



Inspection générale
des affaires sociales

Contrôle de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

TOME 1 : RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Huguette MAUSS

Dr. Sylvain PICARD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Jean-Claude DELNATTE

Jean-Yves LAFFONT

Conseillers généraux des établissements de santé

- Janvier 2014 -

2013-065 R

SYNTHESE

- [1] Par lettre en date du 11 mars 2013, Madame la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales a confié à l'IGAS, la mission de contrôle de l'AP-HM. Plusieurs domaines sensibles étaient identifiés : la gouvernance de l'établissement, la situation financière (dette, déficit, perspectives), le projet d'établissement, et notamment le projet médical, le système d'information, le programme d'investissement (projets en cours et priorité pour l'avenir), l'implantation et l'organisation territoriale. Le bilan général de situation doit servir de base à l'élaboration de la feuille de route du nouveau directeur nommé début 2013.
- [2] La mission n'a pas pu dans le temps imparti couvrir l'exhaustivité du champ de l'AP-HM, mais elle s'est attachée aux axes majeurs de la lettre de mission. Elle n'a pas souhaité investiguer des domaines qui vont faire l'objet dans des délais rapprochés de contrôles, en particulier ceux de la qualité et de la sécurité des soins, pour lesquelles une visite de la HAS est imminente dans le cadre de la procédure de certification.
- [3] L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) est le troisième CHU de France. Elle dispose d'une capacité globale de plus de 3 200 lits et places installés en 2013 et son activité est assurée sur 4 sites : en centre ville par les établissements de la Timone et de la Conception, au Sud par les hôpitaux Sud (Sainte Marguerite et Salvador), au Nord par l'hôpital Nord.
- [4] Au cours des 10 dernières années, l'AP-HM a engagé plusieurs grands projets dont certains ont été conduits à terme : réorganisation des activités entre les sites Sud et Nord et création d'une plate forme logistique commune ; d'autres sont en cours : le bâtiment médico-technique (BMT) et d'autres encore ont échoué ainsi du dossier patient informatisé ou ont été abandonnés : le pôle Parents-enfants.
- [5] Pendant cette période, l'AP-HM a vu quatre directeurs généraux se succéder et elle a fait l'objet de multiples contrôles, tant par la chambre régionale des comptes (CRC) et la Cour des comptes que par l'IGAS. Ces contrôles ont mis en exergue des dysfonctionnements majeurs et ont débouché sur de nombreuses recommandations de mesures de redressement.
- [6] Au terme de ses investigations, la mission, tout en reconnaissant que certaines de ces recommandations avaient été suivies d'effets, considère que l'amélioration du fonctionnement interne et de la situation financière est lente. L'inertie qui a caractérisé l'établissement pendant des années et la prégnance du poids politique et d'organisations syndicales fortes sont des freins réels à la restauration d'un fonctionnement normal de l'établissement.
- [7] **La gestion de l'AP-HM est peu adaptée aux enjeux et elle est perfectible.**
- [8] Les rapports institutionnels manquent toujours de lisibilité. La bonne distance entre la mairie et les instances de l'AP-HM n'est toujours pas trouvée.
- [9] La mission observe une convergence de vue entre le directeur général et le président de la CME sur la stratégie et le pilotage de l'établissement dans un climat de relative confiance.
- [10] L'année 2013 est marquée par un contexte de profondes modifications. L'arrivée du nouveau directeur général, la refonte de l'organigramme de direction, des mutations et des départs de plusieurs directeurs sont de nature à permettre une redéfinition des fonctions, une réorganisation dans toute la chaîne de commandement et une plus grande lisibilité du pilotage de la structure.
- [11] Plusieurs domaines sensibles ont été identifiés par la mission, sans que ceux-ci soient exhaustifs.

- [12] La mise en place des pôles a été tardive. D'une manière générale, la gestion par pôle souffre de l'absence de définition d'objectifs. Trop hétérogènes ils manquent de structuration et la contractualisation est encore trop souvent embryonnaire.
- [13] Des activités sont gérées de manière archaïque.
- [14] Les archives sont gérées sous forme papier, sans cohérence entre les différents sites. Cette situation est pénalisante à un double titre à la fois pour la bonne gestion du suivi des patients mais également pour les contrôles effectués par les médecins conseils.
- [15] L'autonomie des sites pour la gestion des entrées et des soins externes pénalise la chaîne de facturation et donne une image négative de l'AP-HM. Le manque de qualification des personnels qui sont affectés à ces tâches, les conditions d'accueil des patients, le manque de rigueur dans la gestion sont autant de facteurs négatifs au regard des prestations attendues de ces services.
- [16] **La gestion du personnel et des primes**, objet d'un précédent contrôle est encore à assainir. Globalement, il convient de revenir à un fonctionnement normal des instances de gestion, paritaires et de concertation. Les règles du jeu doivent permettre de traiter de manière identique toutes les organisations siégeant dans les instances et sans privilège d'information au profit d'une seule organisation fut-elle majoritaire. La difficulté à décompter les effectifs en l'absence de tableau des emplois, la mise en œuvre relativement lente des recommandations antérieures, les résultats décevants de la cellule locale d'accompagnement (Clasmo) sont des axes sur lesquels la nouvelle direction doit s'investir prioritairement.
- [17] L'organisation du circuit du médicament est encore perfectible, même si des progrès sont réels. Une réorganisation importante a été conduite mais à la suite d'un accident en 2010 alors que des alertes auraient dû être prises en compte beaucoup plus tôt par l'AP-HM.
- [18] La situation de l'informatique reste toujours préoccupante. L'échec du dossier patient informatisé (DPI) qui a fait l'objet d'un contrôle approfondi de la chambre régionale des comptes, repris par la Cour des comptes dans son rapport public de 2012 est considéré comme illustrant « *les carences de la gestion des marchés informatiques tant d'un point de vue financier qu'organisationnel* ». Au moment des investigations de la mission, tous les enseignements tant sur le plan financier (coût du nouveau DPI, montage avec UniHA) qu'organisationnel (fonctionnement du service informatique et situation des informaticiens) n'ont pas été tirés.
- [19] **La situation financière de l'établissement est toujours inquiétante.**
- [20] Le manque de fiabilité des comptes est une source de critiques récurrentes. Cette situation constitue un obstacle au diagnostic et au pilotage que l'établissement devra surmonter rapidement dans la perspective de la certification.
- [21] La réduction récente du déficit d'exploitation ne conduit pas encore à une situation d'équilibre durable. En dépit des aides allouées, l'objectif de retour à l'équilibre est toujours repoussé ; malgré deux contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) en 2006 et 2009 et le placement de l'établissement sous surveillance du comité des risques financiers, le retour à l'équilibre n'est actuellement prévu qu'en 2014.
- [22] Les efforts pour y parvenir sont encore insuffisants. Les charges de personnels ne sont suffisamment maîtrisées et continuent de s'accroître malgré des mesures coûteuses de départs volontaires et la création d'une plate forme logistique qui devait permettre des économies substantielles dans les fonctions supports. Les achats et services extérieurs augmentent encore à un rythme élevé que ce soient les charges à caractère médical, celles à caractère hôtelier et général ou encore les charges financières (conséquences du surendettement).
- [23] La progression des recettes certes faible est due essentiellement à une amélioration du codage plutôt qu'à une augmentation d'activité. La valorisation du patrimoine offre encore des potentialités importantes. Des cessions ont déjà été réalisées mais l'AP-HM n'a pas fait preuve

d'un grand dynamisme. De nombreux terrains ont été mis à disposition de tiers (Etablissement français du sang, Institut Paoli Calmette...) dans le cadre d'autorisation d'occupation temporaire du domaine public (AOT) assorties de conditions défavorables pour l'établissement.

- [24] L'AP-HM est très fortement endettée, conséquence de l'accumulation des déficits, d'un besoin en fond de roulement mal maîtrisé et d'une politique d'investissement ambitieuse et coûteuse.
- [25] L'effort de redressement s'avère impératif. Il doit être une préoccupation majeure et aller au-delà du strict retour à l'équilibre comptable. Cet objectif d'une réelle amélioration financière sera fondamental pour assurer l'avenir de l'AP-HM.
- [26] **Les ambitions de l'AP-HM au sein de l'offre de soins de Marseille et de la région** ne peuvent reposer sur son seul statut de grand CHU. La stratégie et les choix organisationnels doivent tenir compte de la réalité locale et s'adapter à l'environnement.
- [27] La restructuration de l'AP-HM conduite depuis quelques années vise à améliorer le fonctionnement interne en évitant les doublons entre les différents sites. La thématization des sites engagée depuis 2010 doit être poursuivie et intensifiée, selon le schéma suivant.
- [28] Hôpital Nord : traumatologie, urgences adultes, oncologie, maternité niveau 3, médecine et chirurgie fœtale, maladies thoraciques dans ses composantes médicales et chirurgicales, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives, urgences pédiatriques ;
- [29] Hôpital de la Timone : neurosciences, oncologie, pédiatrie de recours et maternité niveau 3, maladies cardiovasculaires, urgences adultes et post urgence, digestif, traumatologie et rachis, urgences pédiatriques ;
- [30] Conception : médecine et chirurgie ambulatoires, uro-néphrologie, endocrino-nutrition, tête et cou, brûlés et chirurgie plastique, médecine interne, psychiatrie ;
- [31] Hôpitaux Sud : Institut appareil locomoteur, activités de soins en lien avec le vieillissement, médecine physique et de réadaptation, médecine du sport, santé publique, psychiatrie et troubles de l'adolescence ;
- [32] Compte tenu des contraintes financières, les projets de l'AP-HM doivent s'inscrire dans un cercle vertueux d'une recherche d'une meilleure adéquation entre des projets répondant aux exigences de sécurité et aux besoins de la population. Les chantiers majeurs visent l'ouverture du BMT et sa montée en charge qui doit permettre une plus grande rationalité dans la prise en charge des urgences, de l'organisation des plateaux techniques et des services d'hospitalisation, la mise en sécurité des immeubles de grande hauteur (IGH) et le transfert de la maternité.
- [33] L'AP-HM ne peut plus s'inscrire dans des projets ambitieux sans rapport avec ses capacités financières.
- [34] Une communication interne et externe sur la stratégie de l'AP-HM sera indispensable pour faciliter la lisibilité et l'acceptabilité des choix opérés.
- [35] Des échanges réguliers et formalisés avec l'ARS sont encore à développer afin que les objectifs et la stratégie soient partagés tant sur le fonctionnement interne que sur le positionnement de cet établissement dans le panorama de l'offre de soins locale et régionale et au regard du projet régional de santé (PRS) et du schéma régional d'organisation des soins (SROS).

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
1 UNE GESTION INADAPTEE AUX ENJEUX.	12
1.1 Des rapports institutionnels influent négativement sur la lisibilité de l'action	12
1.1.1 Le fonctionnement des instances.....	12
1.1.2 Une équipe de direction qui manque de cohérence	14
1.2 Une gestion perfectible.....	16
1.2.1 Des pôles mis en place tardivement	16
1.2.2 Un exemple de gestion perfectible : la gestion artisanale de l'archivage.....	19
1.2.3 De nombreux partenariats mais une absence de suivi des conventions	20
1.2.4 L'autonomie des sites pour la gestion des bureaux des entrées et des soins externes est un des freins à l'efficacité de la chaîne de facturation	20
1.3 Le Contrat de performance, un cadre ambitieux mais trop formel.....	22
1.3.1 Un objectif d'accompagnement d'une transformation de grande ampleur.....	22
1.3.2 Deux chantiers majeurs : pôles et BMT n'ont pas été menés à terme	23
1.4 La gestion du personnel et les primes	24
1.4.1 L'organisation de La DRH.....	24
1.4.2 Le suivi des effectifs	25
1.4.3 Une évolution positive sur les crédits d'intérim et d'heures supplémentaires	25
1.4.4 Le suivi des recommandations de l'IGAS.....	26
1.4.5 Le dispositif CLASMO détourné de ses objectifs	27
1.4.6 La revendication récurrente relative à l'indemnité de résidence.....	29
1.5 L'organisation du circuit du médicament de l'AP-HM est longtemps restée déficiente	30
1.5.1 Des éléments d'alerte concernant le circuit du médicament à l'AP-HM qui n'ont pas donné lieu immédiatement aux prises de décisions qui s'imposaient.....	30
1.5.2 Les autorités de l'AP-HM ont pris en 2010 la décision de traiter la problématique du médicament de façon vigoureuse.....	31
1.5.3 La réorganisation en cours de l'activité de la PUI stérilisation de l'AP-HM doit être menée à son terme conformément aux observations de l'ARS	35
1.6 La situation du système d'information reste toujours problématique.....	36
1.6.1 Une situation qui a peu évolué depuis le constat de la chambre régionale et de la Cour des comptes	36
1.6.2 Le schéma directeur du système d'information (SDSI) n'a pas été revu malgré l'échec du DPI	37
1.6.3 Un effectif dont le niveau de compétence est insuffisant malgré les grades attribués aux agents	39
1.6.4 Le nouveau marché pour le DPI repose sur des marchés à bons de commande	42
1.6.5 Le rôle important de l'AP-HM dans les marchés conjoints avec UniHA	43
2 UN ETABLISSEMENT CHRONIQUEMENT DEFICITAIRE ET SUR ENDETTE.....	45
2.1 L'appréciation de la situation financière se heurte au manque de fiabilité des comptes	45
2.1.1 La fiabilité et la qualité des comptes sont perfectibles.....	45
2.1.2 Des décisions ont été prises pour se préparer à la certification	53
2.2 La réduction récente du déficit d'exploitation ne conduit pas encore à une situation d'équilibre durable	54
2.2.1 Une exploitation chroniquement déficitaire, en dépit des aides allouées	54
2.2.2 Un objectif de retour à l'équilibre toujours repoussé.....	56
2.2.3 Les voies et moyens du retour à l'équilibre sont connus mais les efforts pour y parvenir demeurent encore insuffisants.....	59

2.3	Le niveau élevé de la dette et les risques qu'elle comporte pèsent sur l'exploitation et compromettent la réalisation de nouveaux projets d'investissement.....	74
2.3.1	Un niveau d'endettement excessivement élevé.....	74
2.3.2	Une dette risquée	75
2.3.3	Le recours à un endettement aussi massif tient à trois causes	76
2.3.4	Une politique d'investissement ambitieuse et couteuse.....	82
2.3.5	Le surendettement compromet le retour à l'équilibre d'exploitation et interdit la poursuite de l'effort d'investissement.....	86
2.3.6	L'effort de redressement doit aller au-delà du retour au strict équilibre comptable	89
3	LES AMBITIONS DE L'AP-HM ET SA STRATEGIE	91
3.1	La restructuration de l'AP-HM.....	91
3.1.1	Le projet hospitalier 2010-2014.....	91
3.1.2	La situation des quatre sites en mai 2013 est d'ores et déjà le reflet de la démarche de thématisation initiée à partir de 2004 et qui s'est accélérée en 2010.....	92
3.1.3	Le CPOM et le bilan en cours	95
3.2	De nombreux projets élaborés par l'AP-HM ont souffert d'un déficit de pilotage.....	97
3.2.1	Le BMT est en cours de livraison.....	97
3.2.2	La maternité de la Conception ne peut être maintenue en l'état.....	98
3.2.3	Un projet imposé à l'AP-HM : l'IHU	99
3.3	Implantation et organisation territoriale.....	100
3.3.1	L'offre de soins dans le département des Bouches du Rhône est importante.....	100
3.3.2	Dans ces conditions, l'AP-HM a déjà entrepris un important travail de restructuration qu'elle doit poursuivre.....	101
3.3.3	Toutefois, l'attention doit être attirée sur quelques situations particulières.	102
	LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	107
	LETTRE DE MISSION.....	109
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	111
	OBSERVATIONS DE L'AP-HM ET REPONSES DE LA MISSION	117
	OBSERVATIONS DE L'ARS PACA ET REPONSE DE LA MISSION	135
	LISTE DES ANNEXES :	143
	SIGLES UTILISES	145
	BIBLIOGRAPHIE.....	147

RAPPORT

- [36] Par lettre en date du 11 mars 2013, Madame la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales a confié à l'IGAS, la mission de contrôle de l'AP-HM. En préalable, plusieurs domaines sensibles étaient identifiés : la gouvernance de l'établissement, la situation financière (dette, déficit, perspectives), le projet d'établissement, et notamment le projet médical, le système d'information, le programme d'investissement (projets en cours et priorité pour l'avenir), l'implantation et l'organisation territoriale. Le bilan général de situation devra servir de base à l'élaboration de la feuille de route du nouveau directeur nommé début 2013.
- [37] La mission a conduit des investigations sur place, a rencontré les représentants des différentes institutions concernées et divers partenaires.
- [38] Des constats ont pu être dressés sur les principaux thèmes identifiés dans la lettre de mission et pour chacun, la mission s'est attachée à dresser un diagnostic et, à partir de la mise en œuvre ou non des recommandations émises par les corps de contrôle (Chambre Régionale des Comptes, Cour des Comptes, IGAS), à établir un constat quant à l'état d'avancement des projets et à identifier les difficultés susceptibles d'être rencontrées. Enfin, des préconisations sont formulées afin de permettre au niveau directeur de s'engager dans une démarche d'évolution de la structure. La lettre de mission au directeur devra stabiliser les engagements et le processus d'accompagnement pour le suivi des dossiers et leur réalisation.

Introduction

- [39] L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) est le troisième CHU de France, elle assure des missions importantes de recherche et de formation, en lien avec l'université d'Aix-Marseille, de soins de proximité pour les habitants de l'agglomération et de soins de recours, hautement spécialisés pour l'ensemble de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- [40] Avec une capacité globale de plus de 3 200 lits et places installés en 2013, l'activité de l'AP-HM est assurée sur 4 sites : en centre ville par les établissements de la Timone et de la Conception, au Sud par les hôpitaux Sud (Sainte Marguerite et Salvador), au Nord par l'hôpital Nord.
- [41] Au cours des 10 dernières années, l'AP-HM a engagé plusieurs grands projets, certains ont été conduits à terme : réorganisation des activités entre les sites Sud et Nord, la création d'une plateforme logistique commune, d'autres sont en cours : le Bâtiment médico-technique, d'autres ont échoué : le dossier patient informatisé, ou ont été abandonnés : le pôle Parents-enfants.
- [42] Au cours de ces 10 années, l'AP-HM a fait l'objet de plusieurs contrôles, tant par la chambre régionale des comptes (CRC), par la Cour des comptes que par l'IGAS et a vu quatre directeurs généraux se succéder sur cette période.
- [43] Pendant la même période, le cadre législatif et réglementaire des établissements hospitaliers a évolué (T2A, SROS/PRS, pôles, gouvernance..) et le positionnement des établissements dans leur environnement a changé en raison d'une recherche d'une plus grande complémentarité entre les acteurs offreurs de soins qui n'exclut pas une réelle concurrence notamment avec les offreurs privés. L'AP-HM n'a pas échappé à ces contraintes mais elle n'a pas su anticiper et accompagner avec la même capacité d'adaptation que les autres structures hospitalières ces mutations profondes. Les raisons de cette inertie sont nombreuses et complexes : une situation financière particulièrement dégradée, des difficultés de gouvernance, de pilotage et de cohésion au niveau de

la présidence de la CME, des choix organisationnels non pertinents notamment en matière informatique et un patrimoine vétuste.

[44] Depuis 2003, les différents rapports de contrôle ont mis en exergue les difficultés auxquelles l'établissement a été confronté mais surtout les carences graves dans la conduite de l'établissement.

[45] Ce ne sont pas moins de 10 rapports qui ont été produits uniquement sur l'AP-HM : 4 de la chambre régionale des comptes, 1 de la Cour des comptes, 5 de l'IGAS. La mission a été étonnée à la fois par l'importance des remarques faites, notamment dans la gestion administrative et par leur grande stabilité.

[46] En 2003, le rapport de l'IGAS concluait que si le projet médical de 1999 était un atout et que quelques restructurations avaient été menées, la régularité restait trop souvent trop formelle, que le souci d'efficacité économique n'était pas assez présent et que le pilotage était déficient. Il recommandait notamment à l'AP-HM :

- sur le volet financier d'avoir une vision claire de ses engagements, d'en évaluer le risque financier, de remettre en ordre sa section d'investissement et de sortir du pilotage à vue ;
- sur les dépenses : pour le personnel, de maîtriser l'évolution qualitative et quantitative en regroupant les services et de mettre en place un plan d'adaptation des effectifs, pour la pharmacie, de maîtriser les achats, de résorber les stocks et d'informatiser les prescriptions, pour les activités logistiques de réorganiser la fonction linge et la blanchisserie, les transports sanitaires et la restauration.

[47] Ces recommandations supposaient que l'AP-HM s'engage dans d'importantes cessions d'actifs et s'attelle à une refonte complète du fonctionnement de l'établissement en clarifiant les responsabilités entre l'échelon central et les sites, en renforçant les compétences techniques y compris dans l'encadrement intermédiaire et par un réel pilotage de la gestion des ressources humaines, en procédant à une remise en ordre des procédures de recrutement, en renouvelant l'équipe de direction par des recrutements de haut niveau, en allégeant les procédures afin de passer directement aux plans d'action et par une refonte du système d'information médicale.

[48] Les rapports produits les années suivantes par la Chambre régionale des comptes et par la Cour des comptes ont confirmé la persistance des dysfonctionnements.

[49] Le rapport de la CRC de 2004 relatif aux modes de passation des marchés de travaux critiquait notamment les analyses insuffisantes pour la définition des besoins que ce soit pour l'installation électrique à la Timone et de la Conception, des travaux à l'hôpital Nord, ou encore les marchés de travaux de réhabilitation des laboratoires sans recueillir l'avis préalable du service utilisateur et sans programme précis.

[50] Les rapports de la CRC de 2010 :

- l'un relatif aux services et marchés publics informatiques de l'AP-HM, repris ensuite par la Cour des comptes dans son rapport public de 2012 sous le titre « *l'AP-HM : l'échec de son projet d'informatisation du dossier du patient* », mettait en évidence l'incapacité de l'AP-HM à gérer un projet trop ambitieux malgré des moyens financiers et humains très importants,
- l'autre relatif à la situation financière recommandait d'apporter plus de rigueur dans la comptabilisation des provisions, d'améliorer la mise en œuvre de codage des actes, de poursuivre la valorisation des prestations entre pôles et d'optimiser l'utilisation des capacités d'accueil.

[51] Le rapport de la CRC sur la gestion du personnel de l'AP-HM en 2011 soulignait que les mesures relatives aux ressources humaines n'avaient eu qu'un impact très limité dans le plan de retour à l'équilibre, que la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des

compétences avait été très tardive, malgré les recommandations de la Chambre en 2004 et que des rémunérations sans bases légales particulièrement coûteuses devaient être supprimées (astreintes non dérangées, prime d'intéressement et prime de présentisme, prime d'objectif, prime spécifique), le recours abusif aux contrats et les mesures irrégulières en faveur de certains cadres de direction, le contrôle insuffisant des astreintes et de l'activité médicale des praticiens).

- [52] L'AP-HM mise sous la surveillance du comité des risques financiers a fait l'objet d'une mission de suivi des établissements à risque financier et d'un rapport IGAS en juillet 2011 (RM 2011-121P).
- [53] Les 2 rapports établis par l'IGAS en novembre 2010 sur le circuit du médicament à la suite d'un accident mortel ont mis en évidence des carences graves portant sur tous les stades de la procédure qui débute par l'acte de prescription jusqu'à celui de l'administration aux patients. Cet accident avait été la conséquence d'une erreur de prescription grossière portant sur un médicament à haut risque réalisée dans le service clinique. Cette erreur n'avait pas été identifiée et corrigée au niveau de la PUI au sein de laquelle n'avait eu lieu ni analyse de la prescription, ni validation par un pharmacien senior.
- [54] L'IGAS avait donc préconisé plusieurs mesures correctives urgentes du circuit du médicament comportant, outre une informatisation des prescriptions et une remise en vigueur des règles de bonnes pratiques de dispensation, une restructuration de l'ensemble des PUI de l'AP-HM.
- [55] Un rapport plus récent de l'IGAS en 2012 relatif au contrôle de la politique de gestion des ressources humaines de l'AP-HM cible au travers de 45 recommandations 4 grands domaines (la gestion des effectifs, les rémunérations, la fonction ressources humaines et l'organisation du dialogue social) pour lesquels des actions de redressement de la situation et de retour à la légalité sont attendues à court terme.
- [56] Malgré cette attention portée par les différents corps de contrôle au cours des dernières années et les recommandations pragmatiques qui étaient formulées, la situation ne semble pas s'être améliorée significativement.
- [57] La situation est résumée de manière lapidaire mais explicite par les représentants du personnel lors de l'entretien avec la mission par cette formule « les directeurs ne font que passer, ils amènent leurs équipes mais nous on reste » ; ils se considèrent comme les garants de l'institution et du maintien des situations acquises. Les propos du représentant du syndicat majoritaire qui se dit être le véritable patron de l'AP-HM et rapportés par la presse locale ne sont pas de nature à replacer le débat sur les missions fondamentales que doit remplir un CHU de la taille de l'AP-HM dans un environnement concurrentiel et un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

1 UNE GESTION INADAPTEE AUX ENJEUX.

- [58] Les précédents rapports de contrôle pointent de manière récurrente, une activité « stagnante et comparativement coûteuse¹ », une gestion administrative perfectible², un système de pilotage parfois « éclaté et manquant de cohérence »³ et en conséquence une situation financière inquiétante bien que les derniers résultats soient en amélioration.⁴
- [59] Ils signalent également les difficultés de l'AP-HM à faire évoluer la situation notamment en matière de gestion des ressources humaines puisque par exemple « en matière de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), en 2009, plus de 4 ans après le contrôle de la CRC PACA (...) aucune des observations n'avaient été mises en œuvre »⁵ ou encore : « la gestion des effectifs demeure en retrait des ambitions affichées dans le plan de retour à l'équilibre »⁶.
- [60] Cette situation semble se maintenir malgré des changements réguliers et rapides à la tête de l'institution (4 directeurs généraux en une dizaine d'années).
- [61] La mission en déduit donc que la résolution des difficultés de l'AP-HM ne peut pas dépendre que de son seul directeur général, malgré le travail de qualité et de redressement accompli depuis trois ans. Elle implique au contraire une prise de conscience du fait que la situation financière de l'AP-HM dans un contexte de crise nationale et le développement de la concurrence locale menacent très sérieusement les possibilités de développement de l'établissement.
- [62] Ceci doit se traduire de manière rapide par une évolution de la gouvernance, une amélioration des outils de gestion et un meilleur suivi des procédures administratives.

