpital de Bicêtre et Antoine Béclère.

Le groupement hospitalier Saint-Louis Lariboisière est constitué de deux hôpitaux d'envergure budgétaire proche. L'augmentation de 15 M€ de l'excédent pour le premier et de

[94] Voir tableaux en annexes n°2 et 3.

19 M€ du déficit, pour le second sont fortement corrélées avec les évolutions respectives des dotations MIGAC et FIR. La répartition crédits MERRI[95] entre les deux hôpitaux modifie tout particulièrement l'évolution des résultats.

Selon l'ordonnateur, la notion de résultat par site n'est pas pertinente car l'ensemble des charges et produits est suivi au niveau des GH et non au niveau du site. Il explique qu'au sein des GH, les MERRI « recherche » ne sont pas ventilées par site mais affectées par défaut sur un seul site.

Dès lors, la chambre s'interroge sur la construction de tels outils si l'AP-HP les juge ainsi.

La dégradation du résultat de Necker tient à une croissance des charges, supérieure à celle des produits de l'activité mais également à une contraction des crédits MIGAC (-17 M€, compensés en partie par 8 M€ de fonds d'intervention régional (FIR).

Or, la répartition des crédits MIGAC, liés directement à des activités prises en charge hors T2A, obéit à des règles précises, ce qui semble contradictoire avec la volatilité de leur répartition au sein des groupements hospitaliers et des sites.

Les crédits AC (aides à la contractualisation) ont un objet moins défini règlementairement et font l'objet de contractualisation entre l'établissement et l'ARS. Selon les indications données par l'établissement, la répartition des aides à la contractualisation entre groupes hospitaliers *« ne résulte pas d'un modèle d'allocation mais est le plus souvent « fléchée »,* distinguant celles qui financent des « consultants » nommés par arrêté ministériel et rémunérés par les groupes hospitaliers de celles, ponctuelles, en soutien à des activités encouragées par l'ARS (GH cité dans l'arrêté de délégation des crédits) ou venant en aide à l'investissement.

Ces indications ne permettent pas de connaître les modalités de répartition des crédits d'aides à la contractualisation entre sites hospitaliers au sein d'un groupe hospitalier. Leurs fortes variations nuit à la lisibilité de l'évolution du résultat financier de chaque entité.

6.3.4. USLD[96] et EHPAD[97] : des activités en baisse, un coût élevé de l'hébergement en USLD

Le rapport d'activité 2013 mentionnait la *« décision de cesser progressivement l'activité d'EHPAD »* et définissait une *« cible capacitaire site par site »* pour les unités de soins de longue durée (USLD). Aussi, l'offre de soins globale USLD/EHPAD, est passée de 3 608 places en 2010 à 3 315 places en 2013 (-8 %).

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), sont plutôt de petite taille (40 à 60 lits). La baisse de leur activité, en nombre de journées est proportionnelle à celle de leurs capacités. Leur taux d'occupation est donc stable à 95 %. Quant aux unités de soins de longue durée (USLD), leur activité, de l'ordre d'un million de journées par an a baissé plus faiblement que leur capacité[98] (-5 %), entraînant une très légère amélioration du taux d'occupation, de 93 % à 94 %.

---

[95] Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

[96] USLD : unités de soins de longue durée

[97] EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (maisons de retraite médicalisées)

[98] Au cours de la période 2010-2014, seul le site de Bicêtre a fermé, tandis qu'un autre ouvrait à Rothschild. L'essentiel de la diminution de capacité tient à la suppression de 245 lits à Charles Foix (passage de 397 lits en 2010 à 152 lits en 2014).

Les EHPAD et USLD de l'AP-HP montrent un profil similaire, avec 20 % de la dépendance financée par les dotations soins de l'assurance maladie.

Le budget annexe E relatif aux EHPAD présente un résultat net excédentaire sur toute la période, en croissance jusqu'à 2,1 M€ en 2013, avant de redescendre à 0,7 M€ en 2014. Le taux de marge brute atteint un niveau de 10 % en 2013, mais chute à 0,5 % en 2014. La ventilation des dépenses réalisées en 2013 selon les sections de soins, de dépendance et d'hébergement montre que les dotations soins ont augmenté, excédant nettement les dépenses correspondantes, et compensent le financement de la dépendance. Malgré leur baisse depuis 2011, les recettes d'hébergement continuent à dépasser les dépenses qu'elles doivent couvrir.

Le budget annexe B relatif à l'USLD est en déficit pendant toute la période, à l'exception de 2012. Le déficit, déjà élevé en 2013 (-4,9 M€ soit 2,4 % des produits), s'est aggravé en 2014 (-6,1 M€). Le taux de marge brute, de 2,8 % en 2011, est descendu à -1,9 % en 2014. La ventilation des dépenses réalisées en 2013 selon les sections de soins, de dépendance et d'hébergement d'USLD montre que les dotations soins demeurent excédentaires et qu'elles compensent un sous-financement de la dépendance. Les tarifs de dépendance ont augmenté (+1 €/journée), sans parvenir à couvrir le sous-financement (écart de 7 €/journée entre dépenses et recettes liées à la dépendance). La diminution de recettes d'hébergement ne leur permet plus de couvrir les charges correspondantes, qui sont élevées en comparaison des EHPAD (80 € par journée contre 66 €).

Sur ce dernier point, si une partie majeure de l'écart provient des dotations aux amortissements et provisions, en raison de nécessaires travaux d'humanisation des USLD, une autre partie, non négligeable, trouve son origine dans un écart de coût sur la prestation de restauration (9,3 € par journée en EHPAD contre 13,6 € par journée en USLD).

Pour l'établissement, le calibrage de la dotation soins plus favorable aux EHPAD qu'aux USLD, tend à expliquer également cet écart.

Ce constat devrait conduire l'établissement à étudier l'efficience de la fonction de restauration dans les sites abritant des ULSD ainsi que la fiabilité de son information financière analytique. Les comptes de résultat d'exploitation analytiques 2013 montrent par exemple que le coût moyen du repas-patient à Rothschild, Lariboisière, la Pitié Salpêtrière et Louis Mourier, est respectivement de 13,7 €, 12,4 €, 10,8 € et 9,5 €, alors qu'il se situe entre 5 € et 7 € dans la plupart des autres hôpitaux.

Le déficit récurrent de l'USLD, malgré des tarifs d'hébergement élevés, doit conduire l'AP-HP à en analyser les causes, notamment la problématique du coût de la fonction de restauration dans certains hôpitaux.

6.4. L'existence de marges d'amélioration pour le résultat d'exploitation

La chambre a relevé certaines marges de manœuvre qui permettraient à l'APHP d'améliorer ses résultats financiers, notamment au niveau de l'exploitation.

6.4.1. Une progression possible des recettes d'exploitation

6.4.1.1. Une activité de chirurgie, notamment ambulatoire, qui pourrait augmenter

Les produits d'activité pourraient bénéficier d'une amélioration de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète, qui a fortement diminué en 2013.

L'activité de chirurgie ambulatoire, malgré sa progression, se situe en-dessous des taux cibles. Son taux a progressé, entre 2010 et 2013, de 22 % à 25 % alors que le taux cible était, selon l'ordonnateur, de 33 % en 2013 sur le même périmètre, et de 45% pour 2019. De même, le taux de 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire est passé de 46 % en 2010 à 56 % en 2013, alors que la cible est de 85 %. Dans sa réponse, l'ordonnateur a précisé que le taux de chirurgie ambulatoire avait progressé de 8% au cours de l'année 2015.

En outre, les taux d'occupation des lits, en médecine et en chirurgie conventionnelle, ne sont pas optimaux.

Tableau n° 39 : Taux d'occupation des lits en MCO

	2010	2011	2012	2013	*Taux cible*
Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine	70,8 %	72,7 %	73,5 %	75,8 %	*90 %*
Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie	91,7 %	89,2 %	90,4 %	95,9 %	*95 %*
Taux d'utilisation / occupation des lits en obstétrique	69,8 %	66 %	68 %	70,3 %	*80 %*

Source : Hospidiag

L'ordonnateur, tout en rappelant que l'AP HP est consciente des marges de progression existantes, s'est engagée en 2013 dans une démarche de gestion des lits qui vise à optimiser l'utilisation des capacités d'hospitalisation avec une réduction des durées moyennes de séjour et une augmentation des taux d'occupation. Désormais, c'est la quasi-totalité des GH qui ont initié une démarche de gestion des lits.

Ces indicateurs montrent les possibilités de gains d'activité dont l'AP-HP pourrait bénéficier en poursuivant la réorganisation de son offre de soins pour en améliorer l'efficience.

6.4.1.2. Un codage qui montre encore des faiblesses

Si l'exhaustivité du codage paraît en passe d'être atteinte, sa qualité est encore nettement perfectible. Ainsi, le taux d'exhaustivité du codage s'élève à 99,99 % à J+30, en médecine, chirurgie et obstétrique. Le nombre de séjours non transmis variait de 74 (en 2013) à 174 (en 2012), sur 1,2 million de séjours transmis à l'ATIH. La perte de recettes consécutive au non-codage était donc minime, de 159 380 € en 2011 et 381 114 € en 2012, soit environ 0,01 % des recettes de tarification des séjours.

Selon les indicateurs de facturation pour 2014, le taux de rejet des actes par les caisses de sécurité sociale (6,7 %), était modéré, pour un montant de 4,3 M€, et variable selon les groupements hospitaliers (11,4 % pour le GH Necker).

La facturation des séjours et des actes est contrôlée régulièrement par le médecin-conseil de l'assurance maladie. Sur les échantillons examinés entre 2010 et 2013 (respectivement sur des activités réalisées entre 2009 et 2012), le contrôle a eu pour effet de recalculer une part importante des recettes réalisées au titre des séjours. Si le codage s'est amélioré, passant d'un taux d'anomalies de près de 75 % en 2009 et 2010 à un taux de 50 % en 2011 et 2012, le niveau d'anomalies reste pour autant très élevé.

Le montant des actes recodés dans le cadre de la procédure « Lamda », qui oscille entre 40 et 72 M€ pour atteindre, précise l'ordonnateur 57 M€ en 2014, montre que les erreurs initiales dues à un sous-codage sont nombreuses et potentiellement sources de pertes financières.

En revanche, le contrôle de l'assurance maladie avait conclu que le montant des indus, résultant de surfacturations, était en 2012 de 1,7 M€, susceptibles d'entraîner une sanction de 4,6 M€. La sanction prononcée s'est limitée à 0,6 M€. Par ailleurs, l'ordonnateur rappelle

que le montant des indus ne concerne le codage que pour 28%. Le solde correspondant à d'autres motifs : 24% pour hôpital de jour injustifié, 4% pour activité non prise en charge par l'assurance maladie et 44% pour des séjours simultanés.

Dans le cadre du contrôle portant spécifiquement sur le système d'information hospitalier, il a été relevé que l'AP-HP attend de son logiciel « patient » (ORBIS, en cours de déploiement) une nette amélioration de la facturation liée au codage, et une réduction de 75 % à 85 % de la perte de recettes due au sous-codage

Recommandation n° 2 : Renforcer les dispositifs internes de contrôle de la qualité et de l'exhaustivité du codage.

6.4.1.3. Un montant de créances irrécouvrables toujours élevé

Le contrôle de la chambre sur la période précédente (2008-2009) avait souligné l'importance du volume des créances admises en non-valeur (45M€ par an en moyenne). Elle avait recommandé de développer les régies d'avance pour diminuer les admissions en non-valeur.

Dès 2008, l'AP-HP avait lancé un plan d'amélioration de la facturation et du recouvrement (PAFR), dont la généralisation à l'ensemble des établissements devait avoir lieu en 2011. Pour autant, la tendance ne s'est pas inversée bien que le recouvrement ait été considéré par l'établissement comme un projet prioritaire.

Tableau n° 40 : Montant des admissions en non-valeur

ANV *(en M€)*	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
415-2	55,813	53,681	42,716	45,361	50,311	48,654
654		50,225	38,209	35,412	46,153	42,396

Source : compte financier

Les défaillances responsables de cette situation surviennent tout au long de la chaîne facturation-recouvrement.

1/ La facturation est compromise par les erreurs lors du recueil des informations administratives au moment de l'admission. Pour les consultations et les actes externes, le patient est enregistré lorsqu'il est accueilli au bureau des admissions, et la gestion de ses droits est souvent pratiquée *a posteriori,* en « back-office »[99]. Cette disjonction, qui donne lieu à l'envoi d'un titre de recettes, est une source de retards et d'erreurs[100]. Elles pourraient être évitées par l'encaissement au comptant, lors de la sortie du patient. Il en est de même pour la facturation des restes à charge concernant les séjours. Ainsi, en 2011, 280 000 plis n'auraient pas été distribués, car renvoyant à des adresses incorrectes, et plus de 300 000 en 2012. Dans ce cas, le seuil d'engagement des recherches est de 90€ pour les forfaits journaliers et les actes externes, de 500 € pour les séjours et de 1000€ pour les patients résidant à l'étranger. Les créances inférieures à ce montant sont admises automatiquement en non-valeur.

[99] Or la facturation hospitalière est particulièrement complexe, concernant trois acteurs potentiels (assurance maladie, assurances complémentaires, patients), donnant lieu à de fréquentes erreurs de saisie des droits des patients.

[100] Ainsi l'hôpital Saint Antoine, qui avait interrompu tout encaissement et s'est trouvé dépassé par la gestion a posteriori de ses titres de recettes, a dû faire appel en 2014 à un cabinet de consultants, pour un coût de 206 999 €, pour éponger les retards occasionnés.

2/ Par ailleurs, lorsque le créancier est identifié, les actions en recouvrement sont interrompues très tôt en cas de créances de faible montant. L'admission en non-valeur est automatique en dessous du seuil de 5 € jusqu'à la phase comminatoire amiable par huissier de justice, et de 30 € pour la mise en demeure. Les oppositions à tiers détenteurs (OTD) ne sont d'ailleurs pas autorisées par la réglementation pour les créances inférieures à 30 €. En conséquence les titres de recettes d'un faible montant représentent une part non négligeable des créances irrécouvrables. En 2013, le fichier des propositions d'ANV par l'ordonnateur faisait ainsi état de 626 000 titres d'un montant inférieur ou égal à 30 €, pour un montant total de 9,1 M€ (alors que le total du fichier s'élevait à 103,4 M€ pour 900 000 titres).

3/ Plus généralement le maniement du nouveau logiciel SAP est jugé compliqué et peu adapté à l'hôpital, notamment au recouvrement de masse. L'automatisation des oppositions à tiers détenteurs prévue pour fin 2013, a par exemple été repoussée en raison de l'inadaptation du système d'information, qu'il a fallu enrichir par voie d'amendement.

Une nouvelle fois, le plan stratégique 2015-2019 a prévu des mesures destinées à améliorer le recouvrement « *en décentralisant et en allégeant les procédures pour permettre le paiement simplifié des patients* » : expérimentations des encaissements par des bornes libre-service, regroupement des relances, paiement par internet, échanges simplifiés par courriel et sms. Pour accélérer et sécuriser la facturation des soins à l'assurance maladie et aux complémentaires santé, il a été prévu de dématérialiser intégralement la chaîne de facturation et de paiement. Une convention entre la Direction spécialisée des finances publiques, comptable public de l'AP-HP, et l'APHP, en reprend les principales propositions[101].

La mise en application des mesures recensées dans cette convention par le plan stratégique revêt donc une grande importance compte tenu des sommes en jeu.

6.4.2. L'application exacte de la réglementation en matière de gestion des ressources humaines est nécessaire

6.4.2.1. Le protocole de l'AP-HP sur la réduction du temps de travail datant de 2002 : un accord dérogatoire qui mérite d'être revu

Le protocole de l'AP-HP sur la réduction du temps de travail du 22 janvier 2002, qui n'a pas été revu depuis, s'inscrit dans le cadre de l'article 8 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, selon lequel « *l'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique et compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit* ».

Ce protocole se révèle, à plusieurs égards, irrégulier et dérogatoire au regard du décret du 4 janvier 2002, dans un sens plus favorable aux agents. Ainsi, au-delà des réorganisations déjà effectuées, l'AP-HP dispose de marges de réduction de sa masse salariale, en se conformant aux dispositions légales et réglementaires régissant le temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

[101] Encaissement des actes et consultations externes à la sortie (symphonie), circuits fiables de pré-admission (relevé des droits des patients avant l'entrée), provisions avant admission pour les non-résidents, paiement par internet (TIPI), automatisation des chaines de relance et de poursuites et refonte de l'organigramme de la DSFP (sans augmentation de moyens, mais avec trois personnes affectées exclusivement au recouvrement).

L'établissement a d'ailleurs entrepris en 2015 une révision des modalités d'organisation du temps de travail. Un document d'orientation pour engager la négociation a été rédigé en interne en avril 2015, sur lequel un accord est intervenu fin octobre 2015[102]. Sur plusieurs points, le projet porté par l'établissement rejoint les constats que peut établir la chambre, qui vont également au-delà.

- **Des durées de référence inférieures à la durée réglementaire**

Selon l'article 7 du protocole, *« La durée annuelle de travail, référencée en heures, est déclinée en fonction des sujétions spécifiques à la nature des missions assumées par les agents de la FPH (repos variable/travail de nuit) soit :*

- *Agent en repos fixe : 1589 à 1568 heures ;*
- *Agent en repos variable (> 9 jours DJF[103]) : 1575 à 1554 heures ;*
- *Agent en repos variable (> 19 jours DJF) : 1561 à 1540 heures ;*
- *Agent de nuit : 1540 heures ; 1470 à 1440 heures au 1 janvier 2004.*

Cette clause n'est pas conforme au décret du 4 janvier 2002, qui dispose que « *le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1607 heures maximum*» sauf pour les agents « *soumis à des sujétions spécifiques soit : 1° Les agents en repos variable[104] ; 2°Les agents travaillant exclusivement de nuit[105] ; 3° Les agents en servitude d'internat*[106] ».

Les agents de l'APHP « en repos fixe » et en « services en 12 heures », bénéficient donc d'une durée annuelle de travail inférieure à la durée réglementaire alors qu'ils ne relèvent pas de la catégorie des « agents soumis à des sujétions spécifiques ». Pour les agents en repos fixe, l'écart entre la durée fixée par le protocole et celle prévue par décret est de 18 heures par an (1,1 % du temps de travail). Il est de 67 heures pour les agents en 12 heures, (4,2 % du temps de travail). Interrogé par la chambre sur cet écart, l'AP-HP indique que « *la différence s'explique par les jours de forfait protocole qui sont des jours de repos extra réglementaires, qui viennent réduire la durée annuelle de travail* », ce qui confirme le caractère irrégulier de ce protocole en l'espèce.

Compte-tenu de cette répartition, appliquée aux presque 73 000 ETPR de personnels non-médicaux recensés en 2014, l'impact des « jours de forfait protocole » représente 585 ETPR

[102] Accord entre l'établissement et un seul syndicat, avant présentation devant les instances représentatives du personnel (selon des articles de presse parus le 27 octobre 2015). Son application, prévue en janvier 2016, a été reportée en raison d'une demande d'expertise par le CHST

[103] DJF : dimanches et jours fériés. Selon l'article 2 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, « *sont des agents en repos variable les agents qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile.* »

[104] Sont des agents en repos variable les agents qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile

[105] Sont des agents travaillant exclusivement de nuit les agents qui effectuent au moins 90 % de leur temps de travail annuel en travail de nuit tel que défini à l'article 7 ci-après.

[106] Sont des agents en servitude d'internat les agents qui exercent leurs fonctions dans les établissements énumérés aux 4°, 5° et 6° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, fonctionnant en internat toute l'année, appelés à participer de façon régulière aux servitudes nocturnes d'internat auprès des personnes accueillies, et y effectuent au moins 10 surveillances nocturnes par trimestre. »

(correspondant à une dépense annuelle de 26 M€[107]). L'accord intervenu en octobre 2015 prévoit de supprimer les journées « forfait protocole », ce que relève la chambre.

- **Les cycles de travail**

L'organisation de base édifiée par le protocole du 22 janvier 2002 fait s'enchaîner trois cycles, « du matin » de 7h36, « d'après-midi » de 7h50 et de « nuit » de 10h. La réorganisation des cycles « matin » et « après-midi » en 7h30 est une hypothèse de travail du document d'orientation rédigé en avril 2015. Actuellement, 50 % des agents travaillant en 7h36 ont droit à 18 jours de RTT, tandis que 16 % d'entre eux travaillant en 7h50 bénéficient de 20 jours de RTT. La nouvelle organisation impliquerait une durée de travail hebdomadaire de 37h30 avec 15 jours de RTT (ou 14 jours en décomptant la journée de solidarité pour ces deux catégories de personnel). Elle impliquerait un temps de transmission à chaque changement d'équipe limité à 10 minutes, au lieu de 19 minutes actuellement.[108] Elle est donc à appréhender en fonction des nécessités particulières des différents services.

Une telle réforme est susceptible d'entrainer une économie de 20 à 25 M€ par an. Selon l'accord intervenu fin octobre 2015, une durée quotidienne de 7h30 (et 15 jours de RTT) serait introduite, mais seulement pour les nouveaux recrutés, ou sur la base du volontariat.

- **Des temps d'habillage qui peuvent donner lieu à renégociation**

L'article 8 du protocole stipule qu'une durée de référence de 10 minutes pour les temps d'habillage et de déshabillage est intégrée dans le temps de travail. Cette disposition pose difficulté dans la mesure où elle est étendue aux agents qui ne sont pas soumis au port obligatoire d'une tenue de travail, tel qu'en dispose l'article 5 alinéa 3 du décret du 4 janvier 2002.

La durée de référence pour habillage et déshabillage devrait donc être prise en compte en fonction des contraintes réelles des agents en termes de tenue obligatoire de travail.

- **Des jours de congés supplémentaires irréguliers pour fête des mères et médaille du travail**

Le guide de présence au travail, édité par l'AP-HP en 2007-2008, rappelle l'ensemble des jours de congés auxquels ont droit les agents. Parmi eux figurent une journée pour fête des mères et des jours pour médaille du travail.

Au chapitre « Fête des mères » le guide indique que « *les agentes féminines mères de famille bénéficieront d'un jour de congé exceptionnel à l'occasion de la fête des mères et ce, quel que soit le nombre d'enfants. Aucune condition d'âge de l'enfant ou des enfants n'est exigée (depuis 1982). La journée est prise en fonction des nécessités de service dans l'année civile. Ce jour n'est pas un congé statutaire, il ne doit pas être reporté sur l'année suivante* ».

Cette disposition, qui ne repose sur aucun texte, est irrégulière. Elle introduit en outre une différence de traitement injustifiée, tant entre les mères et les pères de famille qu'entre les agents, selon qu'ils ont ou qu'ils n'ont pas d'enfants (les agents de l'AP-HP ayant des

[107] Estimation à partir du coût annuel moyen des personnels non-médicaux (45 k€ en 2014). L'impact des écarts entre la durée fixée à l'article 7 du protocole et celle prévue par décret, appliquée en nombre d'heures, représente de l'ordre de 475 ETPR (correspondant à une dépense annuelle 21 M€).

[108] Le cycle actuel donne lieu à un temps de chevauchement des équipes de 1h26, consacré à l'habillage et au déshabillage (30 minutes), et à la transmission (56 minutes, soit un peu moins de 19 minutes à chaque changement d'équipe).

enfants bénéficiant par ailleurs des autorisations d'absence habituelles pour enfant malade). Si la loi n°50-577 du 24 mai 1950 relative à la Fête des mères a rendu officielle une *« journée consacrée à la célébration de la Fête des mères »*, celle-ci prend la forme d'un *« hommage »* rendu par la République, non de droits spécifiques dont jouiraient les mères de familles.

Selon le document d'orientation d'avril 2015, 33 766 jours pour fête des mères ont été accordés en 2014, soit l'équivalent de 161 ETP (environ 7 M€). L'accord intervenu en octobre 2015 prévoit de supprimer ce jour de congé, ce qui doit être effectivement fait.

Au chapitre « Remise de médaille », le guide indique qu'« *un congé exceptionnel est accordé aux fonctionnaires de l'A.P-H.P à l'occasion de la remise de la médaille d'honneur départementale et communale. Ce congé est de : 1 jour ouvrable pour la médaille d'argent ; 2 jours ouvrables pour la médaille vermeil ; 3 jours ouvrables pour la médaille d'or* ».

Le décret du 22 juillet 1987 portant création de la médaille d'honneur régionale, départementale et communale a institué une médaille, strictement honorifique, pour les *« agents et anciens agents des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics (…) »* qui ne confère, là encore, aucun droit à des jours de congés supplémentaires. En outre, comme signalé *supra*, la loi HPST du 21 juillet 2009 a modifié le statut de l'AP-HP, désormais établissement public national. En conséquence, les dispositions relatives à la médaille d'honneur régionale, départementale et communale ne s'appliquent plus à l'AP-HP, pas plus que dans l'ensemble des établissements publics de santé.

Cet avantage est donc irrégulier et l'AP-HP doit y mettre fin. Selon le document d'orientation d'avril 2015, 3558 jours de congé ont été accordés pour médaille du travail en 2014, soit l'équivalent de 17 ETP[109] soit environ 0,8 M€.

- **Des décomptes horaires avantageux en cas d'absence et de formation**

À l'AP-HP, le décompte des absences autorisées, pour les agents en horaires de 10 ou 12 heures, est supérieur à la durée réglementaire.

L'article 13 du protocole ARTT fixe les modalités de décompte horaire en cas d'absence ou de formation de la façon suivante : « *Lorsqu'un agent, rentrant dans le cadre d'un décompte horaire journalier supérieur à 7 heures, ne peut effectuer la durée du temps de travail quotidien prévu dans le roulement en raison d'une absence, il est considéré avoir accompli le cinquième de ses obligations de services prévues en moyenne sur la durée du cycle de travail. Concernant les agents en horaire de 10 heures, dans la limite de 20 jours d'absence par an (maladie, congés familiaux), le décompte de l'absence se fait sur la base de 10 heures. Les absences motivées par une formation ou une autorisation d'absence syndicale, sont décomptées sur le même mode, au-delà du plafond de 20 jours. Concernant les agents en horaire de 12 heures, dans la limite de 6 jours d'absence par an (maladie, congés familiaux), le décompte de l'absence se fait sur la base de 12 heures. Les absences motivées par une formation ou une autorisation d'absence syndicale, sont décomptées sur le même mode, au-delà du plafond de 6 jours* ».

L'article 4 alinéa 2 du décret du 4 janvier 2002 prévoit que « *tout agent soumis à un décompte horaire qui ne peut effectuer l'intégralité de son temps de travail quotidien en raison d'une absence autorisée ou justifiée est considéré avoir accompli le cinquième de ses obligations hebdomadaires de service prévues en moyenne sur la durée du cycle de*

[109] Soit le résultat de 3558 jours de congés divisés par 200 jours de travail par agent

travail ». Concernant la formation, « *l'agent en formation au titre du plan de formation et qui, de ce fait, ne peut être présent à son poste de travail accomplit un temps de travail effectif décompté pour la durée réellement effectuée* ». La durée effective de la formation, en général limitée à 7h, est ainsi la seule référence de décompte horaire réglementairement prévue, sans égard pour les obligations hebdomadaires de service.