1.1 Des rapports institutionnels influent négativement sur la lisibilité de l'action

1.1.1 Le fonctionnement des instances

- Le conseil de surveillance

- [63] Si le fonctionnement du Conseil de surveillance n'appelle pas de commentaires particuliers (régularité de la composition, fréquence des réunions, existence de comptes-rendus...) la mission s'est étonnée que ses réunions aient toujours lieu à la mairie de Marseille et non dans les locaux l'établissement.
- [64] Cette situation avait déjà été signalée dans le rapport de contrôle de l'IGAS de janvier 2003 qui avait demandé que l'on mette un terme à cette « habitude tout à fait inadéquate »⁷. Ce même rapport précisait que « l'existence d'un bureau affecté en propre à la présidence du conseil d'administration et la présence occasionnelle dans ce bureau d'un membre du cabinet du maire qui reçoit des candidats aux emplois attestent d'un interventionnisme excessif ». Si ce bureau a été supprimé, au sein de la mairie de Marseille, un suivi de l'AP-HM est assuré par des collaborateurs du Maire dont un ancien cadre de l'AP-HM.
- [65] La mission n'a pas été convaincue par les arguments du président du conseil de surveillance qui, pour justifier que ces réunions aient lieu à la mairie, avançait un souci de tranquillité et de

¹ Rapport IGAS, janvier 2003 p. 7

² Cf. l'organisation de la chaîne de facturation recouvrement, rapport CRC PACA 2010 p.41 et s.

³ Rapport IGAS Décembre 2012 p. 32

⁴ Cf. *infra* et rapport IGAS Décembre 2012 p.10

⁵ Rapport CRC PACA 2010 p. 22

⁶ Rapport IGAS décembre 2012 p. 9 et s

⁷ Rapport IGAS janvier 2003 p. 37

sécurité des séances face à des invasions répétées du conseil par les organisations syndicales. Outre qu'un changement de lieu ne garantit pas la sécurité invoquée, il semble qu'il vaudrait mieux un conseil de surveillance prêt à défendre sur place, même face à une opposition syndicale, les orientations stratégiques et les décisions de l'établissement plutôt qu'une solution qui laisse supposer, même à tort, une trop grande dépendance de l'hôpital aux orientations municipales.

[66] Il convient de recentrer le conseil de surveillance sur sa mission de validation des orientations stratégiques et de contrôle et de mettre fin à l'interventionnisme des élus dans la gestion quotidienne de l'établissement et notamment dans les recrutements.

[67] En matière de gouvernance, les symboles ont toute leur importance et facilitent grandement la prise de conscience nécessaire citée plus haut, d'autant que depuis la loi HPST, les établissements publics de santé sont devenus des établissements publics d'Etat sans rattachement à une collectivité territoriale.

Recommandation n°1 : Les réunions du conseil de surveillance doivent se tenir au sein de l'établissement

- Le président de la CME

[68] La loi du 29 juillet 2009 dite HPST a fait du président de CME un réel numéro deux de l'hôpital. Dans les CHU, en tant que premier vice président du directoire, il participe à la nomination des autres membres médicaux du directoire et est chargé des affaires médicales.

[69] Une convergence de vue avec le directeur est donc nécessaire pour qu'ils définissent un diagnostic commun sur la situation de l'hôpital, les objectifs à atteindre et les moyens pour y parvenir.

[70] Il a été constaté une volonté de la nouvelle direction de nouer d'excellentes relations avec le président de CME et réciproquement. Pour autant, la situation de l'établissement nécessiterait probablement que cet accord soit explicite et que le contenu de la convergence soit écrit et constitue un engagement de faire stable dans le temps pour les deux parties. En effet, la même volonté d'entente avait existé avec les directions précédentes, mais elle n'a pas résisté à l'évolution des prises de position.

[71] Par ailleurs, et même si le président de la CME est un rouage essentiel dans le fonctionnement de l'hôpital, il ne peut constituer l'unique vecteur de communication entre les médecins et la direction. La CME, à la composition réduite et aux objectifs très spécifiques ne peut pas non plus jouer ce rôle.

[72] Il appartient au directeur de définir avec le président de CME des modalités d'information institutionnelle régulières, soit en élargissant le directoire par le biais de la participation de membres invités, soit en réunissant régulièrement l'ensemble des chefs de pôle, soit par toute autre modalité qui assurerait au corps médical une information qui serait suffisante pour qu'il puisse être sensibilisé aux difficultés actuelles de l'établissement et participer à la mise en œuvre des solutions adoptées.

- Les autres instances.

[73] Le fonctionnement des autres instances générales n'appelle pas d'observation particulière (directoire, CTE). Mais le fonctionnement général de l'établissement est marqué par une forte présence syndicale qui ne facilite pas toujours la mise en œuvre des changements nécessaires.

1.1.2 Une équipe de direction qui manque de cohérence

- Un effectif important

[74] L'effectif de l'équipe de direction rémunéré au mois de juillet 2013 est de 44 personnes. 40 exercent réellement, une personne étant en RTT avant départ à la retraite, une autre mise à disposition du Centre National de Gestion (CNG), une mise à disposition à 90% à l'hôpital d'Aubagne et une dernière détachée à 100% dans un autre établissement.

[75] Cet effectif est en diminution par rapport à celui constaté par la dernière mission de l'IGAS de 2003 qui était de 47 personnes⁸. Il peut être considéré comme « normal » si on le compare à celui des CHU de taille comparable⁹.

- Le turn-over des cadres de direction

[76] La mission de 2003 avait pointé la très grande stabilité de l'équipe de direction au contraire de celle des directeurs puisqu'à l'époque 18 cadres de direction sur 47 n'avaient jamais exercé en dehors de l'AP-HM.

[77] La situation est totalement modifiée à ce jour. Sur les 40 cadres de direction, 20 ont été nommés depuis moins de trois ans dont 13 depuis le 1^{er} janvier 2012. Pour autant 12 cadres sont sur le même poste depuis au moins 2005.

[78] Le nouveau directeur général aura donc à constituer une équipe avec des cadres qu'il n'aura pas choisis dans leur très grande majorité. Les recrutements qu'il a effectués depuis son arrivée et les changements d'affectation auxquels il a procédé vont dans le sens de la constitution de cette équipe.

[79] La mission attire son attention sur la remarque formulée par l'IGAS en 2003: « *Le passage de chacun des trois derniers DG a été ponctué de noria ; les collaborateurs qui avaient leur confiance et un poste stratégique se voient rapidement confier des responsabilités moindres dans l'organisation du successeur* »¹⁰.

[80] La permanence de ce constat poserait évidemment la question de la possibilité pour un directeur général d'avoir une équipe complète qui partage ses orientations stratégiques, les différentes strates de cadres de direction laissées par chaque DG successifs ne partageant pas forcément les mêmes orientations et pouvant rentrer en compétition sinon en conflit.

- Une triple logique non maîtrisée

[81] Le fonctionnement de l'équipe de direction semble également pouvoir être amélioré. Il apparaît que la répartition des compétences entre le niveau central des directions fonctionnelles, le niveau local des directions de sites et le niveau opérationnel des directions administratives des pôles n'est pas toujours optimale.

[82] Il s'ensuit une dilution des responsabilités (cinq directions passent leurs propres marchés), des lignes de commandement peu compréhensibles (les bureaux de facturation dépendent des directions de site et non de la direction financière) et des directions qui fonctionnent en autarcie sans communiquer avec les autres.¹¹

[83] La nouvelle direction a repris en main l'organisation des marchés et a réalisé un organigramme nouveau à partir du renouvellement d'une partie de son équipe.

⁸ Rapport IGAS janvier 2003 p. 35

⁹ Nombre de cadres de direction aux HCL : 50

¹⁰ Rapport IGAS 2003 p. 49

¹¹ Voir article 291 et s.

- [84] Ce changement peut être illustré par la nouvelle politique en matière de délégation de signature. Dès son arrivée, le 21 janvier 2013, le nouveau directeur a signé le 23 janvier 2013 une série de délégations de signature. Cette délégation était, à quelques changements de noms près, calquée sur celle du directeur précédent.
- [85] L'objectif était de permettre la continuité du fonctionnement de l'établissement tout en laissant à la nouvelle direction le soin de réfléchir à une nouvelle série de délégations plus conforme à la politique qu'elle souhaitait conduire.
- [86] Le travail a été mené par le secrétaire général et le directeur de cabinet qui ont piloté un groupe de projet sur ce thème. Il a abouti à la fin du printemps 2013 à un projet de délégations¹² respectant les orientations qui avaient été données à savoir, une amélioration de la sécurité juridique par la suppression des délégations collectives, une dissociation dans la procédure des marchés publics entre les directions acheteuses qui les préparent¹³ et la direction générale qui les valide, et la suppression des délégations aux directeurs de pôle qui paraissaient non justifiées compte tenu de l'état d'avancement de la contractualisation interne.
- [87] Ce projet prévoit une organisation en trois plans, une direction générale composée de 4 personnes non compris le directeur général, 18 directions fonctionnelles ayant à leur tête 18 directeurs¹⁴ accompagnés de 7 directeurs adjoints, et 4 directeurs de site accompagnés de 11 directeurs adjoints.
- [88] Cette évolution va dans le sens d'une amélioration de la cohérence des décisions prises notamment en matière de marchés publics dont la dispersion déjà notée par le rapport de l'IGAS de 2003, ne favorisait pas forcément la qualité de l'achat et la régularité de la procédure.
- [89] Il faut toutefois formuler trois remarques :
- il semble important d'intégrer le plus en amont possible la direction des services financiers qui n'était jusqu'alors informée qu'en tout dernier lieu des achats effectués par les directions fonctionnelles ;
 - une centralisation forte avait déjà été réalisée par un directeur général précédent sans résultat probant sur l'organisation générale de l'équipe¹⁵. Il faudra que la direction générale actuelle veille à la fois à ce que la petite équipe de la direction générale ne s'épuise pas à tout vouloir valider et à ce que les directions de sites ne se démotivent pas au motif d'avoir perdu une de leurs anciennes prérogatives, comme elles en ont fait le témoignage à la mission ;
 - enfin, si les délégations fixent un cadre réglementaire, elles ne définissent pas de manière suffisamment précise les relations entre les directions fonctionnelles, les directions de site et l'encadrement des pôles. Il conviendrait que celles-ci soient détaillées dans un document écrit élaboré par la direction générale qui fixerait les missions et moyens de chacune des directions dans un objectif de rationalité bien comprise. A la connaissance de la mission, ce document n'existe pas encore ou ne lui a pas été communiqué, mais une première annonce a été faite en ce sens par le directeur général au directoire du 25 mars 2013 puis au conseil de surveillance du 14 juin 2013¹⁶.

¹² Voir annexe n° 1

¹³ « Sont exclus de cette délégation tous les documents relatifs aux marchés publics dont l'acte d'engagement (à l'exception des marchés sans formalité susvisés), les avenants, les prorogations et les renouvellements de marchés ».

¹⁴ Tous ces directeurs de direction fonctionnelle ou de site de sont pas forcément des directeurs d'hôpital

¹⁵ « Cette centralisation, au demeurant opportune à l'époque était conçue comme transitoire, le temps de remettre en ordre de marche l'hôpital. En fait la seconde étape, à savoir une nouvelle phase, n'a jamais été franchie. Au total, le système est hybride, ni totalement centralisé (l'examen de l'opportunité des dépenses continue de relever des sites) ni totalement déconcentré (les marchés, les engagements et les liquidations échappant aux sites » Rapport IGAS 2003 p. 39

¹⁶ Les objectifs de l'AP-HM Objectif n° 6, alinéa 3 « Se doter des outils et des méthodes adaptés au management décentralisé par pôles en redéfinissant un guide de gestion clarifiant les rôles de chacun

- Un recours très important aux cabinets de conseil et d'audit

- [90] Malgré un encadrement supérieur largement doté en effectifs et en grade, l'AP-HM fait très souvent appel à des sociétés de conseil extérieures pour des montants non négligeables. (700 000 euros dans les derniers 18 mois auxquels il faut ajouter plusieurs audits non chiffrés pour la DSIO). S'il est parfaitement compréhensible que sur des points très techniques pour lesquels la compétence n'existe pas à l'AP-HM, comme par exemple les sujets de fiscalité en situation para commerciale, pour lesquels le recours à des spécialistes est justifié, il est moins compréhensible que l'AP-HM ait dépensé 120 000 euros pour une mission d'accompagnement de la fonction achats, ou 80 000 euros dans une mission d'accompagnement méthodologique pour la constitution d'une Communauté hospitalière de territoire (CHT) avec les CH d'Aubagne et de Martigues.
- [91] Sur ces sujets, l'AP-HM devrait mieux utiliser ses compétences internes.

1.2 Une gestion perfectible

- [92] La mission s'est attachée au travers de l'examen de quelques domaines sensibles à identifier les marges de progrès et des actions à mener dans les meilleurs délais.

1.2.1 Des pôles mis en place tardivement

- [93] L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 a introduit le concept de « nouvelle gouvernance » dans les établissements publics de santé. Elle prévoyait, entre autres, que le découpage en pôles d'activité et la contractualisation interne qui en découlait soient achevés à la fin de l'année 2007.
- [94] L'AP-HM est rentrée relativement tardivement dans le processus puisque ses premiers projets de découpage en pôles datent justement de 2007.

1.2.1.1 Le découpage en pôles

- [95] Par délibération du 26 janvier 2007, le Conseil d'Administration a acté la création de 28 pôles, numérotés de 1 à 29, le pôle 17 ayant été supprimé.
- [96] Trois pôles sont encore en projet, le pôle 30, centre de gestion des blocs à l'hôpital Nord, le pôle centre de gestion des consultations pluridisciplinaires à l'hôpital Sud et le pôle 32 centre de gestion des blocs et de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de la Conception.
- [97] Comme le reconnaît l'AP-HM, la constitution initiale des pôles s'est faite suivant trois logiques :
- la cohérence médicale et universitaire (organe, filière de soins, par type de prise en charge) ;
 - la logique « mixte » médico économique (logique médicale + poids financier du pôle) ou médico-architecturale (logique médicale + cohérence physique);
 - logique « opportune » : association de bonnes volontés (démarche progressive¹⁷).
- [98] Si cette dernière logique est souvent une démarche nécessaire dans une approche pragmatique, une difficulté est rapidement apparue : sur les 28 pôles prévus, 18 étaient des pôles multi sites, c'est-à-dire qu'ils comprenaient des activités réparties sur plusieurs lieux physiques.
- [99] L'argument avancé par l'hôpital pour justifier cet état de fait est que la logique universitaire nécessite de disposer d'une masse critique suffisante, qu'un pôle mono site ne permet pas d'atteindre.

¹⁷ Guide de Gestion et Référentiels de la nouvelle gouvernance de l'AP-HM juin 2011 P. 23

- [100] Si cet argument ne peut pas être rejeté, il faut constater que la dimension gestionnaire inhérente à la nouvelle gouvernance qui repose, parmi d'autres principes, sur une mutualisation des personnels ne peut s'appliquer dans un tel découpage, la mutualisation des personnels travaillant sur des sites différents étant quasiment impossible.
- [101] La mission préconise donc que le découpage des pôles soit revu et que les pôles multi sites soient limités au strict nécessaire.

1.2.1.2 Les contrats de pôles

- [102] Ensuite les choses ont évolué relativement lentement puisqu'il a fallu attendre environ un an (2008) pour que les 3 projets de pôle soient validés : pôle Imagerie, pôle Femmes/Enfants Nord, pôle ADOUE¹⁸. Il faut dire que parallèlement de nombreuses actions de formation étaient organisées pour le corps médical.
- [103] Il faudra attendre encore deux ans pour que soient signés 9 nouveaux contrats¹⁹.
- [104] En juillet 2013, la quasi-totalité des pôles bénéficient d'un contrat constituant une feuille de route pour 4 ans.²⁰
- [105] Par ailleurs, de nombreux documents de procédure ont été écrits dont, notamment le « Guide d'organisation des pôles d'activité médicale et référentiels de la gouvernance hospitalière à l'AP-HM » dont la troisième version date de juin 2011, ainsi qu'un guide méthodologique d'utilisation des CREA. Même si la démarche peut apparaître lente, le bouleversement culturel introduit par la nouvelle gouvernance peut justifier de tels délais dans un établissement de la taille de l'AP-HM.
- [106] En revanche, la mission s'étonne de la signature dès juin 2008²¹, alors que les contrats de pôle étaient loin d'être tous finalisés, d'une délégation de signature consentie à l'ensemble des praticiens hospitaliers responsables de pôles. Cette délégation est très large puisqu'elle autorise les praticiens responsables de pôles à signer « tous actes administratifs, documents relatifs aux affaires du pôle dont ils ont la responsabilité ».
- [107] Le guide cité *supra* détaille de manière précise les 24 procédures de gestion du personnel non médical, celles relatives au personnel non médical, les comptes mouvementés en matière d'achats de médicaments et de dispositifs médicaux, de dépenses hôtelières et même du processus d'intéressement.
- [108] A la date de signature de cette délégation, tous les pôles n'avaient pas de contrat, les effectifs cibles par pôles n'étaient pas fixés avec le pôle tant pour le personnel médical que pour le personnel non médical, et les engagements décrits dans les contrats ne comportaient aucune clause de sanction en cas de non réalisation des objectifs mais uniquement des clauses d'intéressement.
- [109] En l'absence de document, il est difficile de chiffrer quelle est la part de cette gestion par trop libérale dans le déficit de l'établissement, mais il est très probable qu'elle y a fortement contribué, notamment dans la dérive des dépenses de personnel des pôles. (Cf. *infra*)
- [110] C'est donc à raison que l'actuel directeur général a décidé de revenir sur ces délégations, dans l'attente d'une nouvelle rédaction des contrats de pôle.

¹⁸ Anatomie pathologie, gastro-entérologie, chirurgie générale et digestive, chirurgie urologique

¹⁹ Pôle neurosciences cliniques, Pôle médecine physique et réadaptation, Pôle uro-néphrologie, Pôle appareil locomoteur, Pôle investigation clinique et thérapeutique, Pôle parents enfants, Pôle odontologie, Pôle santé publique et information médicale, Pôle Oncologie, Spécialités médicales et Chirurgicales.

²⁰ Sauf les pôles AUR (anesthésie-Urgences-réanimation) de l'hôpital nord et le pôle MIT (médecine infectieuse et tropicale)

²¹ Décision du Directeur Général n° 559/2008

1.2.1.3 Le suivi des contrats

- [111] Dans une note interne datée de février 2013, la Direction du Contrôle de Gestion et de la Contractualisation Interne (DCGCI) de l'AP-HM dresse un bilan critique du processus :
- [112] « *Les contrats signés entre 2008 et 2010 font preuve d'une très grande hétérogénéité, ce qui est le reflet d'une démarche expérimentale qui se précise et s'enrichit au fur et à mesure.*
- La distinction entre ce qui relève des objectifs du pôle et des engagements de l'institution n'apparaît pas clairement (par exemple, l'objectif de contractualisation sur les effectifs qui apparaît au sein de plusieurs contrats dans les engagements du pôle).*
- Des contrats qui sont en apparence plus le reflet des objectifs du pôle que la déclinaison des engagements contractuels externes de l'APHM voire de ses orientations stratégiques (PRE, projet médical).*
- Il ressort enfin une impression de foisonnement d'objectifs et de projets dont les moyens de mise en œuvre opérationnelle ne sont pas explicités et dont les indicateurs d'évaluation font le plus souvent défaut.²² »*
- [113] A ces constats, il peut être ajouté que le suivi annuel des dépenses (semestriel pour les dépenses de personnel) tel qu'il est prévu dans le Guide d'organisation des pôles d'activité médicale, retire tout intérêt à l'examen du compte de résultat du pôle, tant il est éloigné des décisions qui ont entraîné les dépenses.
- [114] A défaut de CREA infra annuel, le contrôle de gestion produit des tableaux de bord mensuels par pôle mais il n'y pas de revue périodique formalisée ; le dialogue de gestion se fait par l'intermédiaire des contrôleurs de gestion référents de pôle, qui participent aux réunions de bureau.
- [115] Les délégations aux pôles, trop larges et sans contrepartie, ne fonctionnent pas vraiment. Le principe est que le chef de pôle dispose d'un pouvoir d'engagement des crédits qui lui sont délégués, sur l'emploi desquels l'acheteur n'exerce pas de contrôle d'opportunité, mais les prévisions de crédits délégués ne sont pas déterminées en fonction des activités et les dépassements ne sont pas sanctionnés. Fin novembre 2012, un tableau de suivi des délégations faisait apparaître un total de crédits consommés supérieurs de 3 M€ aux délégations, certains pôles s'avérant en dépassement sur toutes leurs unités (ex urologie, cardio vasculaire..).
- [116] Quand à l'intéressement, s'il existe sur le papier, il ne porte que sur un montant modeste (1 M€) et n'est d'ailleurs pas mis en œuvre.
- [117] La gestion par pôle souffre, d'une manière générale, de l'absence de définition d'objectifs négociés et annualisés et encore plus d'un tableau des emplois décliné par pôle, ce qui rend malaisé voire impossible le suivi et les éventuels redéploiements d'effectifs, la dernière tentative en ce sens, en janvier 2012, ayant conduit à un échec.
- [118] Devant ces constats, et dans le cadre du contrat de performance passé avec l'ANAP et l'ARS, un accompagnement de l'AP-HM par l'ANAP a été décidé. L'amélioration de la gestion par pôles était l'un des 8 chantiers qui constituaient ce contrat de performance.
- [119] A la date du contrôle, le sujet reste d'actualité. Quelques semaines après sa prise de fonction, le nouveau directeur général de l'AP-HM a fait part de son souhait de réorienter la fin d'accompagnement du consultant sur le chantier « pôles » vers l'actualisation du diagnostic produit en décembre 2012. L'ANAP a donné son accord à cette réorientation en précisant toutefois que le consultant ne saurait être sollicité dans le cadre de ses prestations contractuelles avec l'ANAP au delà du 22 mai, date de fin du marché.

²² DCGCI note au Directeur Général février 2013

- [120] Par ailleurs, dans le document d'orientation présenté au directoire du 25 mars 2013 puis au conseil de surveillance (annexe 2), le Directeur Général (sixième objectif, alinéa 3) confirme qu'il souhaite « se doter des outils et des méthodes adaptées au management décentralisé par pôle ».
- [121] Un nouveau système de reporting est proposé aux pôles depuis le premier trimestre 2013. Disponible sur l'intranet de l'AP-HM, ce tableau de bord propose des données sur 4 axes : finances, activité, performance et organisation/ressources. Ce nouvel outil devra permettre un suivi infra annuel de l'évolution des principaux objectifs médico-économiques du contrat de pôle.

Recommandation n°2 : A l'occasion de la mise en place des restructurations en cours et de celles qui sont prévues, un redécoupage des pôles doit être opéré de manière à limiter les pôles multi-sites. Chaque pôle doit faire l'objet d'un contrat avec des objectifs précis et assorti de délégations ciblées et de modalités de suivi régulières.

1.2.2 Un exemple de gestion perfectible : la gestion artisanale de l'archivage

- [122] Le service des archives de l'AP-HM gère l'ensemble des dossiers médicaux qui lui sont versés ainsi que les archives médico-techniques et les archives administratives de toute nature. (cf. annexe 3)
- [123] Ce service rattaché à la DSIO comprend 30 agents dont 3 au siège dont le chef de service (ancien responsable de la chaîne TV de l'AP-HM), les autres étant répartis sur les sites : 9 à Conception, 8 à Timone, 7 à l'hôpital Nord et 4 à Sud. Ce service assure l'archivage de 2 500 000 dossiers, soit 35 kms linéaires d'archives et 9 800 m² répartis en centrale mais aussi dans les sites ; les archives médicales sont essentiellement sous forme papier.
- [124] La situation des archives appelle plusieurs remarques. L'absence de standardisation de la gestion des archives est une source de dysfonctionnements majeurs, en termes d'inefficacité et de manque de sécurité pour la recherche de dossiers, de temps perdu pour répondre aux sollicitations. Ainsi les médecins conseils qui effectuent les contrôles T2A sont souvent confrontés à la fois à des délais longs pour obtenir les dossiers et à l'absence de nombreux dossiers, qui sont parfois reconstitués pour le contrôle. Les médecins DIM sont peu impliqués dans la gestion des archives et, dans les services, la gestion des archives repose essentiellement sur les secrétariats médicaux. Or la qualité des données, leur accès et leur conservation sont des exigences élémentaires en matière de données de santé. Enfin la sécurisation des salles d'archives qui est assurée par badge, est, elle-aussi, peu fiable (ainsi, la porte des locaux d'archives a été fracturée alors que la mission était au siège de l'AP-HM).
- [125] En février 2012, le responsable des archives présentait les problématiques non résolues dans son services en soulignant : la qualité de service irrégulière, une production de papier excédant de 40% les destructions annuelles, une insuffisance de locaux d'archivage évaluée à 1 800 m², des mises aux normes de locaux indispensables et coûteuses, pas d'inventaire nominatif des dossiers médicaux, pas d'outil informatique de traçabilité des dossiers médicaux, des séries de dossiers éclatés sur plusieurs sites hospitaliers. Il évaluait le coût comparé d'un traitement en interne de l'amélioration des archives à 1 653 K€ d'investissement, 1 400 K€ de fonctionnement annuel et 1 800 m² supplémentaires à trouver à celui d'une externalisation qui se traduirait par une réelle économie puisque le coût de fonctionnement serait de 1 468 K€ par an mais avec la libération de 9 800 m² de locaux et un gain de 20 ETP libérés.
- [126] Il est incompréhensible que la gestion des archives d'un établissement de cette taille repose en 2013 sur des méthodes artisanales et sur le savoir faire de quelques personnes dans chaque site. Une étude en assistance à maîtrise d'ouvrage en vue de l'externalisation des archives n'a été réalisée qu'en mai 2013 par le cabinet SERDA.
- [127] La mission estime que l'externalisation des archives n'est pas en soi une réponse si l'AP-HM ne se fixe pas, en interne, un double objectif, à la fois organiser le circuit du dossier dans une

perspective de traçabilité et développer une culture commune soignant-administratif sur la qualité et la complétude des informations du dossier. En outre, la mise en œuvre d'un outil informatique adapté pour les archives et connecté avec le DPI est indispensable.