Il convient donc, pour les agents en horaire de 10 ou de 12 heures, que le décompte des absences autorisées se fasse sur la base d'un cinquième de 35h, soit 7 heures et, pour les formations, sur la base de leur durée effective, conformément aux dispositions du décret précité.

Selon le document d'orientation d'avril 2015, l'impact de ce décompte horaire représente 70 ETP (soit environ 3 M€).

- **Un temps de pause uniforme de 30 minutes intégré dans le temps de travail, pour l'ensemble des personnels**

L'article 8 du protocole ARTT de l'AP-HP détermine un temps de pause *« fixée uniformément à 30 minutes »*. Il motive cette disposition en indiquant que « l*e principe est retenu de cumuler les règles relatives au temps de pause et de repas et de considérer que la pause méridienne, intégrée dans le temps de travail, correspond au temps de repas pour l'ensemble des catégories de personnel* ». Il précise également que « *le droit de pause s'applique dans les mêmes conditions pour les personnels travaillant sur les horaires d'après-midi et de nuit, lorsque le temps de travail quotidien est égal ou supérieur à 6 heures consécutives* ».

L'article 5 alinéa 2 du décret du 4 janvier 2002 est cependant plus restrictif. En effet, « *Lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis* ». Son article 7 précise que *« Les règles applicables à la durée quotidienne de travail, continue ou discontinue, sont les suivantes : (…) Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives. Pour les agents soumis à un régime d'équivalence, les heures sont décomptées heure pour heure* ». Par ailleurs, il n'est pas fait mention de l'intégration du temps de repas dans le temps de travail.

Le protocole de l'APHP est doublement dérogatoire. D'une part, il fixe *« uniformément »* une pause d'une durée de 30 minutes, au lieu des 20 minutes prévues réglementairement. D'autre part, il accorde ce temps de pause aux personnels qui ne sont pas assujettis à une disponibilité immédiate.

L'intégration de la pause de 30 minutes dans le temps de travail, *a priori* non justifiée pour le personnel de direction et administratif ainsi que pour le personnel technique et ouvrier – ce dernier pouvant, selon l'ordonnateur, être amené à intervenir immédiatement sur des installations sensibles-, équivaut annuellement, en théorie, à 730 ETPR[110], soit 32,5 M€ en termes de charges de personnel.

Le surcroît de 10 minutes (entre la durée de 30 minutes accordée et la durée de 20 minutes prévue par l'article 7 du décret cité précédemment), appliqué personnels hospitaliers et

[110] Déduction faire de 5020 cadres au forfait pour lesquels l'impact du temps de pause est neutralisé. Le calcul est le suivant : 30min x 200jours (estimation du nb de jours moyen annuel) x (total ETPR admin et techn – 5020 cadres au forfait).

socio-éducatifs[111], équivaut annuellement à 1214 ETPR (correspondant à 53 M€ de charges de personnel).

Selon l'accord intervenu en octobre 2015, la pause-déjeuner de 30 minutes pour tous les personnels serait maintenue.

En conclusion, l'organisation du temps de travail telle qu'elle existe à l'AP-HP n'est pas conforme aux dispositions législatives et réglementaires applicables. Sa mise en conformité, que l'AP-HP n'a entrepris que très récemment, correspondrait selon les calculs de la chambre après révision par l'ordonnateur, au gain de 1400 à 2700 ETPR, soit une économie de 60 à 140 M€.

Obligation de faire n°1 *partiellement mise en œuvre* : la démarche étant engagée, il convient d'appliquer les dispositions relatives à la durée légale du temps de travail et réserver l'inclusion de la pause méridienne dans le temps de travail aux seuls agents soumis à une nécessité de service.

6.4.2.2. L'attribution de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) en soins de suite et de réadaptation (SSR) et la gestion des crèches

- **La NBI en SSR**

En application du décret n°93-92 du 19 janvier 1993, les agents titulaires infirmiers et aides-soignants « *exerçant auprès des personnes âgées relevant des sections de cure médicale ou dans les services ou les unités de soins de longue durée auprès des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie* » ont droit à l'attribution de 10 points de NBI. En pratique, cette NBI s'applique dans les services d'EHPAD et d'USLD. L'attribution de la NBI « personnes âgées » n'est pas prévue pour les agents affectés en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Or l'AP-HP l'applique aux infirmiers et aides-soignants affectés en SSR gériatriques, ce qui est irrégulier.

Selon les éléments estimatifs fournis par l'établissement, environ 3 580 agents ont perçu cette NBI en 2015 sans être en EHPAD ou USLD, soit un coût annuel de 2,5 M€.

Alors que l'ARS d'Île-de-France demandé à d'autres établissements d'abroger cette indemnité indue, l'AP-HP a précisé que tel n'avait pas été le cas pour elle.

L'AP-HP doit donc cesser de verser cette NBI aux agents affectés aux soins de suite et de réadaptation gériatriques, ce qu'elle s'est engagé à faire.

Obligation de faire n°2 *partiellement mise en œuvre* : Réviser l'attribution de la NBI « personnes âgées » aux agents des SSR gériatriques.

- **La gestion des crèches**

[111] Faute de pouvoir préciser quelle part de personnel parmi ces catégories est effectivement soumise à des sujétions justifiant la pause sur le temps de travail, calcul est le suivant : 10min x 200jours (estimation du nb de jours moyen annuel) x total ETPR hospitalier et socio-éducatif.

L'AP-HP gère 57 établissements d'accueil de jeunes enfants, totalisant 3 900 places, pour un coût d'exploitation global de 80 M€ par an. Les crèches constituent un élément important d'attractivité pour les agents soumis à des sujétions horaires particulières.

Jusqu'au 1er avril 2015, l'établissement ne bénéficiait pas des prestations servies par les caisses d'allocations familiales (CAF), conditionnées à l'adoption d'une grille de tarification définie nationalement. En effet, elle souhaitait pratiquer sa propre grille tarifaire, plus avantageuse. L'AP-HP a finalement conventionné ses crèches avec la CAF le 1er avril 2015, ce qui lui a permis de bénéficier d'une ressource de 15 M€ par an. L'application de la grille de la CAF a, de surcroît, induit une augmentation des participations versées par les familles, recette supplémentaire estimée à 3 M€ par an.

L'application de la tarification de la CAF et le bénéfice de ses aides financières constituent des éléments de bonne gestion. Toutefois, les agents de l'AP-HP bénéficient d'un régime dérogatoire de tarification, notamment en raison de l'accompagnement de la réforme par des aides individuelles versées sous forme de chèques emploi service universel (CESU), l'AP-HP ayant prévu de redistribuer le supplément issu des participations familiales aux utilisateurs.

6.5. Des efforts de consolidation du haut de bilan

6.5.1. Un reflux de l'endettement et une chute des investissements

6.5.1.1. Une meilleure indépendance financière grâce à un moindre recours à l'emprunt et des ressources propres conséquentes

Au regard des préconisations de la tutelle, fixant les conditions du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé, les ratios d'endettement de l'APHP sont satisfaisants.

Tableau n° 41 : Ratios d'endettement

En M€	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
CAPITAL RESTANT DÛ	2 213	2 422	2 327	2 238	2 165
Capitaux permanents	4 650	4 757	4 770	4 696	4 866
INDEPENDANCE FINANCIERE (<50%)	47,59%	50,92%	48,78%	47,66%	44,49%
Calcul APHP	*48,30%*	*50,96%*	*48,99%*	*47,70%*	*NC*
CAF	280 377	382 251	409 440	329 638	277 764
DUREE APPARENTE DE LA DETTE (<10 ans)	7,9	6,3	5,7	6,8	7,8
Produits	7 040	6 717	6 903	6 979	7 470
TAUX ENDETTEMENT (<30%)	31,43%	36,06%	33,71%	32,07%	28,98%
Calcul APHP	*32,38%*	*35,29%*	*32,69%*	*31,25%*	*NC*

Source : IDAHO, comptes financiers et données produites par l'ordonnateur

Le taux d'indépendance financière, c'est-à-dire la part des dettes financières au sein des capitaux permanents, a dépassé le seuil limite de 50 % en 2011 et 2012. Il a ensuite baissé

régulièrement, grâce à la diminution régulière de l'endettement. Le recours à l'emprunt a connu une décroissance continue, sauf en 2014[112].

Tableau n° 42 : Montant annuel de l'emprunt

Montant emprunté	2010	2011	2012	2013	2014
en M€	422	339	96	5	120

Source : comptes financiers

Le coût du remboursement de la dette oscille, selon les années, entre 100 M€ et 190 M€ par an.

Parallèlement, les ressources propres disponibles ont progressé très sensiblement entre 2010 et 2012, puis se sont stabilisées en 2013, pour redescendre en 2014[113]. En 2012 et 2013, elles ont été soutenues par les cessions immobilières (60 M€ en 2012, 52 M€ en 2013), ainsi que par les subventions reçues. Au cours de l'année 2012 se sont conclues de nombreuses ventes engagées depuis deux ans.

Ce soutien à l'investissement, dépendant en grande partie des cessions de biens du patrimoine immobilier, constitue néanmoins une fragilité structurelle de l'établissement. En 2014, ces ressources ont été moins dynamiques et la capacité d'autofinancement (CAF) est redescendue à son niveau de 2010.

Tableau n° 43 : Ressources mobilisées pour l'investissement

En millions d'€	2010	2011	2012	2013	2014
CAF	**280,4**	**382,3**	**409,4**	**329,6**	**277,8**
Remboursement de la dette	431,6	317,7	378,6	178,3	264,4
Remboursement de la dette (hors CLTR)	102,3	113,0	190,8	93,8	193,5
CAF nette	**178,1**	**269,3**	**218,6**	**235,8**	**84,3**
Produits des cessions d'éléments d'actifs	11,9	7,6	59,9	51,7	37,0
Apports et subventions reçues	4,5	16,8	45,2	29,5	15,8
Autres ressources	0,7	0,7	0,7	0,9	0,8
Total des ressources propres disponibles	**195,2**	**294,4**	**324,5**	**317,9**	**137,9**
Emprunts et émissions d'obligations	751,3	543,6	283,4	89,5	191,0
Emprunts et émissions d'obligations (hors CLTR)	422,0	338,9	95,7	5,0	120,1
Total de ressources d'investissement disponibles (hors CLTR)	**617,2**	**633,2**	**420,1**	**322,9**	**258,0**
Part des emprunts et émissions d'obligations	**68%**	**54%**	**23%**	**2%**	**47%**

Source : comptes financiers

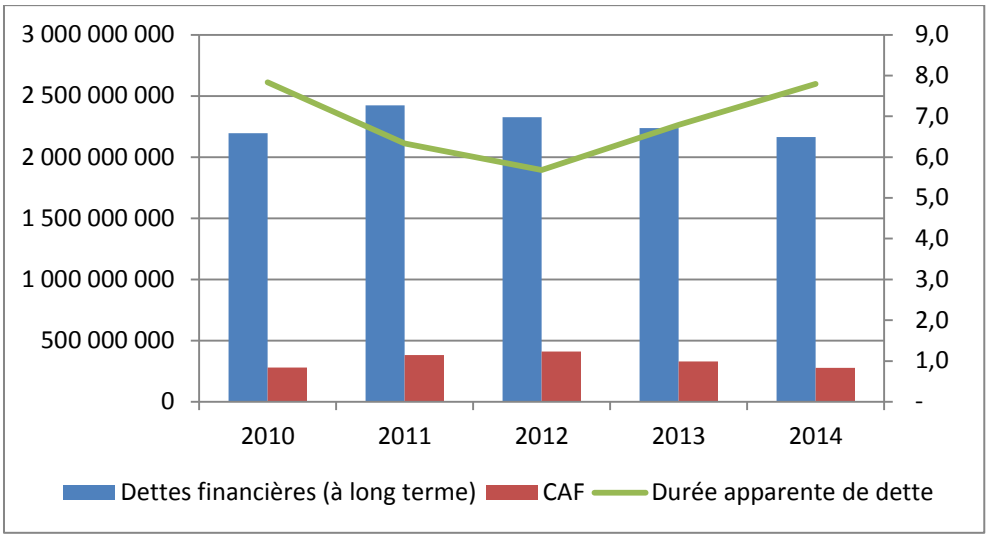
En conséquence, jusqu'en 2013, la part de l'emprunt dans les ressources mobilisées pour l'investissement a chuté, grâce à l'amélioration des ressources propres disponibles et à la diminution des investissements à financer. Le taux de couverture des investissements par la CAF nette est ainsi passé de 33 % en 2010 à 78 % en 2013. En 2014, ce taux est tombé à 25 %, poussant l'établissement à recourir de nouveau à l'endettement.

[112] En raison de l'inclusion d'un montant de 49,9 M€ de dette imputable aux PPP.

[113] La diminution des capitaux propres au cours de l'exercice 2014 n'est qu'apparente, car les excédents affectés à l'investissement ont été réduits de 90 M€ par l'opération de correction des créances réalisée sur les comptes 2014. En neutralisant les effets de cette opération, les capitaux propres de l'établissement se sont renforcés en réalité de 50 M€ au cours de l'exercice 2014.

La durée apparente de dette a suivi quant à elle la tendance de la CAF. Après avoir diminué, de 7,8 années en 2010 à 5,7 années en 2012, elle est remontée à 7,8 années en 2014, ratio inférieur au seuil de vigilance de 10 ans. Ce dernier indice situe l'APHP entre le 2ème et le 8ème décile des établissements de même catégorie.

Graphique n° 3 : Durée apparente de dette



Source : comptes financiers

6.5.1.2. Une dette financière qui reste importante mais qui présente peu de risques

L'endettement de l'AP-HP (hors dettes PPP) s'élevait à 2 115 M€ au 31 décembre 2014. Avec les contrats de partenariat, il se montait à 2 165 M€.

Plus de la moitié de l'encours de la dette (59 %) est constituée d'obligations émises sur les marchés financiers, à hauteur de 1 242 M€. À l'exception des deux premières émissions obligataires (32 M€ en 2000, sur 15 ans et 150 M€ en 2006, sur 30 ans), l'ensemble des obligations présente un profil de remboursement *in fine*.

Les emprunts bancaires constituent un encours de 872 M€, dont 104 M€ relevant d'emprunts assortis d'option de tirage sur ligne de trésorerie. Parmi eux, 10 contrats portant sur un capital de 458 M€ sont, comme les obligations, à profil d'amortissement *in fine*. Les derniers emprunts contractés ont été signés en 2011. La dette comprend également un prêt à taux zéro souscrit auprès de l'assurance maladie. Enfin, en 2014, l'endettement a dû prendre en compte deux dettes relatives à des partenariats-public-privé PPP[114] pour un encours total de 49,9 M€.

Les contrats d'emprunts ou d'obligations sont partagés entre taux fixes et taux variables. Les taux variables sont peu exposés (Euribor, Eonia). Le taux d'intérêt moyen de la dette, calculé sur la base des index de la dernière échéance de 2014, est de 3,0 %. Il est majoré par les indemnités inscrites au compte 668, qui enregistre les pertes sur échange de taux d'intérêt (SWAP) et les indemnités de renégociation de la dette, dont le montant croissant, de 11,7 M€ en 2010 à 14,6 M€ en 2013, a fait augmenter les charges financières de 0,6 %, soit un taux global de 3,6 %.

[114] Bâtiment d'endocrinologie à la Pitié-Salpêtrière et centrale d'énergie biomasse à l'hôpital Avicenne

La charge d'intérêts a augmenté depuis 2010, malgré la diminution de l'endettement et la baisse des taux d'intérêt sur la zone euro. Ce renchérissement est lié à une sécurisation de la dette, avec une préférence pour les taux fixes. Il convient à cet égard de souligner que l'AP-HP n'a pas contracté d'emprunt structuré.

6.5.1.3. Des dépenses d'investissement à peine suffisantes, dès 2012, au renouvellement des immobilisations

Tableau n° 44 : Dépenses d'investissement

(en millions d'€)	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Immobilisations incorporelles	56,6	38,7	33,8	23,5	17,1
Terrains	0,0	0,0	0,0	-0,0	0,0
Constructions	46,7	31,5	24,2	27,9	91,5
Installations techn., matériel, outillage	84,8	81,6	63,3	81,6	81,4
Autres	34,7	27,8	20,3	24,8	34,5
Immobilisations en cours	310,7	285,2	184,7	146,3	116,2
Immobilisations financières	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Total	**533,5**	**464,8**	**326,3**	**304,1**	**340,9**
Dotations aux amortissements	*362,5*	*336,0*	*324,7*	*318,7*	*337.0*

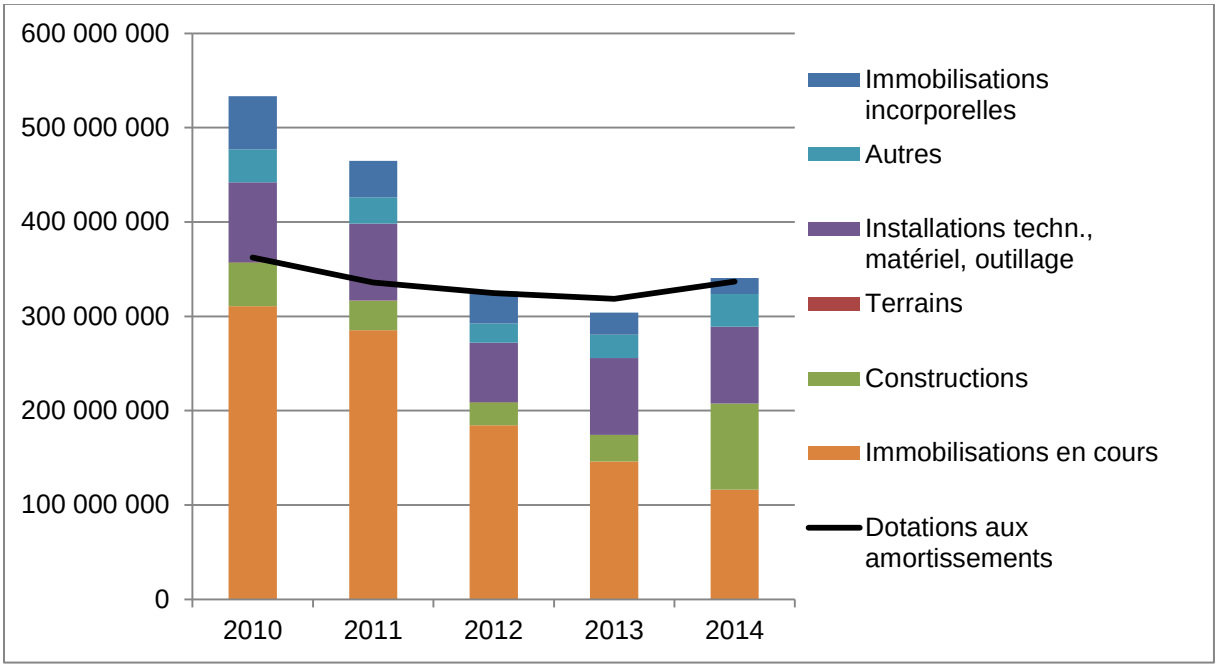
Source : comptes financiers ; tableaux de financement de l'investissement

Les dépenses d'investissement ont connu une forte baisse au cours de la période 2010-2013, et une reprise à la hausse en 2014, notamment du fait de l'incorporation à l'actif des bâtiments issus des PPP.

En effet, les investissements de 49,9 M€ concernant les contrats de partenariat ont été réalisés en 2012 et 2013, sans avoir eu de traduction comptable au cours de ces exercices. Si les travaux avaient été réalisés en maîtrise d'ouvrage publique, ils auraient contribué à maintenir le niveau d'immobilisations et à minorer la reprise d'investissement de 2014, qui n'est donc qu'apparente.

Il n'en demeure pas moins que le montant des ressources affectées aux immobilisations s'élevait à plus de 530 M€ en 2010 et qu'il a chuté au cours des exercices suivants pour atteindre un niveau moyen de 325 M€ entre 2012 et 2014, soit une baisse de 40 %. Cette baisse a touché surtout les immobilisations en cours, qui ont chuté de plus de moitié, ainsi que les immobilisations incorporelles, qui atteignaient en 2014 un niveau particulièrement bas. Les dépenses d'équipement (installations et « autres ») ont été plus stables.

Graphique n° 4 : Dépenses d'investissement et dotation aux amortissements



Source : comptes financiers

La comparaison des dépenses d'immobilisation avec le montant des dotations aux amortissements montre qu'après un niveau élevé en 2010 et en 2011, les investissements correspondent tout juste au renouvellement des immobilisations à partir de 2012.

Tableau n° 45 : Taux de renouvellement des immobilisations

	2010	2011	2012	2013	2014
Immobilisations incorporelles	39,5%	20,2%	10,6%	6,3%	4,2%
Constructions	5,9%	5,1%	3,3%	2,7%	3,2%
Installations techn., matériel, outillage	7,3%	6,6%	4,9%	6,0%	5,7%
Autres	11,0%	8,1%	5,7%	6,6%	8,4%
Ensemble	**6,8%**	**5,7%**	**3,9%**	**3,5%**	**3,8%**

Source : comptes financiers

L'effort d'investissement a concerné surtout les bâtiments en 2010 et en 2011, avec un taux de renouvellement supérieur à la fourchette, indicative, de taux d'amortissement[115]. Il a fléchi

[115] Instruction comptable M21 – tome 2 *:*

IMMOBILISATIONS	*TAUX*
Bâtiments	*3,33 à 5 %*
Matériel	*10 à 15 %*
Matériel biomédical	*20 à 25 %*
Matériel informatique	*33,33 à 50 %*
Outillage	*10 à 20 %*
Automobiles et matériel roulant	*20 à 25 %*
Mobilier	*10 %*
Matériel de bureau	*10 à 20 %*
Agencements et installations	*5 à 10 %*
Logiciels	*33,33 à 50 % »*

nettement en 2012 pour descendre légèrement en-dessous du niveau d'amortissement en 2013-2014. Pour les autres immobilisations, le renouvellement se situe en-dessous du niveau d'amortissement dès 2011. En conséquence, le taux de vétusté des immobilisations a augmenté.

Tableau n° 46 : Taux de vétusté des immobilisations

	2010	2011	2012	2013	2014
Immobilisations incorporelles	37%	45%	46%	52%	61%
Constructions	62%	60%	59%	58%	60%
Installations techn., matériel, outillage	64%	67%	71%	73%	75%
Autres	65%	70%	75%	78%	79%
Ensemble	**51%**	**53%**	**56%**	**57%**	**60%**

Source : comptes financiers

Son évolution rend compte de l'effort d'investissement sur les bâtiments en début de période. Pour autant, leur taux de vétusté reste au-dessus du 8ème décile, ce qui place l'AP-HP parmi les 20% des établissements les moins performants de sa catégorie sur ce sujet. Selon l'ordonnateur, la remise en ordre de l'inventaire devrait permettre de réduire le taux de vétusté, grâce à une meilleure gestion des éléments sortis de l'actif.

La tendance est plus favorable pour les équipements, d'autant que leur comptabilisation à l'actif a été corrigée en 2010.

6.5.2. Les grands équilibres financiers[116]

6.5.2.1. Un fonds de roulement net global qui a progressé avant de se réduire en 2014

En début de période, pour faire face à ses déficits élevés, l'AP-HP a eu recours à l'endettement pour renforcer son fonds de roulement. En 2010, l'établissement a ainsi compensé par l'endettement son déficit élevé (100 M€) et préservé le niveau de son fonds de roulement net global. En 2011, les déficits comptables supplémentaires étant inférieurs à l'augmentation des provisions, le solde d'endettement a permis de renforcer le fonds de roulement net global à 826 M€ sur des bases comptables fiabilisées.

En 2012 et 2013, le fonds de roulement d'investissement s'est stabilisé à 340 M€, sous l'effet du ralentissement des investissements, du désendettement, des apports de subventions, ainsi que de l'affectation de ressources (excédent issu de cessions immobilières sur le patrimoine privé) à l'investissement.

Le fonds de roulement d'exploitation s'est renforcé de façon substantielle, principalement sous l'effet du provisionnement, passant de 448 M€ en 2011 à 578 M€ fin 2012, puis 595 M€ fin 2013. Le fonds de roulement net global (FRNG) a donc augmenté entre les exercices 2012 et 2013, passant de 921 M€ à 940 M€.

En 2013, le ratio du fonds de roulement net global en jours de charges courantes s'élevait à 40, soit un niveau intermédiaire entre le 2ème et le 8ème décile de sa catégorie d'établissement.

[116] Voir Annexe n°4 : Bilan financier retraité Les retraitements opérés sont signalés notamment au cours des développements concernées dans la partie portant sur la fiabilité des comptes.

En 2014, l'établissement, s'appuyant sur la résorption de ses déficits et envisageant un excédent comptable pour 2015, a estimé pouvoir poursuivre la réduction de l'endettement et réduire son fonds de roulement à 857 M€.

6.5.2.2. Une évolution inquiétante du besoin en fonds de roulement jusqu'en 2012, qui ne fait que se stabiliser depuis lors

Le précédent rapport d'observations définitives de la chambre sur la situation financière de l'AP-HP, qui portait sur les exercices 2008 et 2009, soulignait la forte progression du besoin en fonds de roulement (BFR) en 2008, confirmée en 2009 pour atteindre 758,8 M€. Cette évolution était expliquée pour un tiers par l'augmentation des créances d'exploitation, notamment de sécurité sociale et pour deux tiers par la diminution des dettes de court terme (avances reçues et dettes fournisseurs). Il relevait que « *l'AP-HP s'(était) engagée dans une démarche d'amélioration de sa maîtrise du BFR, qui impliqu(ait) deux efforts :*

- *le premier, de maîtrise des délais de paiement, avec application d'un délai de 50 jours, sauf escompte couvrant les frais de la ligne de trésorerie ;*

- *le second, d'amélioration de la facturation et du recouvrement par le biais d'un plan déployé depuis 2008 et inclus dans les 16 projets stratégiques de la direction générale* ».

Depuis, la situation, loin de s'améliorer, a continué de se dégrader. Le BFR a connu une progression soutenue de 869 M€ en 2010 jusqu'à 1 Md€ en 2012, avant de se stabiliser à 1,15 Md€ en 2014.

Après rectification, l'évolution la plus significative est celle des créances d'exploitation, déjà considérées comme très importantes au cours de la période antérieure. Elles ont augmenté de 25 %, pour passer de 1,4 Md€ en 2010 à 1,7 Md€. en 2013. Les créances patients et mutuelles non recouvrées, évaluées en nombre de jours d'exploitation, était de 338 jours en 2010 et de 383 jours en 2012, soit plus du double de la moyenne des autres établissements de taille comparable, qui est de 164 jours. Ce constat met une fois encore en exergue les difficultés de facturation de l'APHP.

Les observations formulées sur la fiabilité du cycle de recettes d'exploitation ont donc pour conséquence une augmentation du BFR de 300 M€. Le renforcement du fonds de roulement net global, en début de période, a été absorbé par cette croissance inquiétante du besoin en fonds de roulement.