1.2.3 De nombreux partenariats mais une absence de suivi des conventions

- [128] Le nombre de conventions passées avec différents partenaires est évalué à environ 3 000.
- [129] La difficulté à déterminer le nombre de conventions signées témoigne à la fois de la diversité du champ couvert par les conventions mais aussi l'absence de pilotage au niveau de la direction.
- [130] Cette situation a conduit la direction à diligenter un audit en interne afin « d'évaluer si les objectifs recherchés par la conclusion de partenariats sont partagés par l'ensemble des acteurs et si les risques, en particulier juridiques et financiers, liés au processus de conventionnement sont maîtrisés. Dans ce cadre, la mission vise à s'assurer que l'organisation, les procédures et le dispositif de contrôle interne permettent de répondre aux objectifs identifiés d'une politique de partenariat. »
- [131] Les conclusions de l'audit n'étaient pas validées au moment de la rédaction du présent rapport. Cette démarche d'audit répond dans son principe à un triple objectif : sécurisation juridique de l'institution, de ses patients et de ses agents, sécurisation financière et efficacité du circuit.
- [132] Toutes les conventions ne sont pas à enjeux financiers, mais ceux-ci sont importants à la fois au titre des recettes (subvention, aides), au titre des dépenses (subventions versées par l'AP-HM) et au titre des reversements (AP-HM support pour des conventions avec des tiers).
- [133] L'état des lieux au sein de l'AP-HM s'est avéré relativement long, fragile et approximatif ; en effet 9 directions gèrent leurs conventions mais sans un support méthodologique commun et sans pilotage par la direction centrale.
- [134] Cet effort de clarification au sein de l'AP-HM est indispensable pour sécuriser le rôle et les responsabilités de l'établissement dans ses relations partenariales mais aussi et surtout pour assurer une traçabilité financière qui fait cruellement défaut actuellement.

1.2.4 L'autonomie des sites pour la gestion des bureaux des entrées et des soins externes est un des freins à l'efficacité de la chaîne de facturation

- [135] La mise en œuvre de la T2A a eu pour effet d'obliger les établissements à rationaliser le circuit du patient et à réorganiser la chaîne de facturation. L'organisation du bureau des entrées et des soins externes est donc devenue un élément clef de l'efficacité de ce circuit. A l'AP-HM comme dans de nombreux établissements publics, ce service n'était pas considéré comme stratégique lorsque les établissements étaient financés par dotation globale et les personnels qui y étaient affectés étaient peu qualifiés et souvent pléthoriques. Dès 2008, la MeaH et la DHOS ont insisté sur la portée de cette réforme et l'ont accompagnée notamment au travers d'un guide de facturation et procédures d'admission des patients. L'AP-HM est restée très en retard dans cette démarche.

1.2.4.1 Le manque de visibilité de l'organisation au sein de l'AP-HM

- [136] Les effectifs sont abondants, plus de 163 personnes sont affectées aux bureaux des entrées et soins externes : la Conception : 45, Timone Adulte : 36, Timone enfant : 22 hôpital Nord : 60, hôpitaux Sud 20. Les effectifs sont répartis en de multiples points d'accueil avec parfois des situations d'isolement (par exemple 1 seule personne dans un service ce qui pose le problème de son remplacement) et des horaires variables selon les points d'enregistrement.

[137] Les difficultés liées au fonctionnement des bureaux des entrées et soins externes (BE/SE) sont connues de longue date, mais le poids des habitudes semble l'emporter sur la volonté de les faire évoluer. Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer ces difficultés : les personnels sont souvent imposés au site, ils ne disposent pas des qualifications requises (aptitude à l'accueil, pratique d'un ordinateur). Ils sont parfois reclassés des services logistiques. En outre, s'agissant de la facturation, les règles relatives aux régies et les niveaux de délégations sont perdues de vue. Les risques liés à la manipulation des fonds et la responsabilité individuelle des agents sont sous évalués.

1.2.4.2 Des efforts qui manquent de vision globale et insuffisamment volontaristes

[138] Les dysfonctionnements des bureaux des entrées et soins externes ont fait l'objet de plusieurs audits sans que pour autant la situation soit, à ce jour, satisfaisante. Suite à un rapport de la MeaH en 2009 relatif au circuit « facturation recouvrement » à la Conception, le conseil de direction du 25 novembre 2009 avait décidé de modifier l'organisation de ces services.

[139] A compter du 1^{er} janvier 2010 une nouvelle organisation des bureaux des entrées et des soins externes a été mise en place sur la base d'une lettre de la direction aux directeurs de site qui indiquait :

- la gestion des personnels des bureaux des entrées et soins externes est placée sous la responsabilité des directions de site,
- chaque site devra préparer une mutualisation et une polyvalence des bureaux des entrées et des soins externes,
- les relations avec la CPAM et le Receveur resteront de la compétence du DAF,
- le DAF maintiendra l'organisation d'une réunion de coordination tous les 15 jours et devra assurer le rôle d'édiction et de diffusion des procédures.

1.2.4.3 La nécessité d'assurer un vrai pilotage au niveau central rattaché à la DAF

[140] Néanmoins cette organisation n'a pas donné entière satisfaction. Un audit confié à des élèves directeurs d'hôpital réalisé en 2012 sur l'hôpital Nord ne souligne que deux points forts : l'excellent relationnel des agents et l'intérêt de disposer d'un outil informatique PASTEL. Ces points sont immédiatement relativisés par des remarques de fond qui portent essentiellement sur le manque de formation des agents et de professionnalisation de l'encadrement, sur un défaut de management et l'absence de projets collectifs et de réunions communes BE/SE. Le rapport dénonce également l'organisation du travail hyper-segmentée (back office et front office étant des sources de blocage), des agents délocalisés et trop isolés dans les services, des stocks abondants de dossiers non saisis, les litiges non traités, l'absence de lien généralisé et systématisé entre secrétariats médicaux et BE/SE. Les propositions de cet audit se voulaient être très opérationnelles et réalisables à brève échéance ; elles visaient essentiellement à mieux accueillir le patient avec un objectif de temps d'attente inférieur à 15 mn et à l'optimisation du circuit de facturation avec l'objectif de réduire le délai de traitement du dossier à 2 semaines.

[141] Ces constats et préconisations sur un site peuvent être transposés sur les autres sites. Le fonctionnement actuel relève effectivement de la seule responsabilité des directeurs de sites sans pilotage par le niveau central. Les relations avec la CPAM témoignent de l'autonomie des sites, les contacts sont directs et bilatéraux et ne passent pas par la DAF. Les agents de la CPAM ont leurs interlocuteurs directs dans chaque établissement sans que pour autant le problème des rejets de titres de recettes soit réglé au moment du passage de la mission. Cette situation de blocage est susceptible d'entraîner des pertes évaluées à plusieurs millions d'euros pour l'AP-HM. (cf. partie 2 point 2.334).

[142] La mise en place récente du logiciel PASTEL (montée en charge depuis 2011) permet d'améliorer le service mais l'outil informatique ne peut se substituer à une analyse

organisationnelle qui est préalable et indispensable, d'autant qu'une partie du personnel en place depuis des années est réticente à travailler sur informatique. Le recrutement récent d'agents plus jeunes n'est pas suffisant pour créer un levier de productivité dans des équipes où le poids des habitudes et les méthodes artisanales sont un frein parfaitement identifié par la direction (centrale et de site).

- [143] La qualité et la complétude des informations recueillies à l'accueil sont pourtant indispensables pour assurer un bon traitement du dossier jusqu'à la facturation et éviter les retards et les litiges.

1.2.4.4 Une campagne de formation et d'information indispensable

- [144] Après avoir fait un constat du fonctionnement sur chaque site, de la dispersion des agents, du manque de procédures formalisées et standardisées, d'une compétence insuffisante du personnel qui est pourtant en grand nombre dans chaque site, la mission considère qu'une action volontariste doit être menée rapidement sur tous les sites avec des objectifs clairs et un plan d'action pragmatique assorti d'indicateurs.
- [145] Un effort de communication important tant vis-à-vis du personnel non médical et médical que vis-à-vis des patients est indispensable. Une réflexion sur l'optimisation de l'outil doit être conduite pour identifier plus rapidement les patients lorsqu'ils reviennent ou lorsqu'ils passent d'un site à l'autre. Cette non-qualité dès l'entrée (locaux vétustes et conditions de discrétion non remplies) donne une image dégradée et archaïque de l'accueil des patients et ne concourt pas à un souci d'efficacité ni dans la prise en charge, ni dans le paiement des actes. L'identité globale de l'AP-HM ne peut que souffrir de ce déficit de qualité et d'organisation. Un réel pilotage au niveau central rattaché au DAF est indispensable.

1.3 Le Contrat de performance, un cadre ambitieux mais trop formel

1.3.1 Un objectif d'accompagnement d'une transformation de grande ampleur

- [146] Le contrat de performance signé le 31 mars 2011 entre l'AP-HM, l'ARS et l'ANAP visait l'amélioration globale, l'organisation et la gestion de l'établissement, et plus particulièrement la qualité de la prise en charge et du service rendu aux usagers, la performance opérationnelle et financière et l'amélioration des conditions de travail et de l'attractivité pour les professionnels de santé.
- [147] Il venait en appui d'une transformation de grande ampleur engagée par l'AP-HM depuis 2009. L'échéance du contrat avait été fixée à fin juin 2013, le contrat avait pour ambition de réaliser 28 M€ d'impacts économiques résultant soit de réductions de charges soit de recettes supplémentaires. Plusieurs instances en interne à l'AP-HM ou de concertation avec l'ARS ont été mises en place pour assurer un suivi.
- [148] Le pilotage stratégique est porté par le Comité national de suivi (DG de l'ANAP, DG de l'AP-HM, Président de la CME, DG de l'ARS), le directoire de l'AP-HM assure le pilotage stratégique et le comité de liaison ARS/AP-HM a été mis en place.
- [149] Le pilotage opérationnel est porté par le Pôle performance, stratégie, contrôle de gestion et contractualisation. Le contrat a retenu 7 pistes de travail :
- optimiser la chaîne de facturation et de recouvrement
 - optimiser et sécuriser le circuit du médicament
 - développer la fonction et le développement des ressources humaines non médicales et des compétences
 - accroître la performance opérationnelle des pôles

- développer la chirurgie ambulatoire
- définir les organisations cibles du BMT
- inscrire l'organisation de la PDS dans une perspective territoriale et optimiser l'organisation de la continuité des soins.

6 des 7 pistes retenues ont fait l'objet d'un accompagnement par l'ANAP, seule la piste relative à la permanence des soins est assurée par l'AP-HM avec l'ARS et 5 des 6 chantiers financés par l'ANAP ont bénéficié d'un accompagnement confié au groupement General Electric Medical Systems.

- [150] Au total, on peut considérer que seulement 4 pistes ont été approfondies (la chaîne de facturation et recouvrement, le circuit du médicament, la fonction RH, le développement de la chirurgie ambulatoire) et que 2 (pôles et BMT) sont restées « au milieu du gué ». Néanmoins un travail considérable a été réalisé mettant en évidence la très grande hétérogénéité entre les pôles, il a également permis d'identifier neuf thématiques transverses à fort enjeu (cf. annexe 4) pour lesquelles la poursuite des travaux était jugée indispensable, enfin plusieurs plans d'actions étaient à conduire selon un échéancier rapproché.
- [151] Globalement : les pistes de travail retenues correspondent à des priorités bien identifiées et récurrentes, la pertinence des diagnostics est à souligner mais on ne peut que constater une réelle difficulté à mettre en œuvre les objectifs et à passer à la phase opérationnelle. En outre la mesure de l'impact économique est peu outillée et reste trop souvent approximative.
- [152] Ce projet de performance a fait l'objet d'un Copil de clôture le 1^{er} juillet 2013 et d'un bilan au 30 juin 2013. Il en ressort que si l'impact financier est évalué à 38,452 M€, l'équilibre du projet n'est pas atteint. En effet celui-ci reposait sur 30 % de recettes supplémentaires et 70 % de réduction des charges, or ces proportions ne sont pas respectées et même inversées puisque les recettes constituent 76 % de cet équilibre et les réduction de charges seulement 24 %.

1.3.2 Deux chantiers majeurs : pôles et BMT n'ont pas été menés à terme

- [153] Dès juillet 2012, le constat avait été posé de la non atteinte de l'impact économique du chantier « pôles ». Si les recettes étaient en progression, les dépenses ne baissaient pas mais au contraire augmentaient. Les objectifs de ce chantier portaient essentiellement sur l'identification des marges de manœuvre à l'échelle des pôles (allocation des lits et des ressources au regard de l'activité), la recherche des leviers pour accroître la performance des pôles.
- [154] Ce chantier avait pour objectif de faire un diagnostic sur les 22 pôles concernés en se focalisant sur l'adéquation des lits et des ressources en fonction de l'activité, pour faire émerger des leviers permettant l'accroissement de la performance. Un objectif d'amélioration du résultat à hauteur de 8 millions d'euros était prévu, se répartissant à égalité entre un accroissement des recettes et une diminution des dépenses notamment sur les dépenses de personnel.
- [155] Il était prévu également une tranche conditionnelle destinée à permettre l'accompagnement de 10 pôles pour la mise en œuvre de leur plan d'action.
- [156] Dans une note destinée à la mission, l'ANAP a fait le bilan de ce chantier qui s'est révélé assez décevant.
- [157] Un Comité Stratégique de suivi du contrat Performance (COPIL) s'est réuni le 5 juillet 2012 dans les locaux de l'ARS. A cette occasion, il a été constaté que l'impact économique attendu du chantier « pôles » (4 M€ de recette d'activité supplémentaire et 4 M€ de réduction des dépenses de titre 1) ne pouvait être raisonnablement espéré.
- [158] En effet, la tendance observée à l'issue de la phase de diagnostic et d'élaboration des plans d'actions sur ce chantier est que les impacts porteraient plus sur la partie recettes que sur la diminution des dépenses avant l'échéance du contrat (les dépenses de titres 1 avaient augmenté de

4 M€ à fin mai 2012 dans le périmètre du chantier). Dès lors, l'atteinte de l'impact économique prévu au contrat ne pouvait être espérée que sur la période 2014-2015.

- [159] En 2012, à l'issue de la phase de diagnostic, le comité de pilotage opérationnel (COMOP) a constaté que de nombreuses questions restaient à traiter, notait un décalage entre la feuille de route prédéfinie et le besoin réel de l'établissement et que les besoins allaient bien au-delà de l'approche immobilière.
- [160] Le comité stratégique a souhaité réorienter la prestation de l'ANAP pour un nouveau marché portant sur l'accompagnement spécifique, hors contrat de performance, sur le BMT et les pôles. Le contrôleur général économique et financier saisi par l'ANAP s'est opposé à ce nouveau marché. Le comité de pilotage opérationnel (COMOP) a donc décidé en septembre 2012 de clôturer le sous chantier « bloc opératoire » du BMT et de poursuivre les deux autres sous chantiers « réanimation » et « urgences » du BMT jusqu'au 31 décembre 2012.
- [161] Dans ce contexte, l'ANAP n'a donc pas apporté un concours spécifique sur ce chantier, s'en est tenu à assister le comité de pilotage et les groupes de travail et à apporter un appui sur les blocs opératoires, le SAU et la réanimation. (n.b. : le BMT fait l'objet d'un développement spécifique en partie 3 de ce rapport).

1.4 La gestion du personnel et les primes

- [162] Le suivi de la gestion du personnel a fait l'objet depuis l'année 2012 de deux rapports de l'IGAS et d'études conduites par l'AP-HM avec le concours d'un cabinet de consultant.²³

1.4.1 L'organisation de La DRH

- [163] La DRH est organisée en deux niveaux : un niveau central (DRH –PS) et un niveau par site (BP). Les bureaux de proximité sont directement sous la hiérarchie de la DRH-PS car depuis une évolution récente, il n'y a plus de DRH par site.
- [164] La DRH-PS au niveau central est responsable de la gestion des carrières, du suivi de la situation familiale des agents, de la paie, de l'organisation des campagnes de notations et promotions, du recrutement et de la formation. La DRH-PS au niveau central joue le rôle de BP du Siège.
- [165] Au niveau de chaque site, le bureau du personnel est responsable de la gestion des temps, du suivi opérationnel des campagnes de notations et promotions, des réponses aux questions des pôles et des agents, et participe aux relations sociales avec le directeur de site et ses directeurs adjoints.
- [166] Les pôles, bien que responsables de leurs effectifs, interviennent peu dans le processus de recrutement. Ils sont en revanche les premiers acteurs des processus de gestion de temps et de notation. Ils participent au sein du site aux relations sociales de proximité.
- [167] Il en ressort des responsabilités partagées entre les différents acteurs, qui aujourd'hui ne sont pas clarifiées et formalisées. Ainsi, en cas de question plus complexe, les personnes se retournent toujours vers les responsables de secteur de la DRH-PS en centrale.
- [168] En synthèse : pour l'AP-HM, l'organisation de la fonction est complexe, peu explicitée. Il est difficile d'appréhender le « qui fait quoi ». Les modes de fonctionnement, non formalisés peuvent être hétérogènes entre site. Il existe peu de mécanismes d'échange de pratiques ou d'animation. Ce n'est pas tant le rattachement hiérarchique des BP à la DRH PS qui pose problème mais la définition du rôle de la direction de site en termes de RH qui est à clarifier²⁴.

²³ Eurogroup consulting, octobre 2012

²⁴ CF document Eurogroup Consulting

- [169] Dans son rapport de 2003, la mission IGAS notait²⁵ : « *la fonction de gestion du personnel non médical est actuellement éclatée entre plusieurs services et souffre du manque de cohésion au sein de l'équipe de direction. Les rôles des hauts dirigeants de l'AP-HM dans la définition d'une politique de ressources humaines ne sont pas clairement définis, et la direction des ressources humaines a souffert d'une grande instabilité de ses titulaires.*²⁶ »

1.4.2 Le suivi des effectifs

- [170] Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que le suivi des effectifs soit compliqué, notamment parce que les différents documents fournis par l'AP-HM ne donnent pas tous les mêmes chiffres et on peut constater des écarts de plusieurs centaines d'agents entre le bilan social 2011, le bilan social 2012 et le compte financier 2012.
- [171] En essayant de comparer ce qui est comparable, il semble que les effectifs se soient accrus entre 2012 et 2011 de 133 ETPR²⁷, ce qui ne peut pas s'expliquer par une augmentation du nombre des agents travaillant à temps partiel, ni se justifier par un accroissement d'activité correspondant.

Tableau 1 : Evolution des effectifs non médicaux de l'AP-HM depuis 2001

Années	Effectifs moyen rémunéré	observations
2001	11 132,4	
2002	11 289,9	Financement de 165 postes RTT
2003	11 573,2	Financement de 285 postes RTT
2004	11 826,6	Financement de 175 postes RTT
2005	11 755,3	
2006	11 647,7	
2007	11 760,9	
2008	11 764,3	
2009	11 720	
2010	11 803,5	
2011	11 738	11 947 (Bilan social 2011) 12 339 (bilan social 2012 - exercice 2011-)
2012	12 343 (compte financier)	12 473 (bilan social 2012 - exercice 2012-)

Source : AP-HM

- [172] Ce tableau illustre les difficultés à avoir des données cohérentes de la part de l'AP-HM.

1.4.3 Une évolution positive sur les crédits d'intérim et d'heures supplémentaires

- [173] Comme elle l'avait annoncé, la nouvelle direction, reprenant et amplifiant un mouvement qui avait été amorcé par la direction précédente, a apporté un soin tout particulier à l'évolution des crédits relatifs aux dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires.

²⁵ Rapport Balmes, Calmon, Métais p.3

²⁶ Situation constatée au second semestre 2012, avant le changement de l'équipe de direction.

²⁷ Source bilan social 2012, indicateur n°1

Tableau 2 : Evolution des charges d'intérim et des heures supplémentaires 2011- 2013

	2011	2012	2013 fin août	2013 prévisions
Heures supplémentaires	11 450 851	9 602 692	5 386 975	8 000 000
Intérim	3 900 693	3 050 857	790 810	1 200 000
Total	15 351 544	12 653 549	6 177 786	9 200 000

Source : AP-HM et calcul IGAS

- [174] Toutefois, une partie de cette diminution de dépenses a été permise par la création de 40 postes supplémentaires et il conviendra de faire un bilan coût/avantage en fin d'année.
- [175] Par ailleurs, le compte financier de 2012 fait apparaître un montant de dépenses d'intérim (3 625 366 €) très supérieur à celui déclaré par la DRH dans le tableau 2.

1.4.4 Le suivi des recommandations de l'IGAS

- [176] Le dernier rapport de l'IGAS d'octobre 2012, portait exclusivement sur des questions de personnel. Il proposait 45 recommandations (cf. annexe 5), 39 sur le personnel non médical, 4 sur le personnel médical et deux recommandations plus générales tendant à faire préciser ou à faire évoluer la réglementation.
- [177] Toutes les recommandations n'ont pas la même importance ni le même degré de réalisation. La plus importante car la plus riche de conséquence nous semble la recommandation n° 22 relative à la coordination entre le directeur et le président de CME qui semble s'être normalisée après une période très difficile.
- [178] Un autre volet important est en voie d'amélioration mais non achevé. Il concerne les recommandations 15 à 21 relatives à l'organigramme de la direction et la définition de la place et du rôle des différentes directions et notamment celle du personnel dans la gouvernance de l'ensemble de l'hôpital.
- [179] De ce point de vue le recrutement d'un nouveau secrétaire général et d'un nouveau directeur général adjoint, en charge notamment du personnel, participe d'un renouvellement nécessaire.
- [180] De la même façon, les nouvelles délégations de signature en date du 23 juillet 2013 qui concentrent au niveau de la direction générale l'ensemble des décisions de nomination des personnels vont permettre un meilleur contrôle sur les effectifs et la qualité des recrutements.
- [181] Une troisième série de recommandations (4, 25) relatives aux remplacements par la constitution d'équipe de suppléance sur chaque site est complètement finalisée. Mais elle a entraîné la création de 40 postes financés par diminution au cours des 6 derniers mois des frais d'intérim et d'heures supplémentaires. Il y a là un pari qui mérite d'être tenté mais qui va nécessiter un suivi très précis.
- [182] Enfin parmi les réalisations qui doivent être signalées, la recommandation n° 26, relative au recrutement des agents en CDD, notamment ceux de catégorie C est mise en œuvre. La création d'une commission de recrutement devrait permettre d'éviter l'arrivée de personnes non qualifiées mais fortement recommandées. La mission souligne cependant qu'elle n'est pas totalement convaincue que la présence d'une commission suffise à juguler ce type de recrutement et appelle la direction à composer ces commissions de manière extrêmement soignée.
- [183] Il doit être mis un terme au système clientéliste qui a longtemps prévalu. Un grand nombre de recrutements de personnels non qualifiés est intervenu pendant de nombreuses années sur recommandations d'élus. Un certain nombre de ces agents, qui se considèrent « protégés » posent des problèmes en raison de leur comportement irrespectueux voire menaçant vis-à-vis des cadres

de proximité dont certains sont découragés. Un point, particulièrement souligné par le corps médical, concerne les brancardiers qui sont mis en cause en raison de la mauvaise volonté dont certains font preuve dans l'accomplissement des tâches qui leur incombent.

- [184] Ainsi, des appréciations faites par un chef de service et relatives à des faits graves et sérieux de la part d'agents dans le cadre du fonctionnement du service ont été remises en cause en commission paritaire. Cette position s'oppose aux principes des procédures règlementaires applicables au sein de l'établissement. Elle discrédite l'autorité représentée par le directeur et désavoue les cadres de santé des services. Elle peut représenter une véritable autorisation de désobéissance, voire légitimer la récidive. La direction ne doit pas faire preuve de renoncement qui serait perçu comme un aveu de faiblesse institutionnelle face à des pratiques inadmissibles. La restauration d'un fonctionnement normal, respectueux de textes participera au retour à un climat de sécurité interne à l'AP-HM.
- [185] La mission ne peut qu'encourager la direction générale pour relever le seuil d'exigence vis-à-vis de certaines catégories de personnels qui n'exécutent pas le minimum de travail attendu d'un agent d'un service public pour parvenir à un fonctionnement normal de l'hôpital. En outre, il convient de mettre fin à la situation réservée à une organisation syndicale, à la pointe de la contestation pour préserver des « droits acquis » fût-elle majoritaire et de la considérer comme les autres, sans privilège d'information et en évitant de lui laisser son rôle traditionnel de « conseil » en recrutement.
- [186] En revanche, deux séries de recommandations importantes ne sont pas réalisées : toutes celles (8, 10, 11, 34, 35, 35) relatives à la stricte application de la réglementation en matière de versement de primes et de calcul du temps de travail²⁸.
- [187] Toutefois, le versement de la prime pour compensation des astreintes non dérangées a été suspendu au 30 juin 2012 dans le cadre du retour à la légalité, conformément aux recommandations du rapport IGAS 2012-094 P.
- [188] Enfin, et de manière incompréhensible, la mission ne dispose pas ce jour d'un document décrivant l'organisation du bâtiment médico technique (BMT) de la Timone ainsi que les effectifs correspondants (Recommandation N°5).