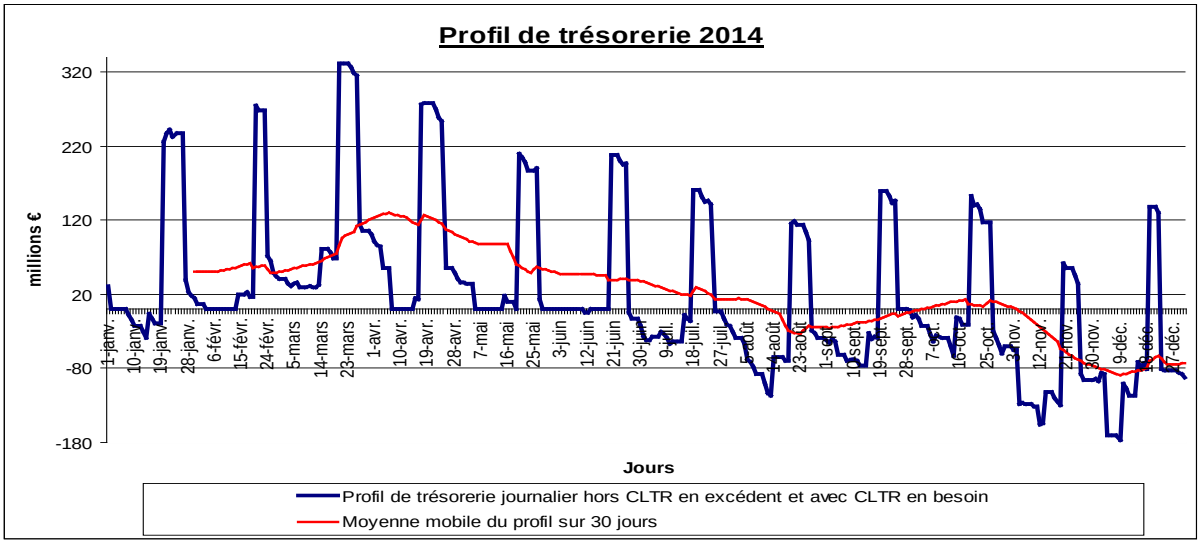
6.5.2.3. Une trésorerie qui reste négative sur l'ensemble de la période

La conséquence des évolutions décrites précédemment est, pour l'établissement, le maintien dans une situation de trésorerie négative en fin d'exercice, sur l'ensemble de la période 2010-2014.

En raison de la forte croissance du BFR jusqu'en 2012, la trésorerie s'est dégradée de (-123 M€ à -143 M€), malgré le renforcement du FNRG. Une légère amélioration a été constatée en 2013, avec une trésorerie négative à 57 M€ en fin d'exercice, grâce à l'augmentation du FNRG et au tassement du BFR.

Considérant que cette situation de fin d'exercice recouvre en réalité une trésorerie moyenne excédentaire au cours de l'exercice, l'AP-HP a opéré en 2014 un prélèvement sur fonds de roulement, qui a conduit à une trésorerie négative à -257 M€ en fin d'exercice. Selon les données fournies par l'établissement, la trésorerie présente en 2014 le profil suivant :

Graphique n° 5 : Profil de trésorerie au cours de l'exercice 2014



Source : présentation réalisée par l'établissement

Le graphique montre une forte variation de la trésorerie, avec des cycles mensuels (versements de l'assurance maladie et paiement des salaires) et un cycle annuel (niveau haut au premier semestre et niveau bas au second). Il peut être relevé que le niveau bas du cycle mensuel est rarement au-dessus de zéro. Il en ressort que le besoin de trésorerie est permanent.

Pour financer sa trésorerie, l'établissement a recours à la fois aux emprunts avec option de tirage de trésorerie et à des lignes de trésorerie. Le niveau moyen de recours aux crédits de court terme est ainsi tout-à-fait conséquent, au-dessus de 100 M€ en 2014.

Le niveau très bas du taux de référence interbancaire de court terme en zone Euro (Eonia) minore le coût des intérêts. Cependant, au cours de l'exercice, la montée de l'Eonia autour de 1 % a induit une forte hausse des intérêts payés sur ligne de trésorerie, qui sont passés de 350 000 € en 2010 à 1,1 M€, avant de redescendre à 250 000 € en 2012. À l'inverse, en 2013, les intérêts de trésorerie ont été de 18 000 €.

En l'état actuel de l'accès très aisé et peu onéreux au crédit, ce besoin de trésorerie ne pose pas de difficulté particulière. Cependant, il exposerait l'établissement à un risque de liquidité élevé dans des conditions de crise financière telles qu'en ont connu d'autres pays européens de façon récente. En outre, cette situation de relatif confort n'est permise que grâce au paiement très tardif des fournisseurs, sur qui pèse la réalité du risque financier.

L'AP-HP se doit de réfléchir aux conséquences financières d'un retour au droit commun de son délai de paiement, particulièrement en termes de trésorerie.

7. ANALYSE DE LA PROSPECTIVE FINANCIÈRE : DES PRÉVISIONS PRUDENTES EN MATIÈRE D'EXPLOITATION, ALÉATOIRES EN MATIÈRE D'INVESTISSEMENT

7.1. Une prospective financière basée sur le respect des ratios d'endettement préconisés par la tutelle

L'institution entend se conformer aux ratios prudentiels d'endettement prévus par le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011, relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé, ratios qui ont été respectés au cours de la période 2010-2014. L'un des enjeux du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2015-2019 est de tenir cette ligne, tout en parvenant à un retour à l'équilibre pour 2016.

Par ailleurs, l'ARS a requis un taux de marge brute non aidée de 8% à l'échéance du plan global de financement pluriannuel 2015-2019, objectif que l'AP-HP indique ne pouvoir remplir compte tenu de la baisse des tarifs et de l'évolution des charges, le taux prévu par l'AP-HP se situant à 6 %.

Pour ce faire, l'institution a tracé une « trajectoire d'exploitation » pour la période 2014-2019 impliquant des efforts d'efficience de 205 M€ en dépenses et 452 M€ en recettes, soit un effort global de 657 M€. La projection réalisée par l'AP-HP à l'appui de l'EPRD 2015 anticipait, après saisine de la tutelle, l'obtention d'un résultat consolidé positif sur quasiment toute la période à venir, sauf en 2017.

EN M€	2015	2016	2017	2018	2019
Budget principal	-38	5	-46	-34	-16
DNA	78	66	36	46	26
Résultat consolidé	**40**	**70**	**-12**	**9**	**6**
CAF	281	334	283	290	311
Marge brute	357	428	387	395	418
Taux de marge brute	4,8%	5,66%	5,27%	5,33%	5,59%
Marge brute hors aide	326	399	360	368	392
Taux de MBNA	4,4%	5,30%	4,91%	4,99%	5,26%

Source : PGFP 2015-2019 après ajustement en accord avec la tutelle

En l'absence de communication des documents de travail indiquant les hypothèses utilisées pour construire le plan global de financement pluriannuel 2015-2019, la chambre a extrapolé à la période 2015-2019 les tendances constatées au cours de la période précédente.

7.2. Le budget principal

7.2.1. Des prévisions plutôt optimistes sur les produits

Le plan global de financement pluriannuel anticipe une augmentation des produits de 0,7 % en moyenne annuelle, soit une évolution plus dynamique que celle observée au cours de la période précédente (0,58 %). Ces prévisions reposent sur une baisse des tarifs de 1,4 % en 2016 et 2017, puis de 1,3 % en 2018 et 2019, que viendrait donc compenser une hausse de l'activité.

La réforme de l'aide médicale d'Etat (AME) devrait entrainer une diminution sensible des recettes Le coefficient de majoration des séjours, de 1,3 en 2013, est passé à 1 en 2015.

L'AP-HP a volontairement affiché un taux d'évolution des financements MIGAC de 0,5 % invoquant la nécessité de rémunérer le service public hospitalier à son juste niveau. La tutelle reste quant à elle sur une prévision de réduction de 4,6 %.

L'ordonnateur indique qu'il table sur l'amélioration du codage pour accroitre ses recettes, dans le cadre de la préparation à la facturation au fil de l'eau et du contrat passé avec la direction spécialisée des finances publiques, ainsi que sur la progression de la chirurgie ambulatoire, avec un taux de 50 % à l'horizon 2020.

7.2.2. Une prévision ambitieuse de maitrise des charges d'exploitation

L'hypothèse retenue par l'institution est celle d'une augmentation des charges d'exploitation de 0,71 % par an en moyenne, contre 0,34 % au cours de la période précédente. L'anticipation des charges de personnel se limite à une progression de 1 % par an en moyenne, au lieu de 1,10 % précédemment.

Les éléments sur lesquels repose cette prospective n'ayant pas été communiqués à la chambre, celle-ci ne peut se prononcer sur la solidité de ces hypothèses de travail. Cependant, la progression envisagée paraît contestable dans la mesure où, entre 2012 et 2014, elle avait été supérieure à 2 % par an. Selon l'ordonnateur, la réalisation 2015 montre d'ailleurs une progression de la masse salariale de 1,18%. L'ARS a, quant à elle, souligné l'ambition des perspectives affichées par l'AP-HP.

7.3. Des budgets annexes aux masses financières négligeables, à l'exception du budget A, véritable variable d'ajustement

Les anticipations concernant les budgets annexes n'ont qu'un impact limité sur les résultats d'exploitation. En effet, les montants du budget B (USLD) représentent moins de 3 % du budget consolidé et les budgets E (EHPAD), P (les services d'addictologie) et C (écoles) moins de 1 % du budget principal.

Les résultats du budget de la dotation non affectée, constamment excédentaires de 2015 à 2019, devraient permettre, pour chaque exercice, de compenser les déficits du budget principal et de redresser l'équilibre financier global de l'institution.

L'AP-HP anticipe en effet des produits de cessions, alors que ceux-ci sont par nature conjoncturels et aléatoires. Pourtant, l'établissement confirme que le budget de la DNA contribuera effectivement à l'équilibre global du budget consolidé tel qu'anticipé.

7.4. Des besoins d'investissement qui déterminent les besoins de financement.

La construction du plan global de financement pluriannuel 2015-2019 pour l'investissement est fondée sur les dépenses prévues. Les besoins de financement découlent des estimations financières liées aux immobilisations envisagées. Cette approche laisse à penser que l'AP-HP est assurée de dégager ou d'obtenir les moyens financiers correspondants.

La chambre n'a disposé d'aucun autre élément prospectif que le plan global de financement pluriannuel et les premiers éléments de cadrage pour 2015 pour s'en assurer.

Constatant l'état de vétusté de certains équipements, l'établissement a décidé de consacrer 270 M€ environ par an à l'entretien et à la reconversion de son patrimoine. Toutefois, selon une note transmise par la DEFIP, le 18 juin 2015 à la chambre, le montant des travaux « courants » atteindrait 290 M€ en 2015, puis varierait entre 271 M€ (en 2018 et 2019) et 280 M€ en 2017. La question de la sincérité de la prévision est donc posée.

A ces sommes s'ajoutent le coût des opérations structurantes, évalué entre 90 et 100 M€ par an.

Certaines opérations devraient être intégralement financées par l'AP HP : restructuration de Henri Mondor (70 M€) ; travaux sur Avicenne (16,2 M€) ; rénovation de la structure handicap à Poincaré (80 M€) ; réhabilitation de Picpus (40 M€).

D'autres devraient être largement subventionnées, à hauteur de 30 % ou 50 % pour le projet Hôpital Nord Bichat- Beaujon, dont le coût est estimé à 800 M€, et de 30% pour l'opération Sainte Perrine, dont le coût annoncé est de 50 M€.

La prospective liée aux travaux d'investissement peut se résumer au tableau suivant, d'après les derniers éléments transmis par l'ordonnateur à la chambre :

Tableau n° 47 : Prospective 2015-2019 : investissements

En M€	2015	2016	20178	2018	2019
Travaux (hors restructuration et grands chantiers bâtimentaires)	105	102	105	100	100
Grands chantiers bâtimentaires	120	128	129	167	219
TOTAL DES TRAVAUX	*225*	*230*	*234*	*267*	*319*
Equipements	117	105	105	106	108
Système d'information	68	65	65	65	60
TOTAL INVESTISSEMENT	***410***	***400***	***404***	***438***	***487***

Source PGFP

Par ailleurs, certains investissements n'apparaissaient pas dans les prévisions du plan global de financement pluriannuel 2014, telle la reconstruction de l'Hôtel Dieu, réputée financée à 100 % par des cessions, et qui serait donc « détachable du PGFP ». L'ordonnateur a précisé que le PGFP 2015 intégrait désormais le projet « Hôtel Dieu » et les ressources de cession correspondantes. Ce n'était pas le cas en 2014 dans la mesure où le projet n'était pas consolidé.

Le montant total des investissements est supérieur à la marge brute, anticipée en 2019 à 447 M€. Ils nécessiteront un prélèvement sur fonds de roulement de 50 M€ en 2018 et en 2019, afin de préserver un taux d'endettement proche de 30 %.

Tableau n° 48 : Financement des investissements

En M€	2015	2016	2017	2018	2019
Ressources	707	552	537	537	584
CAF	281	329	274	275	288
EMPRUNT	337	137	188	182	236
DOTATION ET SUBVENTIONS	25	26	45	40	40
CESSIONS D'IMMOBILISATIONS	65	60	30	40	20
Emplois	707	552	537	537	584
Remboursement de la dette	197	151	133	148	147
Immobilisations	410	400	404	438	487
Apport/Prélèvement du fonds de roulement	100	0	0	-50	-50

Sources : PGFP 2014-2019 – annexe EPRD 2015

Globalement, l'exécution du plan global de financement pluriannuel suppose :

- Le maintien de dotations à un niveau tel que tout re-basage soit neutre, c'est-à-dire que toute diminution des dotations s'accompagne d'un soutien financier correspondant;

- Un accompagnement à la restructuration de l'hôpital Nord Parisien, à hauteur de 50 M€ par an pendant huit ans ;

- Une correcte valorisation du patrimoine qui constitue un enjeu essentiel pour le financement des investissements futurs, en raison de l'insuffisance du niveau de marge brute non aidée, tant en 2014 qu'à l'issue du plan global de financement pluriannuel. En effet, en 2019, le taux de marge brute non aidée calculé par l'AP HP devrait s'établir à 5,26 %, insuffisant pour assurer la soutenabilité de la politique d'investissement, si à ce terme, l'AP-HP ne disposait pas de réserves foncières importantes. Leur cession est à ce titre une source de produits exceptionnels, qui peut compenser une marge brute trop faible pour garantir la soutenabilité des investissements.

8. PRÉPARATION A LA CERTIFICATION DES COMPTES

Le principe de certification des comptes des établissements publics de santé a été posé par la loi " Hôpital, Patient, Santé, Territoires," du 21 juillet 2009. La certification s'applique aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la loi, soit aux comptes de l'exercice 2014. Une mise en œuvre progressive a été organisée par les décrets n°2013-1238 et n°2013-1239 du 23 décembre 2013.

Un arrêté du ministère de la santé du 21 octobre 2015 a fixé la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2016 et a confirmé l'obligation, pour l'AP-HP, de se conformer à cette échéance.

La chambre a étudié l'état de préparation de l'établissement à la certification obligatoire de ses comptes à compter de l'exercice 2016.

La méthode utilisée par les commissaires aux comptes, lors de la première vague de certification des comptes des hôpitaux concernés, en 2014, a consisté en une prise de connaissance de l'établissement, une revue des procédures de contrôle interne, sans lesquelles l'établissement ne peut produire des comptes à même d'être certifiés, et une analyse du bilan d'ouverture afin de s'assurer de sa fiabilité. Les axes de travail du commissaire aux comptes qui sera retenu par l'AP-HP, dans le cadre d'un marché public de service, à l'issue d'une procédure d'appel d'offre, ne devraient pas être différents.

8.1. Une démarche de préparation à la certification organisée en mode projet dès 2011

8.1.1. La « comitologie » mise en place en mode projet

La démarche de préparation à la certification a été engagée dès 2011. Le projet s'articule autour d'une « comitologie[117] » constituée d'un comité de pilotage chargé de l'orientation des travaux qui réunit les principales directions concernées[118]. Une « équipe projet » assure le pilotage et la coordination des travaux de quatre groupes permanents (GP)[119]. Cette équipe, qui associe les groupes hospitaliers, a été resserrée en 2015 au niveau central afin d'accélérer la mise en place des outils nécessaires à la certification.

8.1.2. Un partenariat entre l'ordonnateur et le comptable public rénové en 2014

La convention partenariale entre l'ordonnateur et la Direction spécialisée des finances publiques, comptable public de l'AP-HP, signée le 25 novembre 2014, comporte trois axes dont l'un, exclusivement consacré à la préparation à la démarche de certification. Cette convention se décline de la manière suivante :

- Fiabiliser le bilan, le compte de résultat et l'annexe de l'AP- HP,

- Préparer la venue du certificateur en anticipant ses futures exigences, ce qui suppose un ensemble de processus tracés et d'acteurs identifiés,

- Améliorer la procédure de reddition des comptes qui sera impactée par la certification,

- Partager un fonds documentaire en ligne décrivant les procédures, les outils de maîtrise des risques et de pilotage des différents cycles comptables et financiers.

  Les deux autres thèmes (améliorer la chaine de la recette et optimiser les taux de recouvrement, améliorer la chaine de la dépense et optimiser le délai global de paiement) participent également à la sincérité des comptes.

---

[117] Terme employé par l'AP-HP qui s'apparente à un groupe de travail en mode projet

[118] Il comprend le secrétariat général, des membres de la DEFIP, de la direction des finances publiques, de la DRH, de la DOMU, de la direction des achats, de la DIA et de la DSI, Le directeur du GH Pitié Salpétrière Charles Foix, ainsi que le contrôleur financier.[119] GP n°1 : élaboration de la documentation ; GP N°2 : fiabilisation des comptes –essentiellement constitué d'agents de la DEFIP- ainsi que des acteurs-clés de la certification de la DSFP, selon les termes de l'ordonnateur ; GP N°3 : Maitrise des risques comptables et financiers : cette instance est déclinée en autant de groupes de travail que de cycles de gestion comptables. GP N°4 : auditabilité expertise et évolution du système d'information.

[119] GP n°1 : élaboration de la documentation ; GP N°2 : fiabilisation des comptes –essentiellement constitué d'agents de la DEFIP- ainsi que des acteurs-clés de la certification de la DSFP, selon les termes de l'ordonnateur ; GP N°3 : Maitrise des risques comptables et financiers : cette instance est déclinée en autant de groupes de travail que de cycles de gestion comptables. GP N°4 : auditabilité expertise et évolution du système d'information.

[120] Portant sur l'exercice 2011

8.2. Des calendriers de mise en œuvre qui ont évolué avec l'avancée des travaux

L'audit mené par le cabinet retenu, dont les conclusions ont été rendues en 2013, proposait plusieurs scénarii, dont l'un permettait la certification des comptes de l'exercice 2016, avec un premier calendrier de mise en œuvre des actions à réaliser.

Un état d'avancement de la démarche de certification des comptes, en lien avec la visite de l'agence Standard & Poors en 2014, a également été produit. Un nouveau calendrier a été établi en mars 2015 dans le cadre de la mise en œuvre de la charte partenariale signée avec le comptable.

Une mission de construction et de rédaction du référentiel de maîtrise des risques et des outils de contrôle a été attribuée à un consultant. L'objectif était de fournir une assistance opérationnelle à la direction projet dans la construction du référentiel de maitrise des risques ainsi qu'une assistance méthodologique et opérationnelle aux agents de l'APHP pour la rédaction des procédures métier de maitrise des risques. L'exécution du marché devait se dérouler entre mi-avril et mi-décembre 2015.

Ces différents plannings ne permettent pas d'avoir une vision précise de l'évolution du chantier. Peu d'avancées concrètes ont été constatées jusqu'en 2014, année au cours de laquelle a été nommé un chef de projet à temps plein, alors que la démarche avait été initiée dès 2011.

Ce constat est confirmé par la mise en œuvre tardive de formations opérationnelles en groupes restreints, qui n'ont vu le jour qu'à partir de 2015.

8.3. Une organisation visant à associer tous les acteurs du siège et des groupes hospitaliers (GH)

Le marché conclu avec le cabinet comportait deux lots. Le premier portait sur le diagnostic et le plan d'action relatif à l'état de préparation de l'institution à la certification des comptes et le second sur l'assistance à maitrise d'ouvrage en matière de pilotage de projet.

Le cabinet d'audit, conformément au cahier des charges, a réalisé des travaux sur place au sein de deux groupes hospitaliers désignés sites pilotes, consistant en une revue du dispositif du contrôle interne, de l'auditabilité des comptes et du système d'information.

Dix autres groupes hospitaliers ont reçu un questionnaire d'auto-évaluation, dans le but de recenser les risques comptables et financiers pour tous les cycles de gestion, d'identifier les spécificités pouvant exister au sein de l'institution, d'approfondir l'analyse sur les bonnes pratiques existantes et les axes d'amélioration potentiels, puis de corroborer ce diagnostic avec les travaux réalisés au sein des deux groupes pilotes.

8.4. L'analyse par cycle permet de mesurer l'ampleur des travaux restant à mener.

La chambre a actualisé les constats rendus en 2013[120] par le cabinet pour dresser un état des lieux à la date la plus récente. Elle a apporté, le cas échéant, des éléments factuels et actualisés fournis par les deux établissements visités (Robert Debré et Henri Mondor) ainsi que par le siège.

[120] Portant sur l'exercice 2011

8.4.1. Cycle des immobilisations : des travaux déjà bien engagés, qui se sont intensifiés en fin d'année 2015.

Compte tenu des enjeux financiers, la valeur brute des immobilisations au 31 décembre 2014 s'élevant à près de 4 Mds€, les risques majeurs détectés en 2013 sont en cours d'analyse. Les écarts entre l'inventaire et l'état de l'actif sont progressivement corrigés et un « actif test » de l'exercice 2014 doit être produit en 2015, qui doit prendre en compte les problèmes de fiabilité soulevés par la chambre comme la non-intégration régulière des immobilisations en cours.

La chambre attire l'attention de l'ordonnateur sur le fait que le bilan d'ouverture 2016 sera audité, et que les écarts constatés avec les normes (référentiel M 21) seront mis en exergue par le certificateur. La sincérité de l'état de l'actif nécessite donc des rapprochements réguliers entre l'ordonnateur et le comptable afin que l'inventaire corresponde à l'état de l'actif pour le bilan de sortie 2015. Pour ce faire, la qualité des enregistrements informatiques est essentielle pour s'assurer des dates de service fait et d'intégration dans l'actif.

8.4.2. La documentation nécessaire à la maitrise des risques du cycle des provisions se développe mais reste insuffisante.

D'une manière générale, la constitution des provisions de l'AP-HP ne repose pas sur une documentation permettant de contrôler leurs modalités de calcul et leur montant. Des améliorations ont pu être constatées en fin de période (2013-2014). Cette lacune pourrait cependant constituer une difficulté significative pour la certification.

8.4.3. Le cycle des recettes est en cours d'ajustement notamment en ce qui concerne les rattachements

Les enjeux financiers et procéduraux sont essentiels pour l'AP-HP en ce qui concerne le cycle des recettes, dont les montants financiers approchaient 7,2 Mds€ au 31 décembre 2014.

Le diagnostic du cabinet d'audit pointait de nombreuses défaillances sur ce cycle, telles que l'absence de rattachement des séjours à cheval sur deux exercices, les carences des procédures d'identito-vigilance, la gestion trop peu ciblée des créances douteuses.

En outre, la chambre a relevé des défaillances pratiques sur la base d'un test de cheminement du parcours-patient au sein du groupe hospitalier Henri Mondor, dans le cadre des consultations externes. Il a été relevé que les documents papier comportant le codage de l'acte n'étaient pas détruits à l'issue des saisies effectuées par l'opératrice d'accueil. Par ailleurs, en « back office », la mutualisation des tâches en cas d'absence d'un des agents et leur supervision n'étaient pas effective.

8.4.4. Le cycle des achats présente encore de nombreux risques malgré la mise en place d'un service facturier.

Le développement d'un service facturier commun au comptable public et à l'ordonnateur doit permettre de répondre au besoin d'amélioration de la performance du traitement des factures. Ce dispositif n'était pas encore totalement déployé au second semestre 2015.

Le respect de la césure des exercices et de la qualité du service fait restait à améliorer au 31 décembre 2014. Le montant des charges exceptionnelles sur exercices antérieurs

s'élevait à 41,6 M€, soit 0,6% des charges, alors que le taux préconisé est de 0,2%. Le risque relevé par le cabinet d'audit persistait donc en 2014.

En raison de la comptabilisation des charges dans SAP, le solde du compte de factures non parvenues (compte 408) est anormalement élevé au 31 décembre de chaque exercice. Il est en outre en progression, de 65,5 M€ fin 2011 à 106,4 M€ fin 2014.

Un bilan de fonctionnement du service facturier serait utile pour faire ressortir le coût et les avantages d'une telle organisation par rapport aux dispositifs classiques de séparation stricte des services de l'ordonnateur et du comptable.

8.4.5. Des marges de progrès attendues sur le cycle des stocks

La DEFIP a souligné les difficultés à valoriser les stocks présents dans les hôpitaux. A l'AP-HP, les stocks représentaient 176,4 M€ au 31 décembre 2014. Les travaux restant à mener en 2014 portaient sur :

- la justification de la valorisation des stocks (prix moyens pondérés erronés et présence de stocks négatifs) ;
- le traitement des écarts d'inventaires ;
- la justification du périmètre de valorisation des stocks ;
- la définition d'une procédure homogène de dépréciation des stocks.

8.4.6. Le cycle du personnel dont la nécessaire fiabilisation n'est pas terminée

Le cycle du personnel constituait un enjeu financier de 4,6 Mds€ au 31 décembre 2014, soit près plus de 63% des charges de fonctionnement.

De nombreuses charges ne sont pas rattachées à l'exercice, comme les heures supplémentaires, les astreintes d'infirmières, les repos dus ou les gardes des médecins. L'AP-HP doit s'assurer du respect du rattachement de ces charges au bon exercice comptable.

La gestion des interfaces entre les logiciels HRA (ressources humaines) et SAP peut conduire à des erreurs qu'il faut anticiper par une vérification entre les effectifs payés et les effectifs identifiés. Un diagnostic partenarial des risques de l'ensemble de la chaîne de paie était prévu à compter d'avril 2015, dont la chambre n'a pas eu les résultats.

Il reste encore de nombreux chantiers à mener avant de fiabiliser ce cycle, notamment au niveau des éléments variables de paie, par un rapprochement entre les logiciels Gestime et HRA.

L'ordonnateur a précisé que 2015 a été marquée par une collaboration active entre ses services et ceux du comptable afin de s'assurer de l'identification des effectifs payés. En outre, les procédures telles que la détermination des éléments fixes et variables de paie ont été validées et publiées sur le site intranet de l'AP-HP. Enfin, suite à un audit conjoint DSFP – Direction de l'Inspection et de l'Audit, mené sur la fiabilisation de la chaine de paie et l'interface HRA/ SAP, un groupe de travail pluridisciplinaire se réunira de façon régulière pour mener les actions correctrices.

8.5. La rédaction des cahiers des charges pour le choix du commissaire aux comptes

Par appel d'offre publié le 2 octobre 2015, l'APHP a opté pour le recours à une prestation de service de commissariat aux comptes, comportant deux lots identiques. Le premier lot porte sur la mission légale de commissaire aux comptes, le second sur les missions spécifiques de diligences directement liées[121].

Pour que les audits menés dans le cadre de la certification des comptes soient représentatifs, l'APHP estime qu'un taux de couverture de 66% du montant annuel des recettes totales de l'établissement est nécessaire la première année de certification.