1.4.5 Le dispositif CLASMO détourné de ses objectifs

- [189] La mise en œuvre de la révision du plan stratégique de l'AP-HM s'est traduite par une réorganisation en profondeur entre les 4 sites hospitaliers et par des transferts non seulement d'activité intersites mais également de personnels et devait se traduire par une réduction du nombre de postes non soignants. Plus de 1 300 agents étaient et sont encore concernés par ces mouvements et 375 départs étaient envisagés. En accompagnement de cette réorganisation, l'AP-HM a bénéficié d'une aide financière et d'un dispositif d'accompagnement qui se poursuit.
- [190] L'intervention de la cellule locale d'accompagnement social à la modernisation (CLASMO) est encadrée par des textes²⁹ qui en définissent les principes et modalités de fonctionnement. Des textes récents, la circulaire du 22 avril 2011 et celle du 8 juin 2012 ont rappelé les principes généraux qui devaient être respectés dans le cadre de l'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé et les supports financiers (Fonds d'Intervention Régional) mobilisables.
- [191] Une CLASMO a donc été mise en place le 1^{er} septembre 2009 via une convention d'agrément entre l'ARS de PACA et l'AP-HM. Dans le cadre des opérations de restructuration, cette cellule avait pour objet de favoriser l'accompagnement social et pour mission d'informer,

²⁸ L'établissement est toujours dans l'attente d'une réponse de la direction des affaires juridiques du ministère de la santé et des affaires sociales, saisie par la DGOS sur l'attribution des primes aux contractuels.

²⁹ La circulaire du 11 mars 2010 et l'instruction et 8 avril 2010.

d'accueillir, conseiller les agents éligibles à une mobilité. A ce titre, l'AP-HM a bénéficié d'un financement du Fonds de modernisation des établissements de santé (FMESPP) à hauteur de 20 571 350 € pour la période 2009-2013 (le financement est assuré depuis 2012 sur le FIR).

[192] Mise en place avec l'appui de l'ANAP, cette cellule a fait l'objet d'un document AP-HM « retour d'expérience » disponible sur le site de l'ANAP.

Tableau 3 : Cadre financier prévu pour la CLASMO de l'AP-HM

Mesures FMESPP	nombre d'agents pas mesure		Coût total estimé	
	Prévu	réalisé	prévu	réalisé
Indemnité de départ volontaire	375 (94/an sur 4 ans)	225	15 281 350 €	9 648 058.36€
Remboursement des actions de conversion	15 à 20 agents par an	36	3 000 000 €	807 084.73 €*
Indemnités de mobilité et déménagement	20 déménagements par an (260 mobilités par an)	617	1 250 000 €	386 732.16 €
Cellule d'accompagnement social (4 sites à coordonner)	52 000 € par site sur 3 ans (éventuellement renouvelable)		1 040 000 €	939 275.51 €
Total pour la période 2009-2013			20 571 350 €	11 781 150.76 €

Source : AP-HM pour la mission, *pour 2013, les montants sont estimés

[193] La mission constate que si l'objectif quantitatif de la CLASMO est partiellement atteint en encourageant des départs, même si selon la direction de l'hôpital, 55 % des dossiers ont été arrêtés en cours de procédure, la mise en œuvre appelle des remarques. En l'absence de tableaux des emplois au sein de l'AP-HM, l'instruction des dossiers est réalisée au cas par cas, sans analyse réelle des besoins. Comme le soulignait déjà la chambre régionale des comptes, ce dispositif permettait des effets d'aubaine, ainsi de nombreux agents proches de la retraite en ont bénéficié et notamment deux directeurs et deux ingénieurs et des agents « actifs ».

[194] Le bilan au 30 juin 2013 montre que les crédits prévus pour ce dispositif n'ont été consommés qu'à hauteur de 57 %.

➤ Les aides au départ ont été utilisées à 63 %, pour 225 personnes ayant bénéficié d'une Indemnité de départ volontaire (IDV), d'un montant moyen de 42 880 euros :

190 ont plus de 54 ans dont 17 plus de 60 ans et seulement 35 ont moins de 54 ans (23 actifs et 12 sédentaires)

149 aides ont été accordées à des personnels actifs (âge de départ à la retraite 55 ans) dont 126 avaient plus de 55 ans et 76 à des personnels sédentaires

➤ Les aides à la mobilité et les actions de conversion ont été moins sollicitées que prévu (respectivement 31 % et 27 %)

➤ En revanche, les crédits affectés au fonctionnement de la cellule ont été utilisés à hauteur de 90 %

[195] Pour mémoire : pour bénéficier de l'indemnité de départ volontaire (IDV), deux conditions doivent être réunies : le poste doit être supprimé et l'agent ne doit pas être susceptible, dans les 2 ans suivant la date de son départ, de bénéficier d'une retraite à taux plein ou du fait de la limite

d'âge³⁰. Le montant de l'IDV ne peut dépasser 45 734.71€ et n'est pas soumis à l'impôt sur le revenu.

- [196] Globalement, le bilan de la CLASMO ne peut être que décevant au regard des objectifs attendus de ce dispositif qui n'a pas permis de réduire réellement les effectifs mais a servi essentiellement d'aide au départ à la retraite par le biais de primes exonérées d'impôt, pour des personnes bien informées.

1.4.6 La revendication récurrente relative à l'indemnité de résidence

- [197] Les responsables de l'AP-HM font valoir que celle-ci supporte des surcoûts salariaux en raison du taux de l'indemnité de résidence applicable à Marseille, en vertu des dispositions de l'article 9 du décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation. Cet article précise que les taux de l'indemnité de résidence sont fixés suivant les zones territoriales d'abattement de salaires telles qu'elles sont déterminées par l'article 3 du décret du 30 octobre 1962, soit :

Tableau 4 : Zones de salaires

ZONES DE SALAIRES	TAUX (en pourcentage)
Sans abattement	3 %
Comportant un abattement de 2,22 p. 100	1 %
Comportant un abattement de 3,11 p. 100 à 6 p 100	0 %

Source : Décret du 30 octobre 1962

- [198] Le classement des communes dans les dites zones, qui résulte d'une circulaire du 12 mars 2001, place Marseille dans une zone sans abattement, entraînant pour les agents publics qui y exercent leurs fonction le bénéfice de l'indemnité de résidence au taux de 3 %.
- [199] Le surcoût que cette disposition impose à l'AP-HM, qu'elle évalue à 8,5 M€,³¹ est indéniable, car en dehors de l'Île de France et de la Corse, où s'applique un coefficient géographique, tel que prévu par les articles L162-22-10 et R162-42-1 du code de la sécurité sociale, elle est l'un des rares établissements hospitaliers assujettis au paiement de l'indemnité de résidence à ce taux ; seule une partie du Var, ainsi que St Nazaire et quelques communes environnantes de Loire atlantique sont classées en zone sans abattement.
- [200] La demande de compensation formulée par l'AP-HM paraît donc recevable d'autant que les surcoûts invoqués peuvent entrer dans les définitions données par les articles L 162-22-10 et R 162-42-1 précités

Art L 162-22-10 CSS : « I -Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

.....

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée. »

³⁰ Circulaire DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels de établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

³¹ Rapport de présentation de l'EPRD 2013, p 9

Art R 162-42-1 CSS : « Pour le calcul du coefficient géographique, il est notamment tenu compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées. Ces zones sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

[201] La mission IGAS diligentée sur les ressources humaines (RM 2012-131 P) avait déjà considéré que cette charge particulière devait être compensée soit par un aménagement tarifaire soit pas une contribution exceptionnelle exclusive de toute aide particulière.

Recommandation n°3 : La maîtrise des effectifs, la fiabilité des chiffres et le retour à la légalité la plus stricte sont des objectifs prioritaires. Il doit être mis fin aux procédures de recrutement ou de reclassement atypiques gérées au détriment des intérêts de l'AP-HM.

1.5 L'organisation du circuit du médicament de l'AP-HM est longtemps restée déficiente

1.5.1 Des éléments d'alerte concernant le circuit du médicament à l'AP-HM qui n'ont pas donné lieu immédiatement aux prises de décisions qui s'imposaient

[202] L'inspection régionale de la pharmacie a procédé à un état des lieux afin d'évaluer les modalités organisationnelles des activités de préparation des médicaments anticancéreux sur le site de la Timone en 2006.

[203] Le rapport a mis en évidence de nombreuses non-conformités. Les manipulations étaient réalisées dans des conditions non-conformes aux règles de bonne pratique de pharmacie hospitalière (arrêté du 21 juin 2001). L'organisation était celle d'actes infirmiers au lieu d'une organisation pharmaceutique. Les documents de traçabilité étaient incomplets ou inexistantes. Les calculs de posologies n'étaient pas vérifiés par des pharmaciens. Certains sites de reconstitution n'étaient pas équipés de hottes à flux d'air ou de systèmes équivalents.

[204] Le rapport concluait qu'un regroupement des reconstitutions dans un même local avec prise en charge pharmaceutique s'imposait.

[205] Aussi, le directeur général de l'ARH a mis en demeure les autorités de l'AP-HM de faire cesser les dysfonctionnements mettant la sécurité des personnes en péril en mettant en place les actions préconisées par le rapport d'inspection.

[206] A la suite d'un incident ayant entraîné la mort d'un patient en 2010, une mission de l'IGAS a été diligentée. Elle a constaté que les préconisations du rapport précédent n'avaient pas été mises en place et a remis un rapport³² comportant 16 recommandations dont les principales peuvent être résumées comme suit :

- ✓ définir une politique du médicament dans ses différents aspects
- ✓ faire du projet pharmaceutique une partie intégrante du projet médical
- ✓ assurer l'informatisation du circuit du médicament
- ✓ prendre en compte la dimension organisationnelle et managériale de l'informatisation du circuit du médicament

³² Rapport n°RM2010-112P

- ✓ inscrire la dimension médico-économique de la politique du médicament dans le projet d'établissement
- ✓ renforcer l'investissement conjoint de la CME et de la COMEDIMS dans l'analyse médico-économique des décisions d'achat du médicament
- ✓ réviser en profondeur le livret thérapeutique
- ✓ rassembler dans une même direction l'ensemble des intervenants chargés du contrôle qualité et de la gestion du risque dans le champ du circuit du médicament
- ✓ réorganiser le pôle pharmacie en faisant coïncider les contours de la PUI chargée des produits pharmaceutiques avec ceux du pôle (suppression des quatre PUI de sites qui deviennent des locaux rattachés à une même PUI)
- ✓ renforcer la sécurisation de chaque étape du circuit du médicament par un travail transversal des équipes (médecins, pharmaciens, soignants).

1.5.2 Les autorités de l'AP-HM ont pris en 2010 la décision de traiter la problématique du médicament de façon vigoureuse

[207] La direction générale et la présidence de la CME ont pris la décision dès la fin de l'année 2010 de réorganiser l'ensemble des activités concernant le domaine du médicament de l'AP-HM en s'appuyant sur les recommandations du rapport de l'IGAS. Ainsi, plusieurs actions ont été mises en place à partir de l'année 2010. La mission d'inspection a pris connaissance de l'ensemble de ces actions mais ne traite dans le présent rapport que trois d'entre elles : la création d'un pôle pharmacie, la création d'un comité de sécurisation des produits de santé et l'informatisation du circuit du médicament.

1.5.2.1 Une réorganisation nouvelle basée sur la création d'un pôle pharmacie dans lequel une PUI unique est chargée des produits pharmaceutiques pour l'ensemble des sites de l'AP-HM

[208] L'AP-HM a déposé à l'ARS en septembre 2011 un dossier en vue d'obtenir la création d'une PUI unique pour l'AP-HM qui s'accompagnait de la suppression des autorisations des PUI de l'Hôpital de la Conception, de l'Hôpital de Sainte Marguerite, de l'Hôpital de La Timone, de l'Hôpital Nord, des Baumettes, du Service Central d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques (SCAPP) et du Service Central de la Pharmacie et du Médicament.

[209] La PUI unique devient donc multi-sites et son périmètre est comparable à celui du Pôle. Elle s'accompagne de la création d'une direction médico-technique animée par un directeur (cette direction deviendra en 2011 la direction médico-technique et des équipements biomédicaux).

[210] L'organisation de la PUI unique prévoit³³ des thématiques mutualisées, des activités pharmaceutiques propres à chaque site et des thématiques transversales :

- activités mutualisées : risques exceptionnels et menaces sanitaires grave, achats et service central de la qualité et de l'information pharmaceutique
- activités pharmaceutiques propres aux sites Timone, Conception, Nord et Sud : approvisionnement, dispensation, pharmacie clinique, éducation thérapeutique, préparations magistrales, vigilances, pharmaco économie
- thématiques transversales : Système d'Information Pharmaceutique, pharmacotechnie (radio pharmacie, onco pharmacie, préparations hospitalières, rétrocession et essais cliniques).

³³ Rapport ARS concernant la création de la PUI unique de l'AP-HM du 11/10/2012

- [211] L'ARS a accordé l'autorisation de la création de cette PUI unique le 25 janvier 2012. A partir de cette date, le pôle pharmacie de l'AP-HM est constitué de la PUI unique et d'une PUI stérilisation.
- [212] Cette reconfiguration de l'activité pharmaceutique de l'AP-HM a donné lieu à plusieurs actions managériales de grande ampleur. Une professeure des universités-praticienne hospitalier a été désignée dans un premier temps, en septembre 2010, pour mettre en place cette configuration puis pour assumer la fonction de chef de pôle.
- [213] Au moment des investigations de la mission (juin 2013), les préparations magistrales et hospitalières étaient réalisées sur les différents sites comme suit :

Tableau 5 : Préparations magistrales par site, en juin 2013

	Prép. magistrales stériles	Prép. magistrales non stériles	Prép. hospitalières non stériles	Prép. Hospitalières stériles
SUD	OUI	OUI	OUI	OUI
TIMONE		En urgence seulement		
CONCEPTION	OUI	OUI	OUI	OUI
NORD	OUI	OUI	OUI	OUI

Source : ARS PACA ; mission IGAS

- [214] Cette répartition est conforme à l'autorisation de l'ARS. Le préparatoire du site de la Timone dont les travaux de réfection complets se sont terminés à la fin du second semestre 2013, permettra la reprise de l'activité de préparations magistrales et hospitalières³⁴.
- [215] Ce tableau montre une dispersion importante des activités de préparation qui sera encore accrue par la mise en service du préparatoire de la Timone.
- [216] Il est prévu, à terme, d'effectuer l'ensemble des préparations hospitalières stériles sur le site SUD.
- [217] Compte tenu des normes contraignantes qui s'appliquent aux préparatoires, il est légitime de s'interroger sur l'intérêt qu'il pourrait y avoir à mutualiser les préparations hospitalières et magistrales non stériles sur un nombre de sites plus restreint voire sur un site unique.

1.5.2.2 La création du Comité de Sécurisation des Produits de Santé (COSEPS) permet de maintenir un effort permanent de réflexion sur les thématiques des produits de santé

- [218] Le Professeur Manelli, PU-PH consultant, ancien chef de service d'anesthésie-réanimation responsable de pôle a été missionné en septembre 2010 pour proposer à la CME, chargée par décret³⁵ d'élaborer la politique des produits de santé, de proposer une nouvelle organisation du circuit du médicament à l'AP-HM.
- [219] Il a proposé la création du COSEPS pour remplacer la COMEDIMS. Ce nouveau comité a été mis en place en janvier 2011. Il a pour objectif, sous le contrôle de la CME, d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse en permettant de travailler de façon pluridisciplinaire.

³⁴ Pendant la durée de ces travaux, les préparations stériles urgentes de la Timone ont été réalisées à la Conception et les préparations non urgentes ont été réalisées sur le site de Sainte Marguerite.

³⁵ Décret 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé

Le COSEPS comprend un bureau de 15 membres et dispose de 5 groupes de travail chargés des thématiques suivantes : Référencement des médicaments, Référencement des DMS, Référencement des anti-infectieux et politique des antibiotiques, livret thérapeutique, bon usage des produits de santé et lutte contre la iatrogénie.

- [220] La mission a pris connaissance du bilan du COSEPS pour l'année 2011 et de son programme d'action pour l'année 2012. Le bureau s'est réuni 4 fois en 2011 et les 5 groupes de travail se sont réunis régulièrement³⁶. Les relevés de décisions du bureau et des groupes de travail témoignent d'une incontestable vitalité. Il est à noter que les sujets qui avaient fait l'objet des critiques ou de recommandations dans le rapport de l'IGAS sur le circuit du médicament à l'AP-HM en 2010 se retrouvent dans les ordres du jour et les réflexions de ces groupes de travail.
- [221] Le bilan du COSEPS fait également apparaître une volonté de conduire les travaux en concertation et coordination avec d'autres structures internes ou externes à l'établissement. Ainsi, une réunion est organisée tous les quinze jours avec le chef du pôle Pharmacie, la directrice de la direction médico-technique et des équipements médicaux et le responsable du Service Central des Opérations Pharmaceutiques (SCOP). Des relations suivies ont lieu aussi avec le chef du Service Central de la Qualité et de l'Information Pharmaceutique (SCQIP). En 2011, un représentant du COSEPS est venu présenter son programme d'action devant une quinzaine de bureaux de pôle cliniques. En externe, le COSEPS a proposé à un médecin de l'ARS, membre de l'OMEDIT de faire partie du groupe de travail « Bon usage du médicament et lutte contre la iatrogénie ».

1.5.2.3 L'informatisation du circuit du médicament est en cours mais des difficultés ne sont pas résolues

- [222] En 2010, l'IGAS avait placé en troisième priorité de ses recommandations l'informatisation du circuit du médicament à l'AP-HM.
- [223] Dans son rapport de 2010 la chambre régionale des comptes notait que « L'organisation actuelle du système d'information pharmaceutique à l'AP-HM utilise majoritairement des logiciels qui ne sont pas adaptés à l'exercice pharmaceutique. Il en résulte, selon une note du 29 avril 2010 adressée à la chambre par le responsable du pôle Pharmacie et le pharmacien délégué au Système d'information pharmaceutique, que « le circuit du médicament n'est pas conforme à la réglementation des substances vénéneuses et que l'AP-HM est en retard dans sa mise en conformité par rapport aux autres CHU français ».
- [224] La chambre notait que « *l'AP-HM ne dispose pas en effet en dehors des services de psychiatrie et d'oncologie, d'un circuit de prescription informatisée des médicaments : développement de la prescription et de la dispensation nominative avec traçabilité jusqu'à l'administration* ».
- [225] A cette époque, plusieurs logiciels étaient utilisés à l'AP-HM (PHARMECO application de gestion, GDD application pour la gestion des demandes, GEODE logiciel qui permet la gestion des stocks et qui relève du projet APROFARM, MADRID...).
- [226] A partir de 2008, une tentative de déploiement sur le site de La Conception des logiciels GEODE et MADRID s'est soldée par un échec et l'AP-HM a dû interrompre le projet et revenir à des procédures manuelles. Cette situation a donné lieu à des péripéties que le rapport de la Chambre régionale des comptes décrit et sur lesquelles la mission IGAS ne souhaite pas revenir. A partir de 2010, les acteurs de l'informatisation du circuit du médicament s'orientent vers un nouveau logiciel (logiciel PHARMA) qui leur paraît répondre à leurs attentes.

³⁶ 8 fois pour le groupe « Bon usage du médicament et lutte contre la iatrogénie » ; 7 fois pour le groupe « Référencement des médicaments » ; 5 fois pour le groupe « Référencement des dispositifs médicaux » ; 3 fois pour les groupes « Livret thérapeutique » et « Politique des antibiotiques et anti infectieux »

- [227] A partir de 2011 le déploiement du logiciel PHARMA a débuté dans huit unités de soins pilotes. L'opération a été interrompue pour permettre à l'éditeur de PHARMA de prendre en compte les évolutions souhaitées par l'AP-HM et le déploiement massif a été initié à partir de mai 2012.
- [228] L'objectif affiché en mai 2013 par la direction médico-technique et des équipements bio-médicaux est de terminer le déploiement du logiciel dans tous les secteurs « non spécifiques » de la Conception et de l'ensemble des services de Sainte Marguerite à la fin de l'année 2013.

Tableau 6 : Nombre de lits MCO (Hors Psychiatrie et dialyse) en prescription informatisée sur PHARMA ou autres (CIMAISE...) en mai 2013

	Lits non déployés	Déployés	Total général	Pourcentage lits déployés
La Conception	398	290	688	42 %
Hôpital Nord	690	152	842	18 %
Hôpitaux Sud	49	153	202	76 %
Timone adultes	522	325	847	38 %
Timone enfants	193	63	256	25 %
Total général	1852	983	2835	35 %

Source : AP-HM ; DMTEB ; mai 2013

- [229] Il faut préciser que CIMAISE est un logiciel utilisé en psychiatrie. La prescription de médicaments somatiques est possible avec ce logiciel mais cette opération n'est pas reliée au livret thérapeutique de l'établissement. La coexistence de ce logiciel avec PHARMA n'est pas impossible puisqu'il existe des interfaces entre CIMAISE et PHARMA qui sont commercialisées. En outre, une unité de psychiatrie de 32 lits n'est pas informatisée avec CIMAISE mais bénéficie d'une informatisation avec PHARMA depuis janvier 2013. Il s'agit du Service Médico Psychologique Régional (SMPR) localisé au sein de l'établissement pénitentiaire des Baumettes.
- [230] Il ressort des éléments d'information recueillis par la mission auprès de la direction médico technique et des équipements médicaux et de la direction des services informatiques et de l'organisation (DSIO) que les objectifs annoncés en mai 2013 concernant le calendrier de déploiement de PHARMA (équipement en totalité des sites de la Conception et des hôpitaux Sud à la fin 2013) devraient être atteints³⁷. La planification établie en concertation entre les deux directions permet d'envisager un objectif global de déploiement sous PHARMA de 1500 lits en décembre 2013 sur l'ensemble de l'AP-HM, ce qui représente 70 % des lits non spécifiques (c'est à dire hors réanimation, urgence et anesthésie). Le fait qu'aucun retard n'ait été à déplorer depuis le démarrage de l'opération en mai 2012 plaide en faveur de cette hypothèse optimiste ; optimisme qui pourrait être nuancé par le départ de l'AP-HM en juillet 2013 de l'ingénieure qui assumait un rôle de cheville ouvrière de cette opération.
- [231] Le déploiement de PHARMA sur les sites de La Timone sera plus tardif puisque, sauf retard non prévisible, il devrait permettre d'équiper, en juin 2014, 85 % des lits non spécifiques de la Timone-adulte et 30 % de ceux de la Timone-enfant. Sur le site de l'hôpital Nord l'objectif poursuivi est l'équipement de 40 % des lits en juin 2014.

³⁷ Aux hôpitaux Sud, il ne reste, en juin 2013, à déployer sous PHARMA qu'une unité de soins d'hospitalisation complète de 20 lits planifiée pour septembre 2013 et une trentaine de lits d'hôpitaux de jour. Tous les lits de psychiatrie sont informatisés avec CIMAISE (à l'exception du SMPR des Baumettes comme indiqué dans le corps du rapport)

[232] A moyen terme, la montée en charge du DPI posera la question de l'avenir du logiciel PHARMA. Il est envisagé de le conserver en interface avec le logiciel d'aXigate et de l'utiliser comme outil de gestion de la pharmacie alors que sa fonction « prescription » serait abandonnée au profit de l'outil de prescription intégré au plan de soins d'aXigate.

1.5.3 La réorganisation en cours de l'activité de la PUI stérilisation de l'AP-HM doit être menée à son terme conformément aux observations de l'ARS

[233] L'AP-HM a déposé à l'ARS en janvier 2013 un dossier de transfert de la pharmacie à usage intérieur « stérilisation ». Cette PUI autorisée le 8 mars 2005 était composée en janvier 2013 de trois sites :

- ✓ le site stérilisation de l'hôpital de La Timone,
- ✓ le site de stérilisation de l'hôpital Sainte Marguerite,
- ✓ le site de l'hôpital Nord.

[234] Cette demande de transfert concerne la fermeture des sites de Saint Marguerite et Nord pour être transférés sur la nouvelle plateforme logistique de Mourepiane dans le 15^{ème} arrondissement de Marseille. Cette opération doit permettre de recentrer les activités de stérilisations des dispositifs médicaux de la PUI « stérilisation » sur deux sites : celui de l'hôpital de La Timone et celui de la plateforme.

[235] Par courrier en date du 6 mai 2013, la direction de l'ARS a informé la direction de l'AP-HM de la suite favorable donnée à ce transfert concernant la fermeture de la stérilisation centrale de l'hôpital Nord le 22 avril 2013 et la fermeture du site de Sainte Marguerite courant 2013 pour être transférés sur le site de la plateforme de Mourepiane. Le maintien de la stérilisation centrale à La Timone est également autorisé.

[236] En revanche, le dossier déposé par l'AP-HM en janvier 2013 comportait également une demande de maintien du site de stérilisation du bloc ophtalmologique de La Timone. La terminologie employée par l'AP-HM pour ce « maintien » est, en réalité, inappropriée puisque ce site ne bénéficie pas de l'autorisation réglementaire nécessaire.

[237] L'ARS a décidé d'autoriser la poursuite de l'activité de la stérilisation du site du bloc ophtalmologique à titre temporaire jusqu'au mois de juin 2014 pour laisser le temps à l'unité de stérilisation centrale de La Timone de s'organiser pour sa prise en charge. Le courrier de l'ARS de mai 2013 précisait clairement qu'à partir de juin 2014, l'activité de stérilisation dans les locaux du bloc ophtalmologique « devra être supprimée »³⁸.

[238] Au terme de ce processus, il resterait deux sites de stérilisation sur l'AP-HM. Cette dualité ne se justifie pas dans la mesure où la PFL est en capacité de traiter l'ensemble de l'activité, il conviendrait qu'une décision de regroupement soit prise et mise en œuvre dans les meilleurs délais. Cette solution ne comporte pas de risque particulier sur le plan de la sécurité puisqu'il est toujours possible, en cas d'incident, d'avoir recours à une autre unité de stérilisation à proximité ou au sein de l'agglomération marseillaise.

Recommandation n°4 : La réorganisation en cours des activités de la PUI doit être menée à son terme et sans délai, dans le sens d'une recherche permanente du regroupement de chaque activité sur un seul site.

³⁸ La mission n'a pu obtenir d'engagement précis, en réponse à ses questions à la chef du pôle PUI, sur la date de l'arrêt d'activité de ce site de stérilisation.

1.6 La situation du système d'information reste toujours problématique

[239] Le système d'information de l'AP-HM a fait l'objet en 2011 d'un contrôle de la chambre régionale des comptes, contrôle repris par la Cour des comptes dans le cadre de son rapport public annuel de 2012. Ce rapport soulignait « *la faiblesse du pilotage national de l'informatique hospitalière, comme facteur de risque supplémentaire dans un contexte où les financements publics accordés par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont été sensiblement accrus dans le secteur. La gestion des marchés informatiques des marchés informatiques de l'AP-HM illustre la plupart des carences observées par la Cour et les chambres régionales, avec des conséquences lourdes d'un point de vue financier et organisationnel.* »

1.6.1 Une situation qui a peu évolué depuis le constat de la chambre régionale et de la Cour des comptes

[240] Ces deux rapports ont mis en évidence les faiblesses particulièrement importantes du système d'information (SI) au sein de l'AP-HM et l'échec de l'informatisation du dossier patient. De graves anomalies avaient été soulignées : mauvaise définition des besoins, choix biaisé d'un prestataire (pas de référence sérieuse en France, conflit d'intérêt entre le prestataire et le chef de projet) une exécution chaotique (prestation inadaptée aux besoins, qualification des équipes informatiques insuffisante) aux conséquences importantes sur le plan financier, en termes de coûts et de non recettes et sur le plan organisationnel engendrant un retard préjudiciable pour le pilotage global. (Cf. annexe 6)

[241] S'agissant de l'organisation interne, la CRC relevait que « *la tâche de la direction des services informatiques est devenue complexe et s'est heurtée à des réticences fonctionnelles...et que le climat relationnel au sein de la direction était devenu tendu* ».

[242] A ce jour, la situation évolue lentement : protocole transactionnel en 2012 mettant fin à la prestation avec Cerner, passation du nouveau marché en juin 2013 pour le dossier patient informatisé (DPI) et une mise en œuvre qui sera forcément tardive.

[243] Sans revenir en détail sur l'analyse réalisée par la chambre régionale des comptes et la Cour des comptes, plusieurs points sont à rappeler : en 2005, à l'AP-HM, l'informatique n'avait pas évolué depuis le CRIH, les logiciels datant des années 80 étaient largement obsolètes. Selon l'ARH, les pertes de l'AP-HM en lien avec l'obsolescence du système en place et la mauvaise qualité du codage pouvaient être estimées à 15 M€/an.

[244] Selon la Cour, cette situation était aggravée par une accumulation d'erreurs et de retards concernant le projet du DPI :

- de graves anomalies dans la passation du marché : une mauvaise définition des besoins (pas de marché de définition préalable à l'AO) une société prestataire sans réelle définition en France, des biais dans la conduite de la consultation (conflit d'intérêt) ;
- une exécution chaotique : des retards dans la livraison des prestations, un constat d'échec et des conséquences financières importantes : des dépenses directes estimées par la Cour à 4,7 M€ et des pertes de recettes ;
- les causes sont à rechercher dans une incompréhension réciproque, une prestation en tout état de cause inadaptée aux besoins de l'AP-HM, les insuffisances des équipes informatiques de l'AP-HM (qualification insuffisante et recours à un prestataire externe pour 2,75 M€) alors que l'AP-HM dispose de 44 ingénieurs et chefs de projets en 2008 ;

- ce qui a conduit à rechercher des solutions palliatives : le PMSI (CORA développé par MIPIH) et la Pharmacie (Pharma coût 0,27 M€ et abandon de Géode coût inutile 0,8 M€).

[245] Cet échec a fait l'objet d'une évaluation financière par la Cour en termes de dépenses, de non recettes et de mauvaise utilisation des deniers publics :

- Un coût direct évalué à 14 M€ dont 12,5 M€ uniquement pour le DPI et 1,5 M€ pour la gestion du PMSI et de la pharmacie. La part des dépenses effectuées en pure perte a été chiffrée à 5,5 M€ dont 4,7 M€ pour les logiciels, fournitures et prestations liées au projet DPI (dont 3,8 M€ pour la seule société CERNER et 0,8 M€ pour l'abandon de progiciel pharmaceutique Geode). En outre des moyens engagés par l'AP-HM sont considérés par la Cour comme des dépenses sans contrepartie pour un montant de 5,1 M€ dont 4,1 M€ de ressources humaines du service informatique et 1 M€ au titre de la communication externe.
- Les seules dépenses ayant donné lieu à un service effectif sont l'acquisition du progiciel CORA pour le PMSI (450 000 €) et du logiciel Pharma (270 220 €) auquel il faut ajouter 2,7 M€ de recours à une société externe (pour l'assistance à la maîtrise d'ouvrage) compte tenu de l'incapacité des équipes informatiques de piloter le projet.
- Les pertes de recettes liées au retard du projet sont évaluées, *a minima*, à 4,5 M€ en 2008.

[246] La Cour a également souligné qu'une subvention nationale avait été attribuée sans discernement pour un montant de 9 M€ au titre d'Hôpital 2012 et soulignait un défaut manifeste d'analyse préalable et d'appréciation de la part de la DHOS alors même que l'ARS subordonnait le versement du solde de la subvention à la production de « résultats tangibles d'avancement du projet ou de mise en production d'une solution évoluée du dossier patient informatisé. »

[247] Ce n'est qu'en 2012 que l'ARS a procédé au débasage des crédits alloués pour cette opération sur la dotation MIGAC.

1.6.2 Le schéma directeur du système d'information (SDSI) n'a pas été revu malgré l'échec du DPI

1.6.2.1 Un schéma directeur insuffisant

[248] Pendant des années, le système d'information de l'AP-HM a reposé sur un « vieux » SIH produit maison de l'ancien CRIH de Marseille, sans réelle capacité d'adaptation à l'environnement et aux exigences des utilisateurs. L'émergence de solutions informatiques hétérogènes (propres à certains services avec des prestataires externes) pour répondre aux différents besoins des services a conduit à un manque évident de cohérence entre toutes les applications, à leur incapacité de communiquer entre elles, avec pour conséquence de mettre en jeu la sécurité informatique et de vider de son sens un schéma directeur informatique.

[249] Le SDSI de l'AP-HM pour la période 2010-2014 est un document très général dont « l'objectif est de fournir à chacun des professionnels de l'AP-HM les outils informatiques répondant à ses besoins tout en optimisant son temps, la qualité de son travail et sa performance globale au sein de l'institution. » Dès lors l'ambition est très limitée et le dispositif peu opérationnel. Un schéma directeur du système d'information doit être le vecteur opérationnel pour porter à court et moyen terme, les ambitions et la stratégie de l'établissement hospitalier et être adapté lorsque des nouvelles orientations sont prises. La révision du SDSI serait donc indispensable pour tenir compte de l'échec du DPI qui était patent depuis 2011 et des conséquences sur tous les logiciels mis en place qui devaient être changés. Par ailleurs, la traçabilité sur la protection et l'accès aux données doit être approfondie et précisée dans le schéma.

[250] L'échec du DPI a été largement analysé par la Cour des comptes qui le juge « révélateur des dysfonctionnements de l'AP-HM » qui trouve sa source d'une part dans une absence de pilotage, alors que la DSIO est largement dotée en personnel, et d'autre part dans un niveau d'exigence insuffisant pour effectuer des choix et en raison de jeux d'influence qui perturbent la conduite des projets à leur terme. Ce retard accumulé en matière informatique et la lenteur du déploiement sont peu compréhensibles dans un CHU de cette taille et qui, de plus, est responsable du segment informatique dans le cadre d'UniHA. (cf. *infra*).

1.6.2.2 Les enseignements de l'échec du DPI ne sont pas complètement tirés

[251] Le dossier du DPI qui devait être la clef de voûte de la réorganisation du système informatique de l'AP-HM initié en décembre 2005 a fait l'objet d'un marché portant sur: « acquisition de matériels, logiciels, prestations de service et maintenance pour la mise en œuvre d'un système de gestion des données patients informatisées ». Se décomposant en 5 phases distinctes réparties en 7 chantiers et 31 modules (cf. annexe 7) le marché a été attribué à la société CERNER France le 29 novembre 2006 après un dialogue compétitif (4 candidats, *in fine*) sur la base d'un budget d'investissement prévisionnel fixé à 22 494 788 € au terme du marché soit le 15 février 2010 (le budget de fonctionnement intervenant après la garantie annuelle). Cette société n'avait pas d'expérience hospitalière en France.

[252] De 2007 à 2010 le calendrier de mise en application a été reporté 8 fois avec systématiquement un « reparamétrage » du projet. « *La chambre constate plus globalement que le projet a échoué car il y avait, dès l'origine, une incompréhension entre la société Cerner qui comptait livrer son logiciel en l'état³⁹ et la direction informatique qui souhaitait que celui-ci soit adapté aux besoins de l'AP-HM, à sa structure et à son système d'identification* ».

[253] Des pénalités de retard ont été notifiées à CERNER le 25 février 2008 à hauteur de 383 735,90 €. Malgré la position de la DSIO qui justifiait le bien fondé de ces pénalités, le DG adjoint a notifié le 18 juin 2008 le retrait des pénalités pour éviter une procédure contentieuse avec CERNER qui s'engageait par ailleurs à rendre la phase 1 du DPI opérationnelle au 1^{er} janvier 2009. Trois ans après la notification du marché rien n'était opérationnel, non seulement le DPI n'était pas opérationnel mais il a empêché le déploiement de toute autre application médicale dans les services de soins.

[254] La fin de la prestation CERNER a trainé inutilement. Par lettre du 21 avril 2010 un procès verbal de rejet de la phase 1 du marché a constitué la mise en demeure avant résiliation du marché (266 points du PV démontrant l'impossibilité du lancement de la phase 1 sur le seul périmètre de la Timone). Un protocole transactionnel signé le 16 octobre 2012 a mis un terme au marché soit près de 18 mois après le rejet de la phase 1.

[255] Face à l'urgence, un plan B a été retenu par l'AP-HM que la Chambre régionale des comptes a analysé. Pour le renouvellement du système d'information administrative (RSIA) et pour pallier l'échec du DPI, un nouveau marché de RSIA a fait l'objet d'un appel d'offres ouvert en juillet 2009 et a été décomposé en 6 lots. 14 candidatures ont été réceptionnées et retenues. La chambre régionale des comptes après examen des marchés a mis en évidence des erreurs graves d'évaluation des lots (les coûts prévisionnels ont été multipliés par 2), l'absence de planning pour la mise en œuvre et des dysfonctionnements de la Commission Interne des Marchés.

[256] Les priorités ont porté sur les choix de logiciels de Pharmacie et PMSI. Le choix du logiciel PHARMA répondait à la nécessité d'un logiciel métier pharmaceutique exclusivement dédié au circuit du médicament pour un coût de 450 000 €, implication des pharmaciens, suppression des anciens logiciels coût de l'abandon 809 269 € + 60000 € stockeurs (SAGE logiciel GEODE + MADRID). Le choix du logiciel CORA répondait aux besoins de logiciel de gestion pour le PMSI pour un coût de 450 000 €. La mise en œuvre de ces 2 produits a été rendue possible à partir de

³⁹ Logiciel américain non adapté au système hospitalier et aux modes de tarification français

2011 par la volonté de quelques personnes motivées dans les services concernés et au sein du service informatique mais sans un soutien massif de la part du service informatique.

- [257] Par ailleurs, compte tenu des carences de l'équipe informatique, un marché a été passé avec Cosmobay qui supplée celle de l'AP-HM : il s'agit d'un marché à bons de commande pour des prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage et de consulting technique dont le coût s'est élevé à 7 509 881 € pour 447 opérations entre 2004 et 2009, sur les 447 opérations 148 ont concerné CERNER pour un montant de 2,75 M€.
- [258] En conclusion, les subventions accordées par la DHOS pour ce projet ont été une facilité qui n'a pas conduit à une maîtrise du projet. Alors que l'ARH avait proposé au comité national de validation le financement du projet à hauteur de 4 727 000 € (50 % du coût de l'opération 9 453 000 €) ledit comité retenait le 29 avril 2008 un financement à 100 % soit 9 453 000 €, *in fine* la subvention accordée était de 9 000 000 € pour un coût réévalué à 12 550 000 € (cf p 28 du rapport CRC).
- [259] Le DPI, mis en œuvre dans de nombreux établissements hospitaliers et depuis très longtemps dans les cliniques de Marseille en lien avec les médecins de ville qui peuvent accéder au dossier de leur patient, n'a toujours pas reçu un commencement d'exécution en 2013 au sein de l'AP-HM.

1.6.3 Un effectif dont le niveau de compétence est insuffisant malgré les grades attribués aux agents

- [260] L'activité du service informatique consacre 80 % de sa charge de travail à assurer essentiellement le maintien de la capacité opérationnelle des services. Ce service est pourtant largement doté au regard des autres équipes informatiques dans les établissements hospitaliers de grande taille. Le fonctionnement du service informatique décrit par les corps de contrôle a peu évolué à ce jour.

1.6.3.1 Un effectif pléthorique

- [261] L'effectif du SDIO est constitué d'une équipe de 197 personnes dont 133 à l'informatique, une soixantaine de personnes sont affectées à l'archivage (30) et à l'unité « organisation et méthodes ». La pyramide des âges est élevée 101 personnes ont plus de 50 ans. Elle diffère des autres équipes informatiques des CHU qui sont plus jeunes et plus diplômées. L'équipe informatique de l'AP-HM affiche des grades élevés puisque 113 ont le grade d'ingénieur dont 3 en CDD. Pour les 110 ingénieurs : 70 sont en CDI et 40 relèvent du statut de la FPH (18 titulaires et 22 en détachement de leur statut local).

Tableau 7 : Répartition des ingénieurs au sein de l'AP-HM

	CDI	FPH Titulaire	FPH détachement	total
Ingénieur général		1		1
Ingénieur en chef de classe exceptionnelle	37	2		39
Ingénieur hospitalier principal	28	12	16	56
Ingénieur hospitalier	5	3	6	14
Total	70	18	22	110

Source : Données AP-HM retraitées par l'IGAS

- [262] Par comparaison avec les autres CHU de France, la part des ingénieurs au sein de la DSIO représente 90 % de l'effectif alors que dans les autres CHU cette proportion ne dépasse jamais les 50 %. L'AP-HM dispose aussi du plus grand nombre d'agents au SDIO (133) et de la plus forte proportion d'agents dans un service informatique par rapport au nombre total d'agent (PNM) de la structure, plus de 1,1 %.

1.6.3.2 Une qualification insuffisante

- [263] Cette situation de qualification élevée au regard des seuls grades d'ingénieurs n'est que faciale puisque moins de la moitié des agents a un niveau d'études à BAC +5 et les agents relevant de la FPH titulaires ou en détachement sont les moins diplômés. Il ne s'agit pas de qualifications sanctionnées par des diplômes mais résultant d'un protocole d'accord signé avec le syndicat majoritaire FO en 2010 qui a obtenu par cet accord une situation exorbitante du droit commun pour des agents qui ne remplissaient même pas les conditions de diplômes en lien avec leur métier. Ainsi sur le total des 110 agents ayant le grade d'ingénieurs seulement 41 (essentiellement des contractuels) ont un diplôme bac + 5.

- [264] Pour les CDI, sur les 70 ingénieurs, 37 sont en classe exceptionnelle avec un déroulement de carrière jusqu'en HHB (grille de la fonction publique) mais seulement 14 ont un diplôme d'ingénieur ou bac + 5.

- [265] Pour les agents titulaires et en détachement, sur les 39 ingénieurs reclassés dans le cadre de l'accord de 2010, un seul a une licence, les autres ont, au plus, un BTS ou DUT voire n'ont que le BEPC ou le BAC (18) ou aucun diplôme (12). Le reclassement dans le grade d'ingénieur n'est pas fondé ; le reclassement aurait dû se faire sur un grade de technicien ou technicien supérieur hospitalier, Ces personnes embauchées sans concours sur des grades équivalents à la catégorie C voire catégorie B, se trouvent par le jeu de cet accord en catégorie A + du statut de la fonction publique. L'examen des dossiers individuels, par ailleurs très succincts et mal tenus, montre que ces déroulements de carrière très accélérés, ne sont justifiés ni par un effort de formation permanente ni par une VAE ni par des compétences exceptionnelles. Le relevé des formations suivies au cours de la carrière des agents (souvent en poste à l'AP-HM depuis les années 80 et 90) montre que 14 n'ont suivi aucune formation, seuls 18 ont bénéficié de plus de 100 jours, les autres ont suivi environ 40 jours de formation pendant toute leur carrière. Or ce secteur nécessite une mise à niveau constante des compétences.

1.6.3.3 Des niveaux de rémunérations exorbitants

- [266] Le personnel de la DSIO bénéficie en outre d'avantages indemnitaires juridiquement non fondés pour lesquels, la chambre régionale des comptes et l'IGAS ont demandé d'y mettre fin. (Cf. *supra*).

- [267] Dans le cadre de l'accord de 2010, les 36 personnes, relevant du statut local, figurant à l'annexe du protocole d'accord ont obtenu non seulement un reclassement dans un autre grade mais un nouveau déroulement indiciaire dans un grade plus élevé et à un indice immédiatement supérieur à leur indice antérieur se traduisant par un gain annuel immédiat variant de + 2 781.53 € pour le montant le moins élevé à + 7 949.47 € (cetagent n'est titulaire que d'un BTS de laborantin) la moyenne se situant à 5 000 € par personne. De plus, la décision de reclassement individuelle prise lors du détachement dans le grade d'ingénieur hospitalier était assortie d'une prime de technicité mensuelle de 30 % minimum du traitement indiciaire brut.

- [268] En outre, les CDI ont également bénéficié d'une revalorisation se traduisant par des augmentations individuelles variant de 3 360 euros à plus de 14 000 euros annuels, sans que ces revalorisations soient assises sur des bases réglementaires. La chambre régionale avait déjà soulevé

ces effets d'aubaine. Ce protocole s'est traduit immédiatement pour les contractuels par une augmentation de + 15 % pour les catégories 3 et de + 5,6 % pour les catégories 4 et 5.

- [269] Ce protocole dérogatoire n'a fait l'objet d'aucun contrôle, ni d'une étude d'impact juridique et financier. L'ARH n'en a, semble-t-il, pas eu connaissance.
- [270] Les autres CHU de France qui ont eu à procéder au reclassement dans le statut national des agents des services informatiques recrutés sur des statuts locaux notamment dans les anciens CRIH ne se sont pas aventurés dans des mesures aussi dérogatoires et purement démagogiques. Malgré les alertes adressées par mail par le directeur de la DSIO auprès du DRH sur les conséquences de telles mesures, il n'en a pas été tenu compte et le DSIO n'a plus été invité à participer aux négociations.
- [271] Cette politique laxiste à l'égard du service informatique se traduit par une évolution très importante de la masse salariale, elle est passée de 3 786 961 € en 2007 à 5 195 164 € en 2010 soit plus de 37 % et pour la seule période 2009/2010, de plus 8,8 % soit largement plus que le reste de l'AP-HM (+ 1,9 %) même si les astreintes après remise en ordre sur la base réglementaire sont passées de 264 872 € en 2008 à 151 304 € en 2010. Les augmentations indiciaires sont prévues dans ce protocole de manière automatique sans référence à une évaluation qui jugerait des aptitudes et de la capacité de servir des agents. Les niveaux de rémunération montrent que les salaires nets imposables des ingénieurs informatiques dépassent les 46 000 € annuels pour ceux relevant de la fonction publique hospitalière (et sans diplôme) et plus de 51 000 € annuels pour ceux en CDI.
- [272] Selon un rapport d'audit de juillet 2013, demandé par l'AP-HM la masse salariale de la DSIO est supérieure à la moyenne nationale, « *la rémunération moyenne chargée à l'AP-HM est de 80 000 €/agent... La rémunération moyenne chargée sur plusieurs grands CHU est de l'ordre de 68 000 €/agent soit un coût unitaire moyen différentiel de 17 %* ».
- [273] Globalement le fonctionnement du service informatique doit faire l'objet d'un management rapproché par la direction générale ce qui éviterait la situation d'autonomie de cette direction et des équipes qui la composent. Le DSIO nommé en septembre 2008 (a quitté ses fonctions en juillet 2013) avait hérité d'une situation peu saine caractérisée par des dossiers en cours défectueux tant sur le plan juridique que financier, par une absence de pilotage de l'informatique au plus haut niveau, par le recours non justifié à des prestataires extérieurs. Sans remettre en cause ses compétences, il n'a pu redresser une situation qui méritait une action vigoureuse au moment où l'échec du DPI était patent. Il s'est attaché à mettre en place le plan B retenu par la direction qui a permis d'avoir une approche plus pragmatique et aussi plus efficace répondant aux besoins les plus urgents que sont le PMSI et la pharmacie. Une attention particulière doit être portée au pilotage de cette direction par le nouveau DSIO arrivé en septembre 2013 afin de resserrer l'équipe sur des objectifs partagés, limiter le nombre de projets, éviter la dispersion de l'équipe sur d'autres chantiers et mettre fin aux désaccords passés. La restauration de la confiance est indispensable au sein du service et avec les autres directions.
- [274] La mission d'appui du système d'information confiée, par la direction de l'AP-HM, à la directrice du système d'information du CHU de Bordeaux au cours de l'été 2013 dresse un constat convergent avec la présente mission que ce soit sur la couverture fonctionnelle du SIH, la gestion des ressources humaines, l'organisation de la DSIO et la structuration de l'activité, ou encore le budget et la gouvernance SIH. La mission considère que l'AP-HM dispose d'un véritable levier de changement de la DSIO en mettant en œuvre très rapidement les préconisations de cette mission d'appui.

Recommandation n°5 : Recentrer cette direction sur le champ informatique et rattacher les autres activités (archives, standard et organisation) à d'autres directions en centrale.

1.6.4 Le nouveau marché pour le DPI repose sur des marchés à bons de commande

[275] Un nouveau marché a donc été passé pour le DPI le 12 février 2013 après une mise en concurrence lancée le 28 mars 2012. L'AP-HM recourt non pas à un prestataire en direct mais à une formule de groupement de commandes au nom d'Uni HA et a porté son choix sur aXigate.

1.6.4.1 La définition des besoins et le nouveau marché

[276] Ce nouveau marché n'a pas fait l'objet d'une analyse et d'une définition des besoins élaborées, contrairement aux préconisations de la Cour qui précisait à « *l'établissement de solliciter à l'avenir, pour ses projets informatiques les plus importants, l'expertise nécessaire à l'analyse et à la définition des besoins, en particulier auprès des agences créées pour soutenir et accompagner les projets informatiques hospitaliers..* ». L'option retenue est donc un marché global marché global en un seul lot de trois modules :

- achat de licences pour l'informatisation avec garantie annuelle (à bons de commande)
- maintenance à expiration de la période de garantie (à bons de commande)
- prestations complémentaires d'assistance technique liées au module 1 (à bons de commande).

[277] 379 dossiers ont été retirés dont 118 anonymes, 9 offres ont été adressées.

[278] L'objectif affiché était d'obtenir une réponse rapide, censée satisfaire les besoins des utilisateurs : médecins, pharmaciens, soignants. L'hypothèse de déploiement était prévue en Big Bang en octobre 2013.

[279] Par cette pratique, une double stratégie est poursuivie : à la fois répondre aux besoins de l'AP-HM et utiliser UniHA comme support pour diffuser ensuite. Il n'est pas certain que cette démarche soit judicieuse. L'objectif premier doit être de répondre aux besoins de l'AP-HM. Au travers de cette pratique il y a confusion entre la fonction de DSIO et de coordonnateur au sein d'UniHA au motif que le coordonnateur a un mandat global, or l'AP-HM ne doit pas s'exonérer d'une définition précise de ses besoins en considérant qu'il s'agit d'acheter des logiciels « sur étagère » et que ses choix sont transposables à d'autres établissements.

1.6.4.2 Le choix d'aXigate

[280] Le nouveau marché a été passé conjointement avec le CH d'Aubagne et UniHA sans que des délibérations aient été prises à la fois par le CH d'Aubagne (dont le directeur est un directeur de l'AP-HM mis à disposition) et par les instances du GCS UniHA.

[281] aXigate est une structure de taille modeste (30 personnes en R et D et chefs de projets) qui a essentiellement une fonction de développeur. Elle n'est pas identifiée parmi les « grands » de l'informatique hospitalière. Ses références sont essentiellement dans des structures de taille petite et moyenne et sur des segments de prestation et non sur la totalité d'un DPI. La référence au CH de Fréjus comme élément de comparaison pour le DPI s'avère dès lors fragile.

[282] S'agissant des critères de choix qui ont été utilisés pour la sélection, la mission constate que la pondération retenue est déséquilibrée. Les critères médicaux et financiers comptent chacun pour 40 % alors que les volets « soignant » et « technique » ne comptent chacun que pour 10 %. Cette prépondérance du médical et du financier n'est aucunement justifiée au regard de ce qui est attendu d'un DPI. Cette pondération a été particulièrement discriminante au profit d'aXigate.

[283] De nombreuses interrogations subsistent à ce jour concernant le coût de la prestation et sa montée en charge.

- [284] Le tableau prévisionnel des dépenses du nouveau DPI présenté en annexe de la présentation devant le directoire du 22 avril 2013 retient un montant de dépenses évalué à 15 244 118 € pour la période 2013-2017 dont plus de 6 M€ pour des recrutements spécifiques évalués à hauteur de 23 postes. Si une telle hypothèse est retenue, il convient de réduire d'autant le personnel du service informatique et solliciter les autres services afin qu'ils contribuent par la mise à disposition de leur personnel à une meilleure prise en compte de leurs besoins par la DSI.
- [285] S'agissant de la montée en charge, l'option du Big Bang retenue initialement en septembre 2013 est peu réaliste et ne sera tout au plus qu'un connecteur pour accéder aux logiciels CORA et PHARMA (appels contextuels). Une étude sérieuse sur le déploiement doit être conduite rapidement à la fois pour un réel pilotage du projet et pour assurer une communication objective vis-à-vis des personnels sur un projet qui cristallise beaucoup d'attentes.