8.6. La revue du système d'information dans le cadre de la démarche de certification.

Pour les établissements déjà engagés dans la démarche de certification pour leurs comptes 2014, les principaux axes d'amélioration relevés par les commissaires aux comptes portaient sur l'organisation du système d'information, la sécurité et l'accès aux logiciels, la traçabilité et la continuité de l'information. Pour l'AP-HP l'absence de schéma directeur des systèmes d'information constitue donc un handicap lourd.

Le thème des systèmes d'information, faisant par ailleurs l'objet d'un contrôle spécifique de la chambre, dans le cadre de l'enquête inter-juridictions sur la contribution des systèmes d'information hospitaliers à l'efficience des hôpitaux, ne sera pas développé dans le présent rapport.

[121] Les diligences directement liées sont des prestations réalisées par les commissaires aux comptes à la demande de l'entité contrôlée. Elles sont définies par les normes d'exercice professionnel (NEP), afin de maitriser le risque d'auto-révision. Le dossier de consultation diffusé par les administrations centrales prévoit l'inscription en tranches conditionnelles de neuf diligences directement liées, qui doivent être affermies dans les 24 mois suivant la signature du marché.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Expertises CHSCT 2011-2013[122]

Dates	CHSCT	Motif (1° ou 2° de l'article L. 4614-12 CT) et analyse de la justification	Coût
Oct.2010 Mars2011	Verdier	1° -> *« analyse de la situation de travail vécue par les agents de la Procréation médicalement assistée. Un agent de ce service a fait une tentative de suicide le 28 août 2009. Les agents de ce service pourraient être exposés à un risque grave d'altération de leur santé physique ou mentale que l'expertise devra identifier. »* (facture) La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise. La justification par une tentative de suicide remontant à plus d'un an comme seul élément factuel est insuffisante pour caractériser le risque grave.	44 656 €
Déc.2010 Fév.2011	Verdier	2° -> projet d'organisation en 12h des personnels soignants des urgences La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise, ni surtout de son ampleur au regard de la réorganisation d'un service.	53 940 €
Juin2010 Mars2011	Bretonneau	1° -> analyse des conditions de travail et des expositions professionnelles à des risques psychosociaux pouvant engendrer des altérations de la santé des salariés La convention d'expertise justifie l'intervention du cabinet par l'expression d'une *« souffrance tant physique que psychologique »* dans une lettre des agents des unités courts et moyens séjour du service de gériatrie à orientation psychiatrique, en lien avec *« la récente modification de leurs horaires de travail »*. Le risque grave n'est pas caractérisé. Le délai d'expertise est excessif.	56 619 €
Fév.2011 Mars2011	Pitié-Salpêtrière Charles Foix	2° -> constitution de la direction des systèmes d'information commune au GH La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise.	35 760 €
Mai2011 Juin2011	Pitié-Salpêtrière Charles Foix	2° -> centralisation des fonctions RH La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise.	44 521 €

[122] Compte-tenu du mode de recueil des informations par extraction du logiciel SAP (sur les paiements des exercices 2011 à 2013) puis recherche dans les liasses des mandats identifiés comme relevant potentiellement d'expertises CHSCT, ce recueil ne peut prétendre à l'exhaustivité.

Dates	CHSCT	Motif (1° ou 2° de l'article L. 4614-12 CT) et analyse de la justification	Coût
Avr.2011 Juin2011	Charles Foix	2° -> déménagement et nouvelle organisation de l'unité du Village à l'Orbe La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise.	42 458 €
Déc.2010 Août2011 ???	Avicenne	1° -> conditions de travail des agents de l'hôpital et, en particulier, identification de risques graves auxquels ces salariés pourraient être exposés La convention d'expertise pointe *« plusieurs situations avérées de crise suicidaire concernant des membres du personnel de l'hôpital »*, *« de nombreux témoignages de personnel sur leur souffrance ou travail »* et *« des situations de violence entre agents »*. Ces éléments inquiétants ne sont cependant pas datés. L'urgence sous-jacente à la gravité du risque justifiant une expertise est cependant infirmée par le calendrier : expertise décidée en décembre 2010, confirmée par le CHSCT en avril 2011, démarrée en août 2011	78 039 €
Oct.2010 Jan.2011	Saint Louis	2° -> projet de réorganisation portant sur l'analyse de la création du bâtiment des services des Grands brûlés et des conséquences organisationnelles sur les services connexes La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise, ni surtout de son ampleur au regard de la réorganisation d'un service.	81 828 €
Juil.2009 Mars2010 ???	Siège	2° -> impact du nouveau système d'information (NSI) Le projet concerne 10 000 agents. Pour autant, le remplacement d'applications informatiques jugées obsolètes par deux progiciels de gestion intégrés peut-il être considéré comme une « *transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage »* (article L. 4614-8 CT) ?	273 138 €
?2010 Oct.2011	Siège	2° -> modernisation du siège La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise.	4 258 €
Jan.2011 Jan.2012	Muret	1° -> risques psycho-sociaux Aucun risque grave n'est établi. La convention d'expertise s'appuie sur *« l'ensemble des difficultés que rencontrent les agents »* et sur des *« troubles de la santé (…) en relation avec la dégradation des conditions de travail »*. Le délai entre la première rencontre pour proposition d'intervention (novembre 2010), lancement de l'expertise (janvier 2011) et fin de mission (janvier 2012) dénie la notion d'urgence nécessairement rattachée à celle de risque grave. La convention d'expertise stipule que l'intervention *« vise à s'intégrer dans la politique de prévention des risques professionnels à l'hôpital »*, ce qui n'est pas l'objet des expertise pour risque grave.	77 099 €
Août2012 Nov.2012	Avicenne	2° -> projet visant à supprimer l'équipe de garde de la crèche par une modification de l'amplitude horaire de travail	48 228 €

Dates	CHSCT	Motif (1° ou 2° de l'article L. 4614-12 CT) et analyse de la justification	Coût
		En pratique, la réorganisation implique la modification des horaires de travail, pour un nombre d'agents non stipulé (mais qui semble limitée à 12).	
Oct.2011 Mai2012	Verdier	2° -> projet de « Organisation de la Direction des ressources humaines » La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise.	64 465 €
Juin2012 Oct.2012	Tenon	2° -> externalisation des fonctions support de la restauration La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise.	53 157 €
Déc.2012 Fév.2013	Broca-La Rochefoucauld	2° -> projet de création de 15 lits de « gériatrie aiguë » et suppression de lits de SLD[123] Il n'est pas spécifié dans la lettre de mission que le projet entraîne une *« transformation importante des postes de travail »* (article L. 4612-8 CT) à travers un transfert d'agents du SLD à la gériatrie aiguë. Il s'agit au premier chef d'une évolution de l'activité, dont les effets envisagés sont cantonnés à une *« augmentation de la charge de travail en SSR »* (lettre de mission).	52 808 €
Nov.2012 Fév.2013	Mondor	2° -> projet de charte du bloc opératoire de l'hôpital La lettre de mission n'est pas jointe en pièce justificative au mandat, ce qui ne permet pas d'attester le bien-fondé du recours à l'expertise. En tant que telle, une « charte du bloc opératoire » ne paraît pas de nature à être qualifiée de *« décision d'aménagement important »* (article L. 4612-8 CT).	68 779 €
Nov.2012 Mai2013	Avicenne	2° -> projet « nouvelle organisation du pool IDE/AS » : intégration dans les pôles des infirmiers et des aides-soignants des équipes de suppléances de jour Il s'agit d'une modification de rattachement hiérarchique de 15 agents, dont les effets sur les conditions de travail sont possibles (tel que les *« possibles évolutions de l'organisation horaire de travail »* (lettre de mission)).	64 616 €
Jan.2013 Fév.2013	Siège	2° -> projet de centre de gestion commune des RH pour les PIC et le siège La lettre de mission ne pose qu'en 5ème point l'analyse des « impacts potentiels du projet sur les conditions de travail des 52 agents concernés », alors que le CHSCT devrait avoir établi un impact réel sur les conditions de travail pour requérir une expertise.	33 488 €

Source : mandats des exercices 2011 à 2013 (compte H6288)

[123] SLD : soins de longue durée.

Annexe n° 2 : Résultat d'exploitation par GH

En millions d'€	Nb total lits MCO 2012	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
HU Est parisien	1528	-36,2	-25,3	-10,3	-20,4
HU Henri-Mondor	967	4,5	6,7	8,7	2,4
HU Necker-enfants malades	577	17,7	7,1	-5,2	2,8
HU Paris centre	1073	-14,5	-16,1	-19,2	-12,3
HU Paris Ile-de-France ouest	675	-2,6	0,0	-3,9	-7,4
HU Paris nord val-de-Seine	1719	-8,4	-7,4	-12,9	-11,5
HU Paris ouest	736	-2,6	-9,7	-1,3	5,1
HU Paris Seine-Saint-Denis	1411	-20,8	-21,6	-20,2	-14,8
HU Paris sud	717	-35,2	-13,1	-7,0	0,3
HU Pitié-Salpêtrière Charles-Foix	1510	-10,7	1,1	9,6	18,2
HU Robert-Debré	391	9,0	1,6	1,3	-1,4
HU Saint-Louis Lariboisière F.-Widal	1203	-3,8	1,1	-6,9	-10,7
Hospitalisation à domicile	/	-1,6	-1,2	0,4	-3,5
Hendaye	/	4,3	4,9	3,8	3,8
San Salvadour	/	3,4	4,4	4,2	1,8
Villemin-Paul Doumer	20	-2,6	-1,4	-2,2	-1,2

Source : comptes d'exploitation par GH ; Hospidiag (nombre de lits)

Annexe n° 3 : Résultats des comptes d'exploitation 2011-2013 par sites hospitaliers

En millions d'€	2011	2012	2013	2014
HOPITAL ROTHSCHILD	-13,2	-8,1	-6,1	-4,1
HOPITAL SAINT-ANTOINE	-6,4	14,5	24,9	19,5
HOPITAL TROUSSEAU	-1,6	-4,0	-6,6	-9,3
HOPITAL TENON	-15,1	-27,6	-22,5	-26,5
Total HU Est parisien	**-36,3**	**-25,3**	**-10,3**	**-20,4**
HOPITAL GEORGES CLEMENCEAU	-3,1	-1,6	-1,1	0,4
HOPITAL JOFFRE/DUPUYTREN	-1,6	2,2	0,0	-3,2
HOPITAL HENRI MONDOR	5,4	1,8	4,0	-0,7
HOPITAL EMILE ROUX	3,7	4,4	5,8	5,9
Total HU Henri-Mondor	**4,4**	**6,7**	**8,7**	**2,4**
HOPITAL NECKER ENFANTS MALADES	17,7	7,1	-5,2	2,8
Total HU Necker-enfants malades	**17,7**	**7,1**	**-5,2**	**2,8**
HOPITAL HOTEL-DIEU/LA COLLEGIALE	5,0	-8,1	-8,8	-9,8
HOPITAL COCHIN/ST VINCENT DE PAUL	-20,9	-9,1	-9,9	-5,2
HOPITAL BROCA/LA ROCHEFOUCAULT	1,4	1,1	-0,5	2,8
Total HU Paris Centre	**-14,5**	**-16,1**	**-19,2**	**-12,3**
GROUPE HOSPITALIER STE PERINE LAGACHE	-0,0	0,6	1,3	0,3
HOPITAL AMBROISE PARE	0,2	3,9	3,8	5,1
HOPITAL RAYMOND POINCARE	-2,8	-4,5	-9,0	-12,8
Total HU Paris IDF Ouest	**-2,6**	**0,0**	**-3,9**	**-7,4**
HOPITAL BRETONNEAU	-2,5	-2,4	-3,5	-2,7
GIH BICHAT/CLAUDE BERNARD	-0,5	18,5	13,4	19,5
HOPITAL BEAUJON	-5,9	-16,4	-14,8	-21,3
HOPITAL LOUIS MOURIER	0,9	-7,2	-8,6	-8,9
HOPITAL CHARLES RICHET	-0,3	0,1	0,5	1,9
Total HU Paris Nord Val de Seine	**-8,3**	**-7,4**	**-12,9**	**-11,5**
HOPITAL VAUGIRARD	3,5	2,8	2,1	1,7
HOPITAL EUROPEEN G. POMPIDOU/BROUSSAIS	-11,6	-16,8	-10,3	-3,3
HOPITAL CORENTIN CELTON	5,5	4,3	6,8	6,6
Total HU Paris Ouest	**-2,6**	**-9,7**	**-1,3**	**5,1**
HOPITAL ANTOINE BECLERE	-6,8	-9,2	-9,7	-8,8
HOPITAL DE BICETRE	-15,6	12,2	12,2	12,2
HOPITAL PAUL BROUSSE	-12,5	-14,3	-8,1	-3,1
Total HU Paris Sud	**-34,9**	**-11,3**	**-5,6**	**0,3**
HOPITAL RENE MURET	2,5	4,1	4,9	2,7
HOPITAL AVICENNE	-13,2	-10,8	-12,7	-5,8
HOPITAL JEAN VERDIER	-10,1	-14,9	-12,3	-11,6
Total HU Paris-Seine-St-Denis	**-20,8**	**-21,6**	**-20,2**	**-14,8**
GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE	2,9	14,8	22,4	28,3
HOPITAL CHARLES FOIX	-13,6	-13,7	-12,8	-10,2
Total HU Pitié-Salpêtrière Ch. Foix	**-10,7**	**1,1**	**9,6**	**18,2**
HOPITAL ROBERT DEBRE	9,0	1,6	1,3	-1,4
Total HU Robert-Debré	**9,0**	**1,6**	**1,3**	**-1,4**
GROUPE HOSPITALIER LARIBOISIERE/F. WIDAL	-2,9	-19,5	-21,4	-24,7
HOPITAL SAINT-LOUIS	-0,9	20,6	14,6	14,0
Total HU St Louis Larib. Widal	**-3,8**	**1,1**	**-6,9**	**-10,7**