1.6.5 Le rôle important de l'AP-HM dans les marchés conjoints avec UniHA

- [286] Le groupement de coopération sanitaire GCS Uni HA créé en 2005 assure une mission d'achats groupés (chapitre III du code des marchés publics art 9 1° et 2°) selon deux modalités :
- [287] - un groupement de commandes,
- [288] - une centrale d'achat, réservée aux membres d'UniHA. En 2012 ce GCS pilotait 150 marchés répartis entre 15 filières d'achat. L'AP-HM est coordonnateur dans 2 filières : la filière médicament et la filière NTIC et SIH.

1.6.5.1 Les filières coordonnées par l'AP-HM pour le compte d'UniHA

- [289] Ce GCS UniHA est une filière d'achat pour les produits de santé et les médicaments. Le montant des achats passés par cette centrale d'achat s'élève à 1.151 milliards d'euros en 2012, soit 61 % du porte feuille d'achat d'UniHA.
- [290] L'AP-HM est positionnée comme coordonnateur du segment des produits de santé, un pharmacien y consacre un ½ temps.
- [291] La DSIO coordonne également sur le plan national la filière d'achats « *Nouvelles technologies de l'information et des communications-système d'information* » (NTIC/SI) du GCS UniHA pour les 56 adhérents du groupement (30 CHU, 2 CHR et 24 grand CH) et les établissements qui leur sont associés.
- [292] Selon le rapport d'activité 2012, la filière regroupe 18 segments dont 6 sont pilotés directement par la DSIO de l'AP-HM :
- l'accord cadre Microsoft
 - l'accord cadre ORACLE
 - l'achat de licence
 - l'achat groupé des serveurs
 - l'achat groupé et l'administration d'un système d'information partagé pour les centres des IOA – complexes
 - l'achat groupé de prestations et de logiciels permettant la mise en œuvre des systèmes de pilotage des établissements.
- [293] Il s'avère que l'AP-HM assume de fait une responsabilité importante au sein d'UniHA sur la filière informatique en application de l'article 9.4 du règlement intérieur du GCS UniHA. L'exemple du marché aXigate interroge sur la capacité du coordonnateur d'une filière d'emporter l'engagement d'UniHA sans délibération spécifique du GCS pour chaque engagement d'une telle ampleur.

1.6.5.2 L'accord cadre Microsoft et le problème de la TVA

- [294] L'accord cadre Microsoft met à disposition la quasi totalité de la gamme des logiciels Microsoft, au prix de 93 € par poste et par an pour les 387 établissements membres au 31/12/2012 (+35 % par rapport à 2011) pour leur 248 341 postes de travail (sur 4 ans l'accord cadre représente un montant de 102 M€ TTC).
- [295] Le chiffre d'affaires pour ces commandes passées dans l'accord cadre dépasse les 30 millions d'euros par an. Pour la gestion de cet accord, l'AP-HM accomplit une activité qui s'apparente davantage à une activité de négoce puisqu'elle achète et revend. Deux flux financiers sont générés l'un entre l'AP-HM et Microsoft (dans le siège est en Irlande ce qui pose la question de la TVA intracommunautaire), l'autre entre l'AP-HM et les adhérents d'UniHA.
- [296] L'AP-HM est mandataire du groupement de commandes pour le compte des membres et émet ensuite des titres de recettes (60 jours avant l'échéance). La facture adressée à l'adhérent intègre : la location de la licence, les prestations de service pour les micros, les frais de gestion et la TVA (ce point est au cœur du litige sur les règles d'assujettissement à la TVA entre 2 établissements, sur les modalités de récupération de la TVA sur les frais de gestion, de reversement et sur le montant). Cette activité de centrale d'achats et non de groupement de commandes a un coût pour l'AP-HM évalué à 2 emplois temps plein. Cette activité n'est pas neutre financièrement et se traduirait globalement pour l'AP-HM par un déficit de 1,7 M€.
- [297] Le problème de la TVA déjà évoqué en 2010 lors de la mise en place de la prestation, n'est toujours pas réglé à ce jour. La lettre de la DGFIP du 27 décembre 2010 insistait sur les risques notamment de confusion que comportait la formule retenue au regard des dispositions du code des marchés publics mais également sur l'engagement de responsabilités de différents établissements et de leurs comptables. Elle a, à ce titre, suggéré de demander un rescrit fiscal (dont la rédaction a été confiée par l'AP-HM à un cabinet extérieur).
- [298] L'évolution de la mission confiée à l'AP-HM ayant été mal circonscrite dès le départ et malgré les difficultés soulevées à l'époque, l'attitude de la direction s'est limitée à attendre les problèmes pour les résoudre. A défaut d'anticipation et d'analyse juridique sérieuse, la situation actuelle était inévitable et met en difficulté non seulement l'ordonnateur mais aussi le comptable public. Il est opportun que l'AP-HM se désengage de cette responsabilité et le choix de confier à UniHA la gestion de cette activité est nécessaire. Il convient toutefois de solder la situation générée depuis le début de la prestation. La mission d'audit sur l'optimisation des charges fiscales de l'accord cadre coordonné par l'AP-HM couplée à une mission d'accomplissement et de mise en œuvre des mesures d'optimisation a été confiée à un cabinet après appel d'offre en mai 2013. Cet audit devrait éclairer l'AP-HM sur les conditions de sortie de cette situation.
- [299] On peut s'interroger sur l'intérêt pour l'AP-HM de conduire de telles missions, proches d'activités para-commerciales, consommatrices de temps et de moyens humains pour le compte d'UniHA alors que d'autres priorités seraient à privilégier par l'AP-HM. UniHA devrait assurer en propre ces fonctions de centrale d'achats.
- [300] Selon les dernières informations données à la mission, UniHA aurait donné son accord pour prendre en charge le dossier Microsoft à compter du 1^{er} janvier 2014.

2 UN ETABLISSEMENT CHRONIQUEMENT DEFICITAIRE ET SUR ENDETTE

[301] Bien qu'une amélioration récente de son résultat puisse être observée, l'AP-HM n'a pas encore atteint un équilibre d'exploitation durable et continue à s'endetter, ce qui compromet ses projets de développement. Le manque de fiabilité de ses comptes constitue lui-aussi un obstacle au diagnostic et au pilotage, qu'il faudra rapidement surmonter, dans la perspective de la certification.

2.1 L'appréciation de la situation financière se heurte au manque de fiabilité des comptes

[302] La CRC PACA dans son rapport d'observations définitives sur la situation financière de l'AP-HM, arrêté le 30 mars 2010⁴⁰ avait relevé que certaines écritures « insincères » avait pu avoir un impact financier significatif. Elle concluait que : « *L'examen de la fiabilité des comptes a permis de constater que la pratique du report de charges traduisait de sérieuses tensions budgétaires. Les provisions pour risques, pour charges à répartir et pour dépréciation ne sont pas constituées. Les provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte-épargne temps sont insuffisantes.* » et recommandait en particulier d'apporter plus de rigueur dans la comptabilisation des provisions.

2.1.1 La fiabilité et la qualité des comptes sont perfectibles

[303] La mission a fait porter son contrôle sur les exercices 2003 à 2012 mais n'a pu avoir communication du compte de gestion de 2003 dont aucun exemplaire n'a pu être retrouvé, que ce soit dans les archives de l'ordonnateur ou celle du comptable. Certaines données comptables de cet exercice ont pu néanmoins être traitées à partir d'informations parcellaires.

2.1.1.1 Le principe d'indépendance et de séparation des exercices n'est pas encore totalement respecté

➤ Le rattachement des charges et des produits

[304] Les charges rattachées à l'exercice connaissent d'une année sur l'autre des variations importantes imputables, soit à une mauvaise évaluation du montant à rattacher, soit à des retards dans le mandatement, du fait d'une organisation administrative défectueuse. Le tableau ci-après met en évidence, notamment :

- Le volume excessivement élevé des factures non parvenues (compte 408) qui cache en fait des retards dans le mandatement, en particulier relevant de la pharmacie ;
- L'évolution erratique des charges de personnel à payer (comptes 4286 et 4386) sur la période 2004 à 2009, qui fausse la lecture de l'évolution des charges de personnel inscrites au compte de résultat des années considérées.

⁴⁰ CRC PACA, rapport d'observations définitives sur la situation financière de l'AP-HM, exercice 2004 et suivants, date de communicabilité 9 juillet 2010, site internet de la Cour des comptes.

Tableau 8 : Evolution des charges à payer

En €

n° compte	Intitulé	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
408	Fournisseurs - Factures non parvenues	28 715 969	24 054 019	34 241 219	35 143 890	29 095 374	40 939 811	36 054 661	43 554 740	28 786 925
4281	Prime de service à payer	40 750	8 781 730	11 010 499	10 325 119	11 104 547	11 169 767	9 736 391	9 340 783	10 506 292
4286	Personnel - autres charges à payer	4 689 396	2 823 903	2 469 738	1 963 820	5 945 874	8 264 673	4 500 679	4 076 972	4 380 021
4386	Org soc- autres charges à payer	1 136 328	752 260	180 247	854 435	1 233 526	3 360 140	1 811 503	1 727 594	1 277 767
4486	Etat- autres charges à payer	-	-	-	-	-	-	-	1 547 511	1 621 163
4682	Charges à payer sur ressources affectées	2 037 531	2 029 589	2 599 949	3 143 298	3 968 021	5 125 288	3 348 801	2 391 331	3 275 020
4686	Diverses charges à payer	3 104 915	2 963 410	1 388 982	898 459	4 020 133	1 541 577	2 410 085	441 035	2 046 996

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

[305] S'agissant des produits à recevoir, la CRC avait observé que le compte 418, qui recense les créances de l'établissement n'ayant pu donner lieu à émission de titres de recettes pendant l'exercice, présentait des montants particulièrement élevés sur la période contrôlée. Cette tendance s'est poursuivie au-delà de 2008, ce qui peut s'expliquer du fait de passage à la T2A à 100 % au cours de cet exercice, mais cette explication ne vaut pas pour 2011, le montant inscrit au titre de cet exercice étant nettement supérieur à celui de 2010 et de 2012.

Tableau 9 : Evolution des produits à recevoir (compte 418)

En €

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 425 325	42 368 828	55 464 952	27 302 479	59 781 577	61 589 092	65 756 329	74 200 195	66 865 582

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

➤ Les charges et les produits constatés d'avance

[306] Le compte de produits constatés d'avance enregistre des produits perçus ou comptabilisés avant que les prestations les justifiant aient été effectuées ou fournies ; il a été utilisé pour la première fois en 2012 à l'AP-HM afin de comptabiliser une dotation allouée par l'ARS à la toute fin de l'exercice. Le compte de charges constatées d'avance, qui symétriquement enregistre des achats de biens et services dont la fourniture ou la prestation doit intervenir ultérieurement, n'est pas ouvert dans la comptabilité de l'établissement.

➤ Les charges et produits sur exercices antérieurs

[307] Toutes les charges doivent être rattachées à l'exercice budgétaire au cours duquel elles ont été engagées dès lors qu'elles correspondent à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice et l'emploi du compte 672 « charges sur exercices antérieurs » devrait être très exceptionnel, *a fortiori* depuis l'instauration de l'EPRD, qui a fortement assoupli le régime des crédits limitatifs. La CRC avait constaté que ce n'était pas le cas à l'AP-HM, en particulier pour les charges de personnel⁴¹. Si, pour cette catégorie de charges, des améliorations peuvent être constatées (sauf en 2011), il n'en va de même pour les charges à caractère médical et les charges à caractère hôtelier et général, qui affichent des taux de charges sur exercices antérieurs anormalement élevés, traduisant des déficiences dans l'organisation et le fonctionnement des chaînes de mandatement, relevant des pharmacies et des services économiques.

⁴¹ La chambre notait le report des charges de personnel de 2004 à 2008 dont 14,2 M€ en 2005. L'ordonnateur l'expliquait par la reprise, l'année considérée, du report de charges réalisé l'année précédente. En effet, en 2004, l'établissement n'avait pas rattaché à l'exercice 12 500 000 € de charges, correspondant pour l'essentiel au solde de la prime de service 2004 (versé en avril 2005).

Tableau 10 : Evolution des charges sur exercices antérieurs

En €	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (balance fin juin)
67218 – charges de personnel	924 866	14 257 567	931 156	671 572	824 098	274 840	529 012	3 591 726	538 281	18 087
% de charges du titre correspondant	nd	nd	nd	0,10%	0,12%	0,04%	0,07%	0,50%	0,07%	
67228 Charges à caractère médical	4 529 891	2 453 940	1 458 870	1 881 756	1 868 436	2 796 825	1 055 176	2 931 045	4 586 126	2 192 277
% de charges du titre correspondant	nd	nd	nd	0,89%	0,84%	1,22%	0,44%	1,17%	1,76%	
67238 – charges à caractère hôtelier et général	1 398 165	3 534 600	2 485 033	2 098 531	2 080 897	1716 263	2 087 305	3 452 922	2 551 420	1 003 546
% de charges du titre correspondant	nd	nd	nd	2,36%	2,24%	1,77%	2,00%	3,17%	2,01%	
6728 - autres charges	324 049	495 995	727 968	60 077	8 024	21 767	-	-	17 135	
Total charges sur ex antérieurs	7 176 971	20 742 102	5 603 027	4 711 936	4 781 455	4 809 695	3 671 493	9 975 693	7 692 962	3 213 910
Taux de charges sur ex antérieurs	0,74%	2,04%	0,56%	0,46%	0,43%	0,44%	0,32%	0,84%	0,62%	

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

[308] Le volume des produits sur exercices antérieurs varie grandement d'un exercice à l'autre :

- Les titres annulés sont en augmentation importante sur la période contrôlée, pour atteindre plus de 14 M€ en 2011 et 2012. Les ré émissions suivent le même mouvement mais le ratio ré émission/annulation, qui s'améliore, n'est pas constant.

Tableau 11 : Evolution des annulations de titres de recettes sur exercices antérieurs

En €	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (balance fin juin)
673 titres annulés ex antérieurs	3 923 111	4 555 400	4 980 796	6 334 464	6 794 403	7 383 799	12 344 700	14 532 383	14 655 204	5 948 454
7721 - réémission de titre sur ex clos	1 726 670	2 001 128	nd	2 310 280	3 120 313	3 419 458	7 203 843	10 342 216	9 079 528	6 214 434
ratio réémission S/ annulation	0,44	0,44	-	0,36	0,46	0,46	0,58	0,71	0,62	

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

- Hors procédure Lamda, les autres produits sur exercices antérieurs connaissent des évolutions erratiques, sur lesquelles les rapports d'activité ne fournissent pas d'explication. Des retards dans l'émission des titres de recettes peuvent être à leur origine.

Tableau 12 : Evolution des produits sur exercices antérieurs

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (balance fin juin)
Procédure "Lamda"						2 593 306	14 206 799	5 277 413	6 212 557	966 297
Autres produits Sur ex antérieurs		4 917 758		4 148 991	2 126 012	7 114 080	2 811 522	7 062 357	2 520 026	1 484 329
Total des produits sur ex antérieurs hors ré émission	6 974 164	7 556 685	5 749 423	4 148 991	2 126 012	9 707 386	17 018 321	12 339 770	8 732 583	2 450 626

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

2.1.1.2 L'application des normes en matière de provisions et dépréciations s'améliore sans être tout à fait stricte

[309] Jusqu'en 2011, les mouvements sur les comptes de provisions et dépréciations ne sont pas documentés : l'état F0 annexé au compte financier ne comporte aucune mention littérale et les rapports annuels de l'ordonnateur et du comptable ne donnent que des indications très succinctes. En 2012, une revue détaillée des provisions et dépréciations a été réalisée (cf. annexe 8) et l'état F0, présenté dans le rapport du directeur, comporte désormais des observations sur les motifs de constitution et de reprise sans toutefois qu'y figure de mention sur les motifs de maintien en stock.

[310] Plusieurs comptes de provisions et dépréciations apparaissent sous dotés :

- Le compte 491 – « Dépréciation des comptes de redevables »

[311] La CRC avait souligné que la non utilisation du compte 49 était préoccupante, eu égard aux difficultés que rencontrait le receveur hospitalier à assurer le recouvrement des produits du titre 2. Suite au rapport de la chambre, l'établissement a constitué en 2010 une dépréciation d'1 M€, maintenu en 2011, et a en porté le montant à 7,1 M€ en 2012. Celui-ci demeure cependant insuffisant, compte tenu des risques d'irrecouvrabilité qui pèsent sur les créances détenues par l'AP-HM ; depuis 2010, ces risques peuvent être mieux appréhendés grâce aux modifications intervenues dans la nomenclature des comptes de tiers, qui distingue les redevables-amiable des redevables-contentieux. L'évolution du solde débiteur du compte 416, ci-après, met en évidence une aggravation de ce risque, sur les trois dernières années.

Tableau 13 : Soldes débiteurs des comptes de redevables - contentieux

n° C/	Intitulé	2010	2011	2012
4161	Hospitalisés et consultants - contentieux	12 453 184	11 921 793	15 866 998
4163	Caisses SS- contentieux	109 234	1 405 265	959 202
4165	Départements et mutuelles-contentieux	94 181	750 245	1 065 596
41661	Etat sectorisation psychiatrique ⁴²	326 339	326 339	326 339
41681	Redevables non résidents-contentieux	2 536 799	4 662 184	5 260 511
	Autres	28 289	588 534	638 590
416	Redevables-contentieux	15 548 026	19 654 360	24 117 236

Source : Comptes financiers de l'AP-HM

[312] En outre, il existe un différend sur un volume important de titres émis par l'AP-HM entre 1998 et 2012, et ayant été rejetés par la CPAM13 (cf. infra). Les créances en cause, évaluées par le comptable à 21 327 303 € n'ont pas été classées dans le compte de redevables contentieux et n'ont pas davantage été provisionnées alors que le risque de non recouvrement est réel.

[313] Il faut enfin souligner que les pertes sur créances irrécouvrables ne sont pas comptabilisées dans le compte de résultat à hauteur de ce qu'elles devraient être ;

- jusqu'en 2010 des créances admises en non valeur (ANV) subsistent au bilan alors qu'elles auraient du être passées en perte au compte de résultat ;
- en 2011 et 2012, les montants imputés au compte 6541 sont très faibles et ne correspondent pas à la réalité des irrécouvrables.

[314] Le comptable note dans son rapport sur le compte financier 2012 une insuffisance d'apurement des créances irrécouvrables par admission en non-valeur et indique que « le budget

⁴² Ce compte aurait du être soldé si les diligences nécessaires avaient été faites en leur temps pour obtenir de l'Etat le remboursement cette créance

alloué aux créances irrécouvrables devra être relevé de manière significative et correspondre à la réalité des créances dépréciées ». Il faut donc rappeler que le compte sur lequel sont inscrites les pertes sur créances irrécouvrables fait partie d'un chapitre budgétaire comportant des crédits évaluatifs et rien ne devrait s'opposer à ce qu'y soit imputée la totalité des ANV qu'il convient d'apurer dans l'année.

Tableau 14 : Evolution des créances irrécouvrables (en €)

n° C/	intitulé	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
4152	Créances irrécouvrables par l'ordonnateur	5 908 291	2 881 548	3 537 021	2 753 651	2 749 577	2 737 050	1 850	-	-
H 6541	Perte s/ créances irrécouvrables	7 814 204	11 796 176	8 072 137	4 195 339	2 805 835	3 524 926	6 667 803	1 221 983	1 112 800

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

- Le compte 143 – « Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) »

[315] Tant la CRC que l'IGAS ont souligné que cette provision était insuffisamment dotée. Le rapport IGAS portant sur le contrôle de la politique de gestion des ressources humaines de l'AP-HM⁴³ recommande d'augmenter la provision relative aux comptes épargne temps, en anticipant les exigences de la certification des comptes (Recommandation n°37). Jusqu'en 2011, les mouvements sur le compte de provision semblent obéir davantage à un objectif d'équilibre budgétaire qu'à la volonté de couvrir la charge pesant sur l'établissement du fait du stock de jours de RTT accumulés. Pour 2012 l'établissement indique avoir calculé la dotation sur la base des jours épargnés au cours de l'année.

Tableau 15 : Historique des mouvements sur le compte 143 – « Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) »

En €

Année	Balance d'entrée	Dotations	Reprises	Balance de sortie
2006 ⁴⁴	6 445 239			6 445 239
2007	6 445 239			6 445 239
2008	6 445 239		1 700 544	4 744 695
2009	4 744 695	1 700 000		6 444 695
2010	6 444 695	1 341 365	1 700 000	6 086 060
2011	6 086 060	4 000 000	750 000	9 336 060
2012	9 336 060	3 773 308		13 109 368
2013 (EPRD)	13 109 368	3 700 000	3 251 225	13 558 143

Source : Comptes financiers de l'AP-HM

[316] L'article 11-1 du décret n°2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière, modifié par le décret n°2012-1366 du 6 décembre 2012, oblige les établissements à comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte dans des conditions fixées par arrêté ministériel, non encore publié à ce jour. Dans l'attente de ce texte, l'AP-HM a valorisé le stock existant au 31 décembre 2012, en prenant comme base, pour le PNM, les salaires et les charges patronales afférentes des agents concernés et pour le PM, le montant fixé

⁴³ Rapport IGAS RM2012-131P décembre 2012

⁴⁴ Le compte 143 a été ouvert dans la nomenclature comptable en 2006

pour l'indemnisation des jours de CET, 300 € majoré des charges patronales, soit 450 €, ce qui donne :

- PNM : 10 259 628 €

- PM : ...18 341 550 €

Total :28 601 178 €

Le taux de couverture du risque par la provision est donc actuellement de 45,8%

➤ Le compte 152 – « Provision pour risques et charges sur emprunts »

[317] Ce compte a été ouvert dans la nomenclature en 2013 afin de retracer les provisions constituées pour risques sur les emprunts dit structurés, et jusque-là comptabilisés au compte 1518. L'AP-HM a constitué une provision de 6 354 745 € qui paraît insuffisante au regard du risque encouru (cf. *infra*).

2.1.1.3 La comptabilisation des immobilisations appelle des améliorations substantielles

[318] Le fichier des immobilisations est mal tenu, ce dont conviennent le DAF et le comptable et que la mission a pu vérifier.

[319] Les sorties d'actifs ne sont pas suivies ; ainsi, au vu du fichier des immobilisations de la DNA au 31/12/2012, il peut être constaté que des travaux d'aménagement se rapportant à plusieurs immeubles ayant fait l'objet d'une cession antérieurement à 2012 continuaient à être amortis.

[320] La distinction entre immobilisations et charges n'est pas strictement respectée ; le fichier des immobilisations de la DNA comportent des biens d'une valeur très inférieure au seuil de 500 € TTC, ainsi, un lot d'oreillers d'une valeur brute de 119 € amortis sur 15 ans et répertoriés dans la rubrique mobilier de bureau où encore des aménagements d'une valeur brute de 5,39 € amortis sur 60 ans. Pour anecdotiques que soient ces exemples ils sont illustratifs d'un manque de sérieux dans la gestion comptable des immobilisations.

[321] Les durées d'amortissement sont trop longues et ne correspondent pas à la durée normale d'utilisation des biens ; le tableau ci-après compare les durées en vigueur à l'AP-HM et celles proposées à titre indicatif par l'instruction M21. Le rapport sur le compte financier 2012 indique qu'à partir de 2013 la durée d'amortissement des bâtiments sera ramenée à 40 ans, mais il n'est pas prévu de réduire les durées pour les autres catégories d'immobilisations.

Tableau 16 : Durées d'amortissement en vigueur en 2012, en années

Immobilisations	En vigueur à l'AP-HM	Proposées par la M21	
		Minimum	Maximum
Bâtiments	50	20	30
Matériel	10	7	10
Matériel biomédical	10 - 15	4	5
Matériel informatique	7	2	3
Outils	10	5	10
Automobiles et matériel roulant	15	4	5
Mobilier	15	10	
Matériel de bureau	15	5	10
Agencements et installations	20	10	20
Logiciels	7	2	3

Source : Etat F2 du compte financier 2012 de l'AP-HM et instruction M21

[322] L'amortissement linéaire est appliqué, ce qui est la règle de droit commun, mais l'AP-HM ne pratique pas le «*prorata temporis*» même s'il prévoit de le faire « à l'avenir »⁴⁵.

2.1.1.4 Des erreurs d'imputation comptable faussent la lecture des comptes

[323] Sans se livrer à une vérification exhaustive des justes imputations comptables, la mission a pu relever des erreurs qui interrogent sur la qualité des inscriptions et sur l'efficacité du contrôle interne :

- Sur les comptes d'achats de médicaments et de dispositifs médicaux

[324] La nomenclature comptable permet de distinguer, au sein des achats à caractère médical et pharmaceutique:

- les produits pharmaceutiques et produits à usage médical destinés à être consommés dans le processus de soin (comptes 60211 et 6022, hors 602261) ;
- les spécialités pharmaceutiques et les dispositifs médicaux implantables facturables à l'assurance maladie en sus des GHS et inscrites sur une liste établie en application de l'article L 162-22-7 du CSS (comptes 60221 et 602261) ;
- les médicaments faisant l'objet de rétrocession au public (compte 6071).

[325] Les règles imputation comptable applicables en la matière ne sont pas respectées à l'AP-HM :

- D'une part, le compte 6071 n'est pas ouvert dans la comptabilité de l'établissement, en méconnaissance des dispositions de l'instruction M 21 selon lesquelles : « *Le compte 607 doit enregistrer les achats de marchandises devant être revendues en l'état (comptabilisation de la vente au compte 707). Aussi, l'achat de médicaments devant faire l'objet d'une rétrocession doit-il être enregistré à ce compte. Dans la mesure où on ne connaît pas initialement la destination de l'achat de médicaments (consommation ou rétrocession), il convient de procéder en clôture d'exercice à une ré-imputation de l'achat des médicaments rétrocedés vers le compte 607 (mandat d'annulation sur le compte 602 et mandat sur le compte 607).* »
Les achats de médicaments rétrocedés sont imputés à tort au compte 60221 où ne devraient normalement figurer que les achats de spécialités inscrites sur la liste en sus.
- D'autre part, certaines spécialités et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ne sont pas imputés sur les comptes 60221 et 602261 et, à l'inverse, figurent sur ces comptes des achats de produits non inscrits sur la liste. Ainsi, en 2012 plus de 2,7 M€ d'achats de médicaments et DMI n'ont pas été retracés dans les bons comptes.⁴⁶

- Sur les intérêts courus non échus (ICNE)

[326] En 2010 les ICNE, d'un montant de 5 111 790 €, ont bien été comptabilisés sur le compte 6611 mais la contrepartie a été inscrite à tort au crédit du compte 4671 - « créiteurs divers » et non pas au compte 1688, comme elle aurait dû ; cette anomalie n'a été décelée qu'en 2011 lors des écritures de régularisation. Elle a eu pour effet en 2010 de fausser le calcul et le niveau du fonds de roulement.

- Sur les comptes d'attente

[327] La CRC avait déjà constaté une certaine propension à l'utilisation de comptes d'attente, ainsi du compte 4718 - « Recettes à classer et à régulariser », qui faisait apparaître des soldes

⁴⁵ Page 133 du rapport de présentation du PGFP 2013. Il faut rappeler que, si l'instruction M21 admet à titre dérogatoire que l'amortissement peut être calculé à partir du premier jour de l'exercice suivant la date de mise en service, le calcul « *prorata temporis* » est de droit.

⁴⁶ Voir note de problématique DAI-DCG-DAF en annexe

particulièrement élevés pouvant être l'indice d'une sous-évaluation, en clôture d'exercice, des recettes d'exploitation. Des sommes importantes continuent d'être inscrites sur ce compte, qui a même enregistré à tort en 2010 des recettes de T2A. Le comptable mentionne dans son dernier rapport annuel d'activité que « *L'effort d'apurement a permis de réduire de manière significative le volume des recettes à régulariser (- 28,14 %). Une action a été mise en place avec l'ordonnateur, dans le but d'apurer rapidement les sommes comptabilisées sur ce compte. A chaque réunion mensuelle des états sont remis à la direction des affaires financières pour permettre l'émission des titres de régularisation.* »

Tableau 17 : Evolution des recettes à classer et à régulariser (compte 4718)

En €

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
3 883 391	4 826 679	4 039 814	2 487 586	2 266 613	1 461 419	72 953 157	2 439 844	1 730 700

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

2.1.1.5 Les remboursements de frais par les CRPA au CRPP n'ont pas toujours respecté la sincérité des comptes

- [328] Les remboursements de frais des comptes de résultat annexes au compte de résultat principal connaissent d'une année sur l'autre des variations importantes qui ne s'expliquent pas par la réalité des charges communes imputées aux activités annexes. Une note de la DAF datée de mai 2013 est venue préciser les règles et modalités de calcul qui devraient désormais s'appliquer.

Tableau 18 : Evolution des remboursements de frais des comptes de résultat annexes au compte de résultat principal

En €

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 635 984	1 581 176	1 305 024	1 261 296	1 884 137	1 341 050	1 268 593	1 905 066

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

2.1.1.6 Une organisation financière et comptable à structurer et conforter

- [329] Les constats qui précèdent interrogent sur l'efficacité de l'organisation financière et comptable de l'AP-HM.
- [330] Le contrôle interne est manifestement déficient ; il faut relever le manque de traçabilité des contrôles, quand ils ont lieu, le caractère inexistant ou fragmentaire de la documentation, l'absence d'uniformisation des processus entre les sites.
- [331] La direction des affaires financières (DAF) n'occupe pas la place qui devrait être la sienne au centre du dispositif. Elle n'a pas encore complètement intégré la logique financière et comptable instaurée par la création de l'EPRD, elle continue à raisonner comme si tous les crédits budgétaires étaient limitatifs, et se préoccupe de présenter un résultat comptable facialement acceptable, à défaut de donner une image fidèle de la situation de l'établissement.
- [332] Elle n'a pas autorité sur les bureaux des entrées des sites géographiques et ne maîtrise pas le processus de facturation et de recettes sur lequel elle n'a pas d'influence, bien qu'elle ait à gérer les conséquences des déficiences en ce domaine (Cf. rejet B2 Noémie).
- [333] Elle fonctionne souvent comme une chambre d'enregistrement des décisions prises par les autres directions et auxquelles elle n'est pas associée, en dépit des incidences financières qu'elles

comportent ; ainsi, le projet de PFL, qui ne fait pas appel à des financements classiques, a été entièrement géré par la direction des services économiques alors que l'implication de la DAF, à tout le moins sur le volet financier, semblait devoir se justifier pour une opération qui aggrave la dette de l'AP-HM de 88 M€.

[334] S'agissant des mesures de retour à l'équilibre financier, domaine dans lequel elle devrait être pilote, la DAF demeure à l'écart des décisions et du suivi ; elle n'a pas participé à la préparation et à la rédaction de l'avenant au CPOM, signé mi-2012, coordonnées par la direction de la performance, elle n'est pas en possession de la synthèse du bilan réalisé en 2012, et ne fait pas partie du comité de liaison ARH/AP-HM.

[335] Les relations entre l'ordonnateur et le comptable sont jugées bonnes par les intéressés, mais le trésorier souhaiterait avoir affaire côté AP-HM à moins d'interlocuteurs ; il est prévu la signature d'une nouvelle convention de partenariat en 2013 ; celle-ci devra tout particulièrement mettre l'accent sur l'amélioration de la fiabilité et de la sincérité des comptes, dans la perspective de la certification.

2.1.2 Des décisions ont été prises pour se préparer à la certification

[336] L'AP-HM a pris conscience récemment des insuffisances de son système comptable, incitée en cela par l'obligation à laquelle elle va bientôt devoir se soumettre de faire certifier ses comptes. Elle entend utiliser la certification comme levier du changement des pratiques. Pour ce faire, il a été décidé de créer une direction de l'audit interne et de se faire accompagner dans la préparation à la certification.

2.1.2.1 La création de la direction de l'audit interne

[337] Les missions de cette nouvelle direction, créée en 2012, correspondent à la définition couramment admise de l'audit interne : *"Activité indépendante et objective qui donne à une organisation une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations, lui apporte ses conseils pour les améliorer, et contribue à créer de la valeur ajoutée. L'activité d'audit interne aide cette organisation à atteindre ses objectifs en évaluant, par une approche systématique et méthodique, ses processus de management des risques, de contrôle, et de gouvernement d'entreprise, et en faisant des propositions pour renforcer leur efficacité. "*

[338] Ces missions sont plus précisément ciblées sur l'évaluation du dispositif de contrôle interne financier et comptable, en vue de préparer l'établissement à la certification de ses comptes, la directrice de l'audit interne ayant été désignée comme chef du projet certification.

[339] La création de cette direction, dotée de plusieurs auditeurs, devrait permettre un moindre recours à des prestataires extérieurs, dont l'établissement est très friand et qui lui coûte cher, et une meilleure utilisation des ressources internes, qui ne sont pas négligeables.

[340] Plusieurs actions, en relation avec le contrat performance, ont été engagées, dont l'impact sur la qualité des derniers états financiers est d'ores et déjà visible :

- Audit et définition d'un plan d'action sur le processus de paye ;
- Audit du processus de commande de la pharmacie ;
- Audit sur la comptabilisation des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus ;
- Suivi des conventions
- Inventaire des immobilisations : un prestataire commence le travail la semaine du 30/5 ;
- Travail de revue et de mise à jour des provisions et dépréciations ;
- Audit sur le processus de gestion des conventions.

2.1.2.2 La préparation à la certification

[341] En application d'un accord cadre UniHA, l'AP-HM a confié à la société KPMG une mission d'accompagnement et de préparation à la certification de ses comptes ; il est attendu de ce prestataire :

- Le déploiement d'une démarche projet ;
- L'animation de groupes de travail ;
- La préparation des comités de pilotage certification ;
- La réalisation des cartographies des risques ;
- L'identification des risques majeurs ;
- L'élaboration des plans d'actions détaillés ;
- L'organisation de sessions de formation ;
- L'évaluation des écritures correctives à passer.

[342] Le cabinet KPMG a fourni le 6 août 2013 un premier livrable sous forme d'une cartographie des risques ayant un impact sur les états financiers, portant sur les différents cycles définis dans le guide méthodologique annexé à la circulaire interministérielle DGOS/DGFiP/2011/391 du 10 octobre 2011 (achats, immobilisations, personnel, recettes, recherche, trésorerie-endettement, systèmes d'information). Ce document identifie pour ces cycles, des risques clés qui corroborent très largement les constats de la mission.

[343] Une trentaine de risques ainsi identifiés sont classées dans les cartographies correspondantes comme présentant à la fois un impact financier élevé et une probabilité de survenance également élevé. La nécessité et l'urgence de mesures visant à améliorer très fortement la fiabilité et la qualité comptable de l'AP-HM se trouvent confirmées.

Recommandation n°6 : Mettre en œuvre sans délai un plan d'actions pour assurer la fiabilité et la sincérité des comptes

2.2 La réduction récente du déficit d'exploitation ne conduit pas encore à une situation d'équilibre durable

2.2.1 Une exploitation chroniquement déficitaire, en dépit des aides allouées

[344] L'activité principale de L'AP-HM a été constamment déficitaire pendant la période sous revue, en dépit des aides conséquentes dont elle a bénéficié et seules les activités annexes, essentiellement les cessions d'immobilisations de la DNA, permettent au résultat de l'entité juridique d'approcher l'équilibre en 2012.

Tableau 19 : Evolution des résultats

En €

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Compte de résultat principal (H)	-21 891 037	-11 592 976	-47 923 341	-28 043 092	-49 766 017	-58 430 547	-34 831 097	-24 781 089	-14 778 414	-12 057 711
Comptes de résultat annexes :										
DNA (A)	282 435	212 485	931 464	788 274	7 712 411	3 906 384	3 597 158	15 508 158	9 432 502	9 718 173
Ecoles (C)			62	0	-245	17 159	253 185	499 247	707 886	1 186 452
CAMSP Timone (P1)	-40 029		41 551	79 301	343 734	278 516	400 612	597 421	502 941	330 222
CAMSP Nord (P2)			231 060	139 379	132 595	107 194	154 463	263 923	183 021	109 507
CSST Beaumette (P3)	-31 689		-67 918	-32 073	-31 777	36 695	-114 493	-29 069	257 612	152 600
CSST addict (P4)		318 007	62 127	37 726	32 850	46 012	109	2 916	129 962	72 313
Centre ressources autisme (P5)			169 318	145 795	-3 156	25 515	-44 545	-136 609	3 344	-61 499
CAARUD (P6)					178 916	258 007	34 875	198 600	218 607	70 801
Entité juridique	-21 680 317	-11 062 485	-46 555 676	-26 884 690	-41 400 689	-53 755 063	-30 549 734	-7 876 501	-3 342 535	-479 143

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

[345] Au cours de cette période, l'établissement a pourtant reçu des aides à divers titres, allouées en contrepartie d'effort de retour à l'équilibre ou à la suite de démarches effectuées au niveau national. Au total, près de 80 M€ lui auront été versés sur dix ans.

Tableau 20 : Aides allouées en soutien au retour à l'équilibre

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dotation globale Non reconductible (NR)	5 000 000								
Aide à la contractualisation (NR)		8 284 500		3 700 000	5 302 500	5 203 000	3 925 000	5 000 000	1 586 961
Dotation annuelle de financement (NR)		5 671 200		1 300 000		1 930 000		5 000 000	1 056 905
Dotation annuelle complémentaire			15 000 000	11 538 462					
Total	5 000 000	13 955 700	15 000 000	16 538 462	5 302 500	7 133 000	3 925 000	10 000 000	2 643 866

Source : ARS et AP-HM

[346] Hors aide, les principaux indicateurs financiers font apparaître une dégradation de 2004 à 2007, année au cours de laquelle la CAF devient négative et la marge brute quasiment inexistante. Une amélioration est ensuite observée jusqu'en 2012, sans pour autant que ces deux indicateurs n'atteignent les niveaux souhaitables pour attester d'un retour à l'équilibre durable.

Tableau 21 : Evolution des indicateurs financiers d'exploitation (hors aides exceptionnelles)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat EJ	-21 680 317	-16 062 485	-60 511 376	-41 884 690	-57 939 151	-59 057 563	-37 682 734	-11 801 501	-13 342 535	-3 123 009
CAF EJ	21 324 336	30 868 020	-6 086 843	15 045 683	-16 233 116	17 601 666	20 649 076	48 998 591	44 785 575	54 291 865
Marge brute	38 578 259	55 343 091	23 338 218	25 942 801	2 488 499	39 905 546	27 124 476	59 612 607	58 151 646	72 025 850
Taux de CAF	2,3%	3,2%	-0,6%	1,5%	-1,6%	1,7%	1,9%	4,2%	3,7%	4,3%
Taux de marge brute	4,3%	5,9%	2,5%	2,7%	0,3%	3,8%	2,6%	5,3%	5,1%	6,1%

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM et calculs IGAS

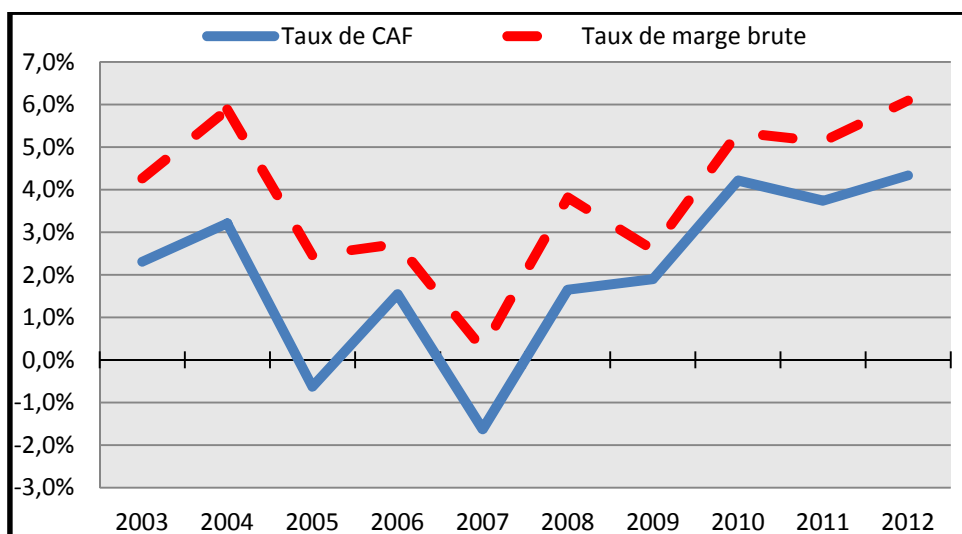
Tableau 22 : Taux de CAF et de marge brute comparés aux références Hospidiag

	2012	2013	Référence Hospidiag 2011 CHR	
	Compte financier	EPRD	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Taux de CAF	4,3%	3,8%	3,8%	9,4%
Taux de marge brute	6,1%	6,3%	5,8%	10,2%

Source : Compte financier et EPRD de l'AP-HM et calcul IGAS

[347] En effet, le taux de CAF et le taux de marge brute, constatés en 2012 et prévus selon l'EPRD 2013, se situent dans la fourchette basse de ces indicateurs pour la catégorie des CHR du référentiel Hospidiag et sont d'un niveau insuffisant pour couvrir les engagements financiers de l'établissement (cf. *infra*).

Graphique 1 : Evolution du taux de CAF et du taux de marge brute (hors aides)



2.2.2 Un objectif de retour à l'équilibre toujours repoussé

2.2.2.1 Un établissement historiquement sur doté

[348] Sous le régime de la dotation globale, l'AP-HM présentait la valeur de point ISA la plus élevée de la métropole, hors Paris

Tableau 23 : Valeur du point ISA 2000

	Valeur du point ISA
AP-HM	14,26
Moyenne pondérée région PACA	12,91
Moyenne pondérée CHR	13,30
Moyenne nationale	12,75

Source : rapport IGAS 2002 123 de janvier 2003

[349] Etablissement sur doté dans une région elle-même sur dotée, l'AP-HM subissait donc une double péréquation nationale et régionale, qui n'a pas suffi à ramener le niveau de ses ressources à la moyenne. Lors du passage à la T2A à 100 %, en 2008, son coefficient de transition s'établissait à 1,0952, devant se traduire par une perte de recettes de près de 47 M€ au terme du processus de convergence. Bien que ces constats soient anciens et connus, les mesures correctrices ont tardé à être prises et les déficits se sont accumulés.

2.2.2.2 Des engagements de retour à l'équilibre inaboutis

[350] Pendant la période sous contrôle pas moins de trois engagements de retour à l'équilibre ont été signés par l'AP-HM et sa tutelle régionale, les deux premiers restant inaboutis et le troisième suffisamment vague pour que son inexécution ne puisse être sanctionnée.

- Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) du 29 décembre 2006

[351] Suite à une demande pressante de l'échelon national et alors que l'AP-HM avait déjà connu une succession d'exercices déficitaires, un premier CREF était signé le 29 décembre 2006, pour la période 2007-2011, au terme de laquelle l'établissement aurait dû être revenu à l'équilibre.

[352] L'AP-HM s'engageait à :

- Maintenir le rythme de ses investissements, tout en maintenant les dépenses d'investissement à un niveau correspondant à un tableau joint en annexe du contrat, « *sans remise en cause structurelle de consistance des opérations mais dans le cadre d'une recherche systématique de révision à la baisse des surfaces construites et des coûts d'objectifs* ». Il était précisé que le montant annuel des investissements ne pourrait excéder 175 M€ sur la période du contrat ;
- Maîtriser la croissance de la masse salariale, par une politique de non remplacement ciblée des départs à la retraite ;
- Maîtriser la croissance de ses coûts logistiques, par une rationalisation de la gestion permettant de limiter l'impact des surcoûts liés à la mise en service des installations nouvelles ;
- Assurer une croissance des recettes issues de l'activité à une hauteur minimale de 2 % par an, grâce une meilleure description de l'activité, une hausse de son niveau et une optimisation de la facturation ;
- Dynamiser son patrimoine par des cessions ou des valorisations d'actifs pour un montant minimum de 30 millions d'euros sur la période du contrat ;
- Maintenir les ratios liés à la dette à un niveau acceptable, compatible avec les ratios observés dans des CHU comparables;
- Parvenir sans aide supplémentaire à l'équilibre budgétaire en 2011.

[353] L'ARH, pour sa part, s'engageait à :

- Confirmer ses engagements financiers pris dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Reconduire le dispositif de soutien actif dans l'instruction des opérations d'investissement, pour maintenir les délais d'exécution au niveau minimum ;
- Autoriser les EPRD déficitaires, pendant la période d'exécution du plan de retour à l'équilibre, dans la limite des masses financières figurant en annexe du contrat;
- Apporter toute aide technique et soutien à l'AP-HM pour la réalisation des objectifs du contrat.

[354] Une aide nationale de 15 M€ était attribuée sous forme de crédits au titre de la dotation annuelle complémentaire, devant évoluer au rythme de dégressivité de cette dotation, selon le schéma de transition de la T2A applicable à cette époque.

- L'avenant du 8 juillet 2009 au CPOM et le plan de retour à l'équilibre du 16 janvier 2009 en annexe

[355] Avant que le CREF du 29 décembre 2006 ne soit arrivé à son terme, et sans qu'il y soit fait référence, un second engagement contractuel était signé le 8 juillet 2009 sous forme d'avenant à l'article 4 du socle du CPOM alors en vigueur.

[356] A cet avenant était annexé un plan de redressement, daté du 16 janvier 2009, comportant 111 mesures groupées dans 25 chantiers, autour des 6 axes prioritaires suivants ;

- Mieux valoriser les activités du CHU,
- Développer l'activité,
- Améliorer l'organisation des plateaux techniques, et donc la productivité,
- Gagner en efficacité,
- Optimiser la chaîne de facturation et le recouvrement,
- Maîtriser la gestion du patrimoine et les investissements,

[357] Le retour à l'équilibre était repoussé en 2014.

[358] Un dispositif de suivi était prévu, prenant la forme d'une part, d'une revue quadrimestrielle dans le cadre d'un comité de suivi et d'autre part, d'un rapport annuel d'exécution. Ces modalités n'ont pas été respectées mais l'AP-HM a pris l'initiative d'établir en janvier 2012 un bilan intermédiaire de l'exécution du plan de redressement, couvrant la période 2009-2011.

➤ Le CPOM du 9 juillet 2012

[359] Un nouveau CPOM est signé le 9 juillet 2012 ; il ne se réfère pas à l'avenant du 8 juillet 2009 dont on ne sait dès lors s'il est toujours en vigueur, bien qu'il ne soit pas arrivé à son terme. Les seules dispositions financières qu'il comporte s'intitulent « *Préserver ou restaurer l'équilibre financier et les capacités d'investissement* » et visent à l'atteinte d'un taux de marge brute dit « opérationnel » et d'une diminution de la durée de remboursement de la dette par la CAF. Il est stipulé que « *la direction de l'établissement a le libre choix des moyens pour y parvenir mais il lui est demandé de préciser son plan d'actions ultérieurement, dans le cadre d'un avenant au présent CPOM* », sans qu'il soit fait mention du délai imparti à l'AP-HM pour présenter le dit plan, ce qui n'a d'ailleurs pas été fait à ce jour.

➤ Le placement sous surveillance du comité des risques financiers

[360] L'AP-HM a été placée en 2010 sous la surveillance du comité des risques financiers qui s'est réuni le 15 novembre 2010 et a demandé de produire les livrables et mettre en œuvre les orientations suivantes :

- Faire parvenir une note sur l'évolution des effectifs ;
- Transmettre une note sur la politique d'investissement avec une priorisation des opérations envisagées ;
- Signer un contrat de performance avec l'ANAP ;
- Engager un travail sur la traçabilité des publications et essais cliniques ;
- Se rapprocher de la DSS afin de bénéficier d'un appui pour le règlement des créances auprès des états du bassin méditerranéen.

[361] Six mois plus tard, l'IGAS⁴⁷ a procédé à la revue de la mise en œuvre des actions préconisées. Il en ressort principalement que :

- La réduction du déficit du CRP en 2010 est principalement imputable à l'impact positif de la version de codage V11b, à l'amélioration de la valorisation des activités et à l'optimisation des recettes des titres 2 et 3.
- Des mesures d'optimisation du temps non médical ont bien été mises en œuvre, et certaines, telles la révision des règles d'avancement ou l'organisation des astreintes, sont de nature structurelle. Cependant, la masse salariale a augmenté en 2010, sa progression est inscrite à l'EPRD 2011 et la définition d'effectifs cible dans le cadre des indispensables réorganisations d'activités, reste à venir.
- La réduction du nombre de séjours sans supplément dans les services de réanimation doit être poursuivie notamment par la mise en place de services de surveillance continue afin de permettre un recentrage de l'activité de réanimation et partant, un ajustement des capacités et des moyens correspondants.
- Plus largement, une orientation nette dans le sens de la recherche d'efficacité et de rationalisation des conditions de fonctionnement est indispensable. Les premières dispositions prises en ce sens doivent être poursuivies et amplifiées.
- Enfin, les actions résolues de retour à la légalité dans l'application des règles d'emploi doivent être confirmées et étendues.

⁴⁷ Rapport IGAS n° au comité des risques financiers de juillet 2011.

2.2.2.3 Il est nécessaire de clarifier et contractualiser la stratégie de retour à l'équilibre

[362] A l'heure actuelle, l'ARS et l'AP-HM semblent ne plus savoir dans quel cadre juridique s'inscrit la démarche de retour à l'équilibre à laquelle l'établissement doit s'astreindre. Il est à cet égard regrettable que le CREF du 8 juillet 2009, qui avait le mérite de se référer à un PRE structuré, documenté et échelonné dans le temps, soit, de fait, considéré comme caduc par les deux parties, au profit de l'objectif de taux marge brute auquel se réduit le volet financier du CPOM du 9 juillet 2012.

[363] Il convient donc de rappeler que la mise sous surveillance de l'AP-HM par le CRF, devenu COPERMO, n'a pas dessaisi l'autorité de tutelle régionale de ses responsabilités, comme le rappelle la circulaire du 5 juin 2013 : ⁴⁸ « Concernant le suivi individuel de certains établissements, le comité conduit sa mission dans le strict respect du principe de subsidiarité, c'est-à-dire en traitant uniquement des situations pour lesquelles une intervention de l'échelon national est absolument nécessaire et utile et dans le respect des missions confiées aux ARS, échelon de droit commun pour traiter ces sujets. »

[364] En conséquence, la mission juge indispensable que l'AP-HM et l'ARS se mettent rapidement d'accord sur les termes d'un contrat de retour à l'équilibre fixant des objectifs annualisés, en s'appuyant sur le CREF du 8 juillet 2009 actualisé et sur les constats et recommandations du présent rapport.

2.2.3 Les voies et moyens du retour à l'équilibre sont connus mais les efforts pour y parvenir demeurent encore insuffisants

[365] Depuis dix ans, les rapports, tant de l'IGAS que de la CRC, ont mis en évidence les faiblesses de l'institution et formulé des recommandations qui, si elles avaient été pleinement suivies, auraient permis de retrouver un équilibre d'exploitation durable.

2.2.3.1 Les charges de personnel ne sont pas encore complètement maîtrisées

[366] Au vu des résultats connus au 31/12/2011, la mission IGAS⁴⁹ avait constaté que la gestion du personnel demeurait en retrait des ambitions affichées dans le plan de retour à l'équilibre, l'évolution des effectifs non médicaux depuis 2001, quoique mesurée, n'ayant pas permis de mettre fin au sureffectif constaté lors de la mise en place de la tarification à l'activité et l'évolution des effectifs médicaux, pendant la même période, paraissait encore moins maîtrisée. Plusieurs recommandations avaient été formulées.

[367] Ces constats demeurent d'actualité un an plus tard (cf. annexe 9)

➤ Concernant le personnel médical

[368] Les charges de personnel médical connaissent une croissance importante (+ 4,9 % sur deux ans) imputable certes à l'augmentation du nombre d'internes, financée par ailleurs, mais aussi à des recrutements médicaux (+1,35 M€ en 2012) et aux gardes et astreintes (+ 11,1 % en 2012).