Annexe n° 4 : Bilan financier simplifié retraité (en M€)

BIENS	2010	2011	2012	2013	2014
Biens stables					
Immobilisations incorporelles brutes	143,3	191,9	317,7	373,6	408,5
Immobilisations corporelles brutes :					
- Terrains	187,2	187,3	139,1	134,0	128,1
- Constructions	4 854,6	5 245,1	5 643,2	5 988,4	6 127,4
- Installations techn., matériel, outillage	1 161,0	1 242,8	1 299,4	1 360,1	1 433,1
- Autres	316,1	343,1	353,7	378,1	410,1
Immobilisations corporelles en cours	1 157,5	978,1	694,2	481,0	387,3
Immobilisations financières	50,4	49,0	92,6	91,1	228,9
TOTAL II	7 870	8 237	8 540	8 806	9 123
Actifs stables d'exploitation					
Créances article 58	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Créances sur l'État (secteur psy)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL IV	0	0	0	0	0
Valeurs d'exploitation	**1 497**	**1 576**	**1 692**	**1 735**	**1 824**
Stocks	98,9	131,2	140,4	137,8	176,3
Hospitalisés et consultants	161,2	131,9	208,4	226,9	260,8
Caisse pivot (hors Art. 58 + DGF attendue)	619,8	635,0	633,7	634,6	696,4
Autres tiers payants	268,5	409,4	470,1	423,4	387,6
Sécurité sociale	111,1	167,0	147,6	149,6	145,3
Redevables pdts à recevoir	229,6	191,4	136,8	137,2	157,3
Créances sociales et fiscales	10,5	28,3	23,8	19,5	11,1
Créances diverses d'exploitation	66,3	37,5	27,0	91,6	19,3
Retraitement recettes à classer[124]	*-69,0*	*-155,3*	*-96,2*	*-85,4*	*-30,0*
Actifs hors exploitation	28,2	35,1	19,4	97,9	69,8
TOTAL VI	1 525	1 611	1 711	1 833	1 894
BFR d'exploitation	**1 114**	**1 170**	**1 283**	**1 225**	**1 365**
Besoin en fonds de roulement (VI - V)	**869**	**953**	**1 064**	**997**	**1 114**
Liquidités					
Créances sur immobilisations	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Disponibilités	0,7	1,0	1,1	32,1	0,9
DGF attendue	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Disponibilités chez régisseurs d'avances	0,3	0,6	1,0	0,9	1,2
TOTAL VIII	5	2	2	33	2
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	**9 400**	**9 850**	**10 253**	**10 672**	**11 020**

[124] Les retraitements ont été effectués selon les considérations relatives à la fiabilité des comptes. Apparaissent en surlignage jaune les contreparties des corrections apportées aux comptes concernés, qui sont, elles, directement déduites de ces comptes.

FINANCEMENTS	2010	2011	2012	2013	2014
Financements stables					
Apports	1 111,5	1 251,7	1 250,6	1 251,4	1 253,8
Excédents affectés à l'investissement	907,6	698,0	671,0	705,1	615,0
Retraitement créances perdues ex antérieurs à 2011		*-138,5*	*-138,5*	*-138,5*	
Amortissements	4 014,1	4 337,3	4 692,1	4 989,3	5 316,6
Subventions d'investissements	31,6	44,5	80,8	104,9	113,5
Dettes financières (à long terme)	2 196,4	2 422,3	2 327,1	2 238,3	2 164,9
TOTAL I	8 261	8 754	9 022	9 289	9 464
Fonds de roulement d'investissement (I - II)	**391**	**378**	**343**	**344**	**340**
Financements stables d'exploitation					
Réserves de trésorerie et de compensation	308,2	308,2	308,2	308,2	308,2
Résultat de l'exercice	-102,9	-71,7	-20,7	-7,4	-9,8
Report à nouveau (excédent et déficit)	-80,1	-197,0	-285,8	-354,0	-422,0
Correction charges à payer sur RA[125]	*6,1*	*56,0*	*56,0*	*56,0*	*56,0*
Provisions	223,0	352,3	519,9	592,6	584,4
TOTAL III	354	448	578	595	517
Fonds de roulement d'exploitation (III - IV)	**354**	**448**	**578**	**595**	**517**
Fonds de roulement net global	**745**	**826**	**921**	**940**	**857**
Dettes d'exploitation	**383**	**407**	**409**	**511**	**459**
Avances reçues	40,1	14,4	15,2	20,3	24,3
"Redevables contentieux" créditeurs	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	165,8	212,2	211,3	234,0	239,3
Dettes sociales et fiscales	177,2	179,9	182,3	191,3	195,8
Dettes diverses d'exploitation	0,0	0,1	0,0	65,0	0,1
Dettes hors exploitation	273,4	251,3	238,1	325,9	320,4
TOTAL V	657	658	647	837	780
Financements à court terme					
Fonds déposés par les usagers	12,2	11,2	10,6	7,8	7,9
Intérêts courus	16,6	19,7	16,7	16,8	15,5
Fournisseurs - dettes différées	*0,0*	*97,4*	*0,0*	*65,3*	*137,8*
Ligne de trésorerie	99,2	0,7	117,9	0,0	98,0
TOTAL VII	128	129	145	90	259
Trésorerie négative (VII - VIII)	**123**	**127**	**143**	**57**	**257**
TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	**9 400**	**9 988**	**10 393**	**10 811**	**11 020**

Source : comptes financiers retraités

[125] Retraitement opéré relatif aux charges à payer sur ressources affectées (voire partie fiabilité des comptes)

REPONSE

du directeur général

de l’Assistance Publique – Hôpitaux

de Paris (AP-HP) **(*)**

(*) *Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.*

3 avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Télécopie : 01 40 27 55 77
secretariat.dg@sap.aphp.fr

Paris, le **25 juillet 2016**



Monsieur le Président de la Chambre
Régionale des Comptes d'Ile-de-France
6, cour des Roches
Noisiel – BP 187
77315 Marne-La-Vallée Cedex

D2016-3960

LE DIRECTEUR GENERAL

Monsieur le Président,

Vous m'avez fait parvenir en date du 23 juin 2016 le rapport d'observations définitives relatif à l'examen de la gestion l'AP-HP, « Situation financière ».

Celui-ci contient deux « obligations de faire » concernant la gestion des ressources humaines :

La première obligation de faire porte sur l'application des dispositions relatives à la durée légale du temps de travail, dont la chambre souligne qu'elle est « *partiellement mise en œuvre, la démarche étant engagée* ». Un accord a été signé avec la CFDT en octobre 2015. Le projet de nouvelle organisation du temps de travail est passé aux instances, après expertises, en mars 2016. L'AP-HP a commencé la mise en œuvre de cette réforme, une partie des dispositions de l'accord, portant justement sur le « retour au réglementaire » étant applicable depuis le 1er avril 2016, les nouveaux cadres horaires devant s'appliquer à la rentrée. Une fois ce nouveau cadre horaire mis en place, il fera l'objet d'un processus d'évaluation régulière des organisations de travail tel que prévu dans les engagements pris à la fin de l'année 2015.

La seconde obligation de faire porte sur la révision des conditions d'attribution de la NBI aux agents des SSR gériatriques, pour laquelle l'AP-HP s'engage à lancer le processus de révision des règles, conformément à la réglementation.

Il comporte également une recommandation sur le renforcement des dispositifs internes de contrôle de la qualité et de l'exhaustivité du codage des informations et des actes, renforcement dans lequel l'AP-HP est d'ores et déjà engagée.

Par ailleurs, ce rapport appelle de ma part les observations suivantes :

S'agissant de l'essentiel, l'examen de la gestion, il convient de souligner les résultats remarquables de l'institution et la dynamique de progrès sur la plupart des sujets et notamment sur les équilibres majeurs. En dehors des axes d'amélioration soulignés par la chambre et sur lesquels l'AP-HP est déjà

engagée, le rapport permet effectivement de démontrer l'amélioration significative de la situation de l'AP-HP depuis le précédent examen.

Ainsi, la chambre souligne l'amélioration de la situation financière et particulièrement de la division par 10, en 5 ans (2010-2014), du déficit du compte consolidé, obtenue par une forte efficience et une maîtrise de la masse salariale, la croissance des recettes d'activité faisant plus que compenser une baisse très marquée des dotations. Prolongeant la période d'examen du rapport, je confirme que le déficit du compte principal s'est établi à -39 M€ et le résultat consolidé à +40 M€ en 2015 (respectivement -115 M€ et -103 M€ en 2010).

De même, elle note la réduction de l'endettement, l'absence d'emprunt « toxique », une situation saine et maîtrisée de la trésorerie et le respect des ratios requis par les autorités de tutelle.

Par ailleurs, sans attendre la formalisation définitive de ce rapport, et conscients des efforts à poursuivre, nous avons engagé, comme la chambre le souligne à plusieurs reprises, des mesures qui répondent à certains des points soulevés.

La forte dynamique impulsée sur le virage ambulatoire, et la croissance de cette activité, ou les chantiers très volontaristes conduits notamment sur la gestion dynamique des lits ou sur l'amélioration du recouvrement, y compris sur les patients non-résidents, traduisent des engagements institutionnels majeurs faisant l'objet d'un suivi très attentif de la direction générale.

S'agissant de la situation de l'Hôtel-Dieu, je tiens à souligner que la dynamique nouvelle du projet médical du site, désormais soutenue par la communauté médicale, lui apporte la cohérence attendue, tout en se fondant sur une vraie complémentarité avec le site de Cochin (avec par exemple un SAU bi-site spécialisant l'Hôtel-Dieu sur les urgences « légères » et plus particulièrement l'accueil des touristes, la concentration sur le site de l'Hôtel-Dieu des services de psychiatrie du groupe jusqu'ici dispersés sur plusieurs sites), une offre de soins répondant à d'importants besoins de santé publique (par exemple pour le traitement des IST), et la quasi disparition des activités nécessitant des locaux spécifiques, mal adaptées au site, tout en rapprochant d'un hôpital des activités tertiaires qui vont gagner à travailler en synergie avec des activités cliniques, comme le département de la recherche clinique. Ce nouveau projet avance selon le calendrier prévu, comme le point d'étape fait à la CME centrale de l'AP-HP, le 5 juillet dernier, a permis d'en témoigner. Il contribue aussi à la rationalisation des implantations parisiennes de l'AP-HP et la part des travaux financée par l'AP-HP le sera intégralement par des produits de cession d'emprises accueillant aujourd'hui des activités tertiaires relocalisées.

En ce qui concerne les rapports entre l'AP-HP et la Ville de Paris, je confirme le choix de projeter dans la durée et de manière globale les échanges avec la Ville, qui avaient jusque-là été traités au cas par cas. Ainsi, l'AP-HP a souhaité améliorer sensiblement sa capacité de prévision et d'action en matière de valorisation de son patrimoine, dont le rapport rappelle l'importance en matière d'équilibre financier sur le long terme. Il convient de souligner qu'à

défaut d'accord entre les parties sur les objectifs que chacune poursuit et sur la méthode pour les rendre compatibles, le risque est élevé d'aboutir à un blocage complet des projets et en particulier des cessions de terrains de l'AP-HP.

Pour autant, la signature de cette convention ne fige pas les perspectives. D'une part, celles-ci sont évaluées et discutées très régulièrement dans le cadre du suivi précis de cette convention qui a été mis en place à la fin de l'année 2015. D'autre part, l'AP-HP reste très vigilante sur les opérations concernées de telle sorte que les objectifs budgétaires et financiers en matière de cession, validés par ses tutelles, soient tenus. Ainsi des opérations prévues dans le cas de la convention qui font l'objet actuellement de discussions avec la Ville et pour lesquels l'AP–HP a rappelé ses attentes en matière de valorisation.

Contrairement à ce qui est indiqué dans le rapport, l'AP-HP n'a aucunement renoncé à prendre des droits de réservation sur des logements sociaux à construire. Bien au contraire, elle fait de l'accès à des droits de réservation l'un des axes de sa politique ambitieuse pour accroître l'offre de logements à l'intention des personnels, y compris dans les discussions les plus récentes avec la Ville de Paris.

Enfin, s'agissant des dispositions de cette convention qui portent sur l'ouverture des crèches hospitalières aux Parisiens, dans des conditions encadrées, je rappelle qu'elles font partie des conditions indispensables à l'agrément des crèches par les caisses d'allocations familiales qui, depuis la réforme mise en œuvre progressivement à compter de 2015, permet à l'AP-HP de toucher désormais la prestation de service unique (PSU).

S'agissant des activités en cours de développement à l'international, l'AP-HP met en œuvre de manière prudente et raisonnée les recommandations du rapport de Kervasdoué cité par la chambre, afin d'assurer un développement soutenable et sans risque pour l'AP-HP de ces activités potentiellement porteuses de ressources complémentaires pour l'institution.

S'agissant des remarques sur les marchés de consultants passés par le siège de l'AP–HP, il est important de souligner que le recours aux consultants a été très significativement réduit à compter de fin 2013, pour être quasiment nul pendant les exercices 2014 et 2015, correspondant à une volonté tant de réduire les coûts liés à l'achat de telles prestations, que de s'appuyer davantage sur une expertise interne, compte-tenu des compétences dont dispose l'AP-HP au sein de ses propres équipes.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Martin HIRSCH

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

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France :
www.ccomptes.fr/ile-de-france

Chambre régionale des comptes d'Île-de-France
6, Cours des Roches
BP 187 NOISIEL
77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2
Tél. : 01 64 80 88 88
www.ccomptes.fr/ile-de-france