[369] La mission IGAS précitée considérait que l'organisation des gardes et astreintes, dont le coût total s'élève à plus de 20 millions €, pourrait être revue, notamment à l'ouverture du bâtiment

⁴⁸ Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

⁴⁹ Rapport RM2012-131P

médico-technique de la Timone, de manière à en diminuer l'incidence pour l'AP-HM d'au moins 1 M €. Cet objectif d'économie doit être maintenu et même amplifié.

[370] Il convient également de donner suite aux deux recommandations qu'avait formulées la mission dans le but d'augmenter la productivité médicale :

- Recommandation n°1 : Déterminer, dans le cadre des pôles, l'activité moyenne par praticien, pour la comparer, dans chaque discipline médicale, à la moyenne de celle constatée dans les CHU ;
- Recommandation n°2 : Comparer la valeur moyenne d'un séjour, dans chaque spécialité médicale de l'AP-HM, à la valeur moyenne des mêmes spécialités de CHU comparables, afin de s'assurer de la validité du codage de l'activité

➤ Concernant le personnel non médical

[371] Les charges de personnel non médical continuent à croître (+ 2 % sur les deux dernières années, hors impôts et taxes sur rémunérations), malgré les départs volontaires coûteux financés dans la cadre de la CLASMO (cf. *supra* partie 1 point 145). Les charges du personnel titulaire et stagiaire augmentent sur cette période de 2,9 %, en raison de la mise en stage de 515 contractuels à durée déterminée.

[372] La mise en service de la nouvelle plateforme logistique est présentée comme devant permettre la réalisation d'économies substantielles, notamment sur les charges de personnel, correspondant à une réduction d'effectifs de 135 postes⁵⁰. Toutefois, le caractère extrêmement succinct du document de calcul du retour sur investissement (ROI) de l'opération et l'absence de réponse aux demandes réitérées de précisions de la mission rendent celle-ci dubitative sur l'atteinte des objectifs d'économies affichés.

[373] En outre, cette plateforme, si elle regroupe bien l'ensemble des activités de blanchisserie et restauration, jusque-là sous traitées ou dispersées, n'accueille qu'une partie des unités de stérilisation de l'AP-HM, celle de la Timone étant maintenue en service, sans que les raisons de ce choix apparaissent clairement.

[374] Enfin, les pharmacies, sont restées complètement en dehors du périmètre du projet, alors que leur organisation et leur fonctionnement administratif et comptable sont perfectibles et que leurs coûts au regard de la base d'Angers paraissent particulièrement élevés (8,9 € la ligne de dispensation vs 6,24 € pour la catégorie des CHR en 2011).

[375] Pour un investissement, réalisé en contrat de partenariat, d'un montant de 87,8 M€, il eût été souhaitable que les ambitions en terme d'amélioration de la productivité fussent plus larges et que les calculs économiques ayant fondé la décision mieux étayés.

[376] D'une manière plus générale, la taille des unités de soins n'est pas optimale au regard de la fixation des effectifs de personnels soignants : hors unités spécifiques (Réa, SC, SI, HTCD) les capacités de l'AP-HM sont réparties en 121 unités dont la taille moyenne est de 20,6 lits et le taux d'occupation moyen corrigé est de 86,6 %⁵¹. Dans certains pôles les tailles d'unités sont inférieures à cette moyenne, ainsi que le taux d'occupation (annexe 10) :

⁵⁰ Page 11 du rapport de présentation de l'EPRD 2013.

⁵¹ Document établi par la direction de la performance de l'AP-HM en annexe

Tableau 24 : Taille et taux d'occupation de certaines unités

Désignation du pôle	Taille moyenne des unités	Taux d'occupation
Locomoteur Sud	18,5	65,4 %
Pédiatrie	20,3	71,5 %
Organes des sens	20	72,6 %
Cervico facial	18,6	70,1 %

Source : Direction de la performance de l' AP-HM

- [377] Des marges de progrès existent donc dans le cadre des restructurations en cours ou à venir mais il est dommageable que pour des investissements récents le choix de petites tailles d'unités ait encore été retenu ; ainsi, le bâtiment de psychiatrie du Boulevard Baille a-t-il été réalisé sur la base d'unité en moyenne de 15,5 lits.
- [378] Concernant la DSIO, l'audit réalisé sur ce service indique des potentialités d'économies très importantes en termes d'effectifs notamment par une réduction d'environ 15 postes, soit une économie évaluée à 1,2 M€.
- [379] Sur le plan de l'organisation du temps de travail, la mission IGAS de décembre 2012 a constaté que l'accord local sur la réduction du temps de travail en date du 17 janvier 2002 octroyait un nombre de jours annuels de RTT anormalement élevé et estimait qu'un gain potentiel d'une diminution de 5 jours de RTT pouvait être valorisé à 9,2 M€. La recommandation qu'elle a formulée d'engager une renégociation de cet accord n'a pas encore été mise en œuvre, non plus que celle visant à revenir à l'application stricte de la réglementation concernant le calcul des jours de congés annuels.

2.2.3.1 Les achats et services extérieurs augmentent encore à un rythme trop élevé

- Les charges à caractère médical (titre 2) cf. annexe 11

- [380] L'analyse des évolutions est rendue difficile du fait du manque de fiabilité des comptes tenus par les pharmacies comme exposé *supra*. Par ailleurs les rapports d'activité fournissent peu d'indications sur les causes de ces évolutions.
- [381] Le rapport de juillet 2011 de l'IGAS au CRF relevait que l'installation du COSEPS avait permis de fixer de nouvelles modalités de monitoring des prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux implantables et recommandait d'élargir cet effort à l'ensemble des prescriptions, notamment d'examen de laboratoire et d'actes d'imagerie, en augmentation en dépit d'un volume d'activité stable. Ce constat et cette recommandation demeurent valables au vu de l'évolution la plus récente des charges à caractère médical :
- Les dépenses de médicaments, hors liste en sus et rétrocessions et après correction des erreurs d'imputation comptable (cf. *supra*), connaissent une décélération qui confirme l'intérêt des travaux conduits dans le cadre du COSEPS ;
 - Les achats de produits finis et de petit matériel médical sont, en revanche, en forte augmentation (+ 5,9 %, + 4 M€ en 2012) du fait notamment des prothèses hors liste en sus (+ 3,3 M€) ;
 - Les achats de fournitures progressent également de 5,9 % (+ 1,9 M€) contre 8,02 % en 2011, les principales évolutions concernant :
 - ✓ Les fournitures de laboratoires +1 M€
 - ✓ Le petit matériel +0,5 M€
- [382] Au total, les achats à caractère médical, hors liste et en sus et rétrocession, ont augmenté de plus de 14 M€, soit 8,8 %, sur les deux dernières années, dont 5,9 % pour la seule année 2012, ce qui n'est pas en corrélation avec l'évolution de l'activité. Il est donc nécessaire que l'AP-HM

amplifie les actions visant à assurer une meilleure maîtrise de ce poste de dépenses, en particulier les achats pour les laboratoires, comme l'y invitait déjà le rapport IGAS de juillet 2011.

- Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) cf. annexe 12

[383] Afin d'analyser l'évolution de ces charges à périmètre constant, les dépenses liées à l'accord cadre Microsoft ont été sorties du titre 3, de même que les pertes sur créances irrécouvrables dont les montants varient grandement d'une année sur l'autre (Cf. *supra*). Après avoir connu une décroissance en 2011, elles sont en forte hausse en 2012 (+ 9 % hors variation de stocks) imputable notamment :

- aux dépenses d'entretien (+ 2,6 M€), qui avaient baissé en 2011. Au regard du référentiel de la base d'Angers ce poste est coûteux, l'unité d'œuvre s'élevant à 26,56 € vs 24,51 € pour le coût moyen de la catégorie des CHR
- aux dépenses d'énergie et de chauffage (+1 M€)
- aux dépenses de transports (+ 0,6 M€)
- aux dépenses d'alimentation (+ 0,8 M€) qui augmentent du fait de la prestation de repas fournie au CH d'Aubagne, lequel n'honore pas les factures correspondantes, le total des impayés atteignant le million d'€
- au paiement d'annuités de crédit bail pour une IRM et une gamma knife (0,9 M€)

[384] La mise en service de la PFL est censée réduire les coûts de certains postes logistiques qui pèsent fortement dans les comptes de l'AP-HM, ainsi de l'alimentation, de la blanchisserie, dont les coûts au regard de la base d'Angers sont prohibitifs (3,69 € le kg linge lavé vs 1,56 €), et de la stérilisation.

[385] Plusieurs autres postes, actuellement sous traités mériteraient une attention en raison du volume qu'ils représentent, en particulier le nettoyage à l'extérieur :

Tableau 25 : Evolution de plusieurs postes de dépenses logistiques

En €	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Alimentation	10 892 170	8 525 951	9 188 871	-2 366 218	-21,7%	662 920	7,8%	-1 703 298	-15,6%
Eau chauffage éclairage	12 836 799	13 023 850	13 837 088	187 051	1,5%	813 238	6,2%	1 000 289	7,8%
Nettoyage à l'extérieur	12 495 824	12 555 155	12 588 013	59 331	0,5%	32 858	0,3%	92 189	0,7%
Gardiennage	4 962 476	5 214 059	5 545 613	251 583	5,1%	331 553	6,4%	583 137	11,8%
Entretien et réparation	15 257 586	14 233 888	16 838 868	-1 023 699	-6,7%	2 604 980	18,3%	1 581 281	10,4%
Lingerie buanderie	9 836 785	10 229 451	10 603 416	392 666	4,0%	373 964	3,7%	766 631	7,8%

Source : Comptes financiers et rapports d'activité de l'AP-HM

[386] Le coût du gardiennage qui s'élève à 5,6 M€ est particulièrement élevé et s'explique selon l'AP-HM par le climat d'insécurité ressenti au sein des sites. En outre, l'AP-HM consacre 1,735 M€ en contrepartie de la mise à disposition de marins pompiers pour la sécurité incendie sur les sites de la Timone et de l'hôpital Nord.

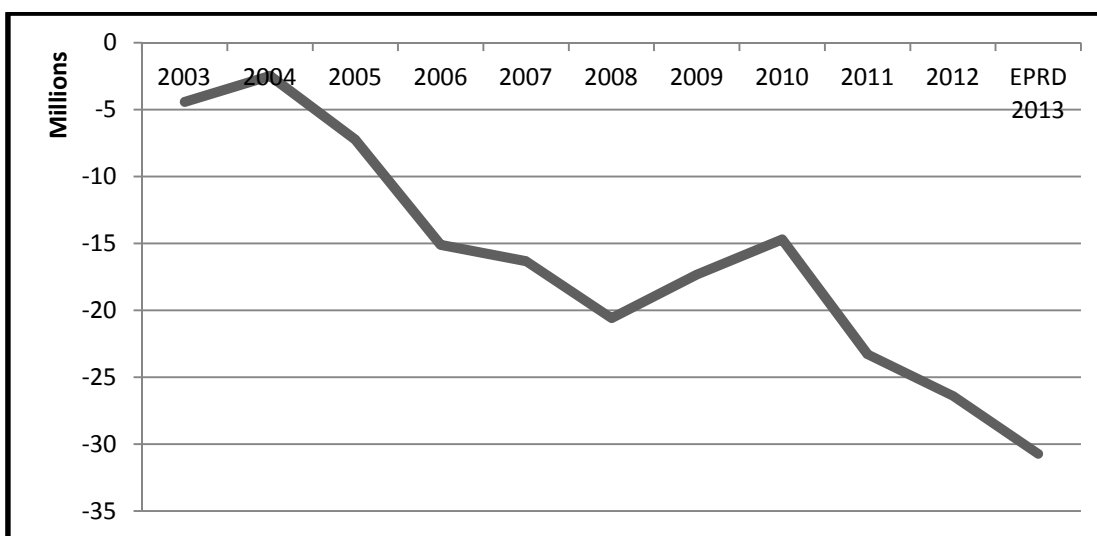
[387] Par ailleurs, en ce qui concerne la sous-traitance informatique, l'audit réalisé indique que ce poste pourrait être réduit. A ce titre un objectif de réduction à hauteur de 1M€ paraît envisageable.

[388] D'une manière générale, il existe des marges de progrès sur les achats, que l'AP-HM se propose d'exploiter en déployant en 2013 le plan PHARE, mais aucun objectif d'économies n'est pour le moment affiché.

2.2.3.2 Les charges financières subissent les conséquences du sur endettement

[389] Le poids excessif de la dette, comme cela sera exposé *infra*, est à la fois une conséquence et une cause de la mauvaise situation financière de l'AP-HM ; le déficit s'auto entretient car pour couvrir l'insuffisance de trésorerie qu'il génère, l'établissement doit emprunter au-delà de ses capacités et supporter des charges d'intérêts toujours croissantes. Celles-ci vont s'élever en 2013 à plus de 30 M€.

Graphique 2 : Evolution du résultat financier



Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

2.2.3.3 L'amélioration du codage et une légère, et récente, croissance de l'activité permettent d'augmenter le niveau des recettes

[390] Afin de permettre une comparaison dans le temps à périmètre constant, les aides exceptionnelles ont été déduites de la dotation annuelle de financement (DAF) et de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), et les MIG transférées au fonds d'intervention régional (FIR) en 2012 ont été ré-intégrées dans la dotation MIGAC. Par ailleurs, les produits de la tarification sont présentés hors recettes LAMDA.

[391] Hors recettes LAMDA, les produits versés par l'assurance maladie progressent faiblement en 2011 (+ 0,5 %) et plus fortement en 2012 (+ 3 %).

- Les produits de la tarification des séjours (cf. annexe 13)

[392] Les produits de la tarification en hospitalisation complète augmentent sensiblement (+ 7,5 % sur deux ans) davantage en raison d'une amélioration du poids moyen du cas traité (PMCT) (+ 6,3 %), que de la progression du nombre de séjours, qui est modeste (+ 1,1 %).

[393] Les produits correspondant à l'activité de jour et ambulatoire connaissent une croissance plus forte (+ 22,3 % sur deux ans) en raison de la forte progression des séjours (+ 15,8 %) et d'une amélioration du PMCT (+ 5,6 %), lui-même imputable à un effet tarif favorable.

[394] Les produits des séances sont également en hausse marquée (+ 12,4 % sur deux ans), à la fois grâce à l'augmentation de leur nombre (+ 5,8 %) et du PMCT (+ 6,3 %).

Tableau 26 : Evolution de l'activité et de la valorisation des séjours

Evolution du nombre de séjours T2A									
En nombre de séjours	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Séjours en hospitalisation complète	112 059	112 148	113 302	89	0,1%	1 154	1,0%	1 243	1,1%
Séjours de 0 jour	52 919	59 470	61 293	6 551	12,4%	1 823	3,1%	8 374	15,8%
Séjours séances	93 608	99 059	99 011	5 451	5,8%	-48	0,0%	5 403	5,8%
Total des séjours valorisés	258 586	270 677	273 606	12 091	4,7%	2 929	1,1%	15 020	5,8%
Evolution du chiffre d'affaires T2A (montant BR)									
En €	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
séjours en hospitalisation complète	452 507 192	462 003 004	486 235 076	9 495 812	2,1%	24 232 073	5,2%	33 727 885	7,5%
Séjours de 0 jour	36 250 743	41 206 242	44 321 954	4 955 499	13,7%	3 115 712	7,6%	8 071 211	22,3%
séjours séances	28 489 728	30 734 050	32 024 872	2 244 322	7,9%	1 290 822	4,2%	3 535 144	12,4%
Total des séjours valorisés	517 247 662	533 943 295	562 581 902	16 695 633	3,2%	28 638 607	5,4%	45 334 240	8,8%
Evolution du poids moyen du cas traité									
En €	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Séjours en hospitalisation complète	4 038	4 120	4 291	81	2,0%	172	4,2%	253	6,3%
Séjours de 0 jour	685	693	723	8	1,1%	30	4,4%	38	5,6%
Séjours séances	304	310	323	6	1,9%	13	4,3%	19	6,3%

Source : ATIH MAT2A

[395] Par rapport à 4 CHU ayant une activité comparable et à la moyenne des CHU, l'AP-HM a connu en 2012 une progression du volume de ses recettes T2A supérieures à la moyenne pour l'ambulatoire et l'hospitalisation complète et plus faible en ce qui concerne les séances. Le PMCT se situe à un bon niveau pour l'hospitalisation complète, après le CHU de Lille, mais est inférieur à la moyenne pour les séances et l'ambulatoire, ce qui indique qu'il existe une marge de progrès à explorer pour ces deux modes de prise en charge.

Tableau 27 : Evolution des recettes T2A et PMCT comparés

Etablissements	Séances		0 nuit hors séances		1 nuit et plus	
	Valorisation 2012/2011	PMCT	Valorisation 2012/2011	PMCT	Valorisation 2012/2011	PMCT
Marseille	4%	323	8%	723	5%	4 292
Bordeaux	10%	320	3%	684	3%	4 271
Lille	9%	386	0%	739	1%	4 376
Lyon	11%	337	2%	793	2%	3 999
Toulouse	5%	385	6%	715	3%	4 187
TOUS CHU	6%	358	6%	769	2%	4 083

Source : AP-HM - Coordination PMSI - Avril 2013

[396] Par niveau de sévérité, au sens de la classification V 11, L'AP-HM, par rapport aux CHU comparables, présente le taux le plus faible de séjours classés en niveau 1 et un taux supérieur à trois des CHU de référence et égal à la moyenne des CHU pour les séjours sévères (niveaux 3 + 4).

Tableau 28 : Niveaux de sévérité comparés

Etablissements	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 3 +4
Marseille	55,8%	24,4%	14,4%	5,3%	19,7%
Bordeaux	61,7%	20,0%	12,4%	5,9%	18,3%
Lille	64,7%	17,7%	12,3%	5,2%	17,6%
Lyon	58,7%	22,9%	13,6%	4,8%	18,4%
Toulouse	58,8%	21,3%	14,0%	5,9%	19,9%
TOUS CHU	59,2%	21,1%	14,6%	5,1%	19,7%

Source : AP-HM - Coordination PMSI - Avril 2013

[397] En obstétrique et néonatalogie, l'AP-HM affiche les taux plus élevés en niveaux C et D, après le CHU de Toulouse.

Tableau 29 : Niveaux de sévérité comparés en obstétrique et néonatalogie

Etablissements	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Niveau D
Marseille	73,7%	19,9%	5,4%	1,0%
Bordeaux	83,4%	11,0%	4,9%	0,7%
Lille	75,9%	18,7%	4,5%	0,9%
Lyon	78,2%	17,0%	4,1%	0,7%
Toulouse	66,1%	26,9%	5,8%	1,3%
TOUS CHU	77,5%	17,1%	4,6%	0,7%

Source : AP-HM - Coordination PMSI - Avril 2013

[398] La réorganisation récente du DIM au sein du pôle de santé publique semble donc avoir un effet positif sur le codage et les valorisations qui en découlent. Des marges de progrès existent sans doute mais le PMCT de l'AP-HM, sauf pour les séances et l'ambulatoire, n'est pas en deçà de ce que l'on peut attendre et il convient de rester dans les limites autorisées en matière d'optimisation du codage.

[399] A cet égard, les contrôles T2A effectués par la direction régionale du service médical de l'assurance maladie (DRSM) n'ont pas entraîné de sanctions à l'encontre de l'AP-HM, mais ont donné lieu à des demandes de remboursement d'indus, contestées par l'établissement. La discussion porte en particulier sur la facturation de séjours dits « contigus », c'est-à-dire concernant un malade transféré d'un établissement géographique à un autre, au sein de la même entité juridique. Cette pratique, que la DRSM estime illicite et qui ne s'appuie sur aucun texte, procure une recette supplémentaire, estimée à 3,9 M€, à laquelle l'AP-HM devra sans doute renoncer, sauf à ce que le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS), qu'elle a saisi, tranche en sa faveur le contentieux actuellement pendant.

➤ Les remboursements de médicaments et DMI en sus des séjours

[400] Ces deux postes connaissent, en 2011 et 2012, des évolutions contrastées que n'éclairent pas les commentaires très succincts figurant dans les rapports d'activité de ces deux exercices. En revanche, la note de problématique DAI-DCG-DAF évoquée *supra* et reproduite en annexe 14, souligne la nécessité d'un travail approfondi sur la chaîne de facturation des MO DMI.

[401] Il faut noter que l'AP-HM, en contrepartie du respect des engagements souscrits dans le cadre du contrat de bon usage de médicaments, bénéficie d'un taux de remboursement de 100 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations facturés en sus des séjours.

➤ Les consultations et soins externes

[402] Les produits de l'activité externe, comptabilisés sous l'intitulé « produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique » ont connu une progression sensible en 2011 (+ 5,1 %) imputable, selon le rapport d'activité de cette année, au travail réalisé en vue d'améliorer l'exhaustivité de la facturation, notamment :

- mise en place d'une interface entre l'outil de gestion métier des laboratoires et l'outil de facturation, ce qui évite des pertes qu'il est difficile d'éviter en cas de saisie manuelle ;
- mise en place de requêtes croisées entre les outils métiers et le logiciel de facturation lorsqu'il n'existait pas d'interface directe.

[403] Cette évolution favorable ne s'est pas confirmée en 2012, le montant des recettes étant même en léger retrait par rapport à 2011, à l'exception des passages aux urgences qui progressent de 1,2 %.

➤ Les forfaits annuels et les dotations

[404] L'AP-HM bénéficie de forfaits annuels au titre des urgences, des prélèvements d'organes et des greffes. Le montant de ces forfaits après avoir légèrement diminué en 2011, augmente en 2012 grâce notamment à la progression des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, enregistrés en 2011 (+ 9 %). Le nombre de ces passages a évolué comme suit, sur les quatre dernières années ⁵²:

2009 : 157 156
2010 : 154 417
2011 : 168 175
2012 : 175 895

[405] La DAF-SSR a subi de 2009 à 2012 une modulation négative pour un montant total de 645 275 € dans le cadre du dispositif transitoire de financement à l'activité basé sur la valeur du point IVA. Hors aides exceptionnelles, et compte tenu des efforts d'économies demandés par ailleurs, le montant de la DAF-SSR a diminué sur les quatre dernières années, passant de 6 347 317 € en 2010 à 5 583 759 € en 2012. Pour 2013, aucune modulation ne sera appliquée, dans l'attente d'un nouveau dispositif.⁵³

[406] Cependant l'AP-HM devrait se préoccuper de l'utilisation des capacités et des moyens mis à sa disposition pour cette activité ; celle-ci a débuté en 2006 mais une dotation NR de 5,7 M€ lui a été allouée dès 2005 afin d'aider au démarrage, qui s'est avéré très lent puisqu'il a fallu attendre 2011 pour que le seuil des 300 entrées soit atteint. Il doit être observé que le nombre de lits exploités est très inférieur aux capacités disponibles et que la DMS, qui a fortement augmenté ces deux dernières années, est supérieure à ce qui est généralement observé pour ce type d'activité.

⁵² Source ARS – Rapports budgétaires

⁵³ Circulaire N° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé

Tableau 30 : SSR - Evolution de l'activité et des ressources allouées

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lits selon SAE	29	29	29	29	54	62	62
Lits exploitables selon AP-HM	17	17	21	23	nd	47	56
Entrées	201	184	206	205	278	330	405
Journées	5 536	5 341	6 663	7 454	9 112	14 472	16 852
DMS	27,5	29,0	32,3	36,4	32,8	43,9	41,6
Taux d'occupation (TO)	52,3%	50,5%	62,9%	70,4%	46,2%	64,0%	74,5%
TO sur lits exploitables	89,2%	86,1%	86,9%	88,8%	nd	84,4%	82,4%
DAF SSR (hors NR)	6 329 628	6 356 562	6 382 406	6 347 317	6 136 457	6 042 339	5 583 759
DAF/entrées	31 491	34 547	30 983	30 963	22 074	18 310	13 787
DAF/journées	1 143	1 190	958	852	673	418	331

Source : SAE et rapports d'activité de l'AP-HM

[407] Hors crédits non reconductibles, la DAF-psychiatrie évolue positivement de 2010 à 2012 (+ 4,8 %) grâce aux mesures nouvelles et notamment les crédits pour l'UHSA.

[408] La dotation MIGAC représente en 2012 près de 216 M€ à raison de 186 M€ en MIG et 29 M€ en AC, constituées essentiellement des aides allouées pour l'investissement. En raison des modifications apportées aux règles de financement et des changements de périmètre intervenus au cours des dernières années, il est malaisé d'établir une comparaison dans le temps de l'évolution de cette dotation.

[409] En 2012 un débasage de 851 387 € a été appliqué, correspondant aux crédits alloués pour le projet DPI, non abouti (Cf. *supra*).

[410] Les MIG n'ont pas encore fait l'objet d'une contractualisation avec l'ARS ; un document, daté de février 2013, intitulé « tableau de proposition de contractualisation » fait le constat d'un écart important entre les montants actuellement alloués et les prétentions de l'établissement sur la base d'une justification au premier €. Il conviendrait que la démarche ainsi engagée soit rapidement menée à terme.

[411] En ce qui concerne les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI), l'augmentation de leur montant sur la période est due au transfert d'ex-MIG en MERRI variables (en mode « justification au premier euro JPE »). Les chiffres figurant dans le tableau ci-après sont donnés à titre d'information.

Tableau 31 : Evolution de la dotation au titre des MERRI

En €	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MERRI	86 202 901	86 202 901	86 202 901					
MERRI part fixe				36 797 117	37 908 390	37 908 390	29 808 378	23 846 702
MERRI part modulable				40 048 252	42 951 467	42 023 809	45 158 769	51 154 812
dont étudiants					14 440 952	15 014 802	15 369 123	18 629 741
dont publications (SIGAPS)					24 922 252	23 372 086	26 037 968	28 893 990
dont brevets					827 156	842 760	623 190	359 370
dont recherche (SIGREC)					2 761 107	2 794 161	3 128 488	3 271 711
MERRI part variable	9 795 641	9 795 641	9 795 641	9 795 641	12 974 496	29 432 811	52 156 897	56 846 750
Total MERRI	95 998 542	95 998 542	95 998 542	86 641 010	93 834 353	109 365 010	127 124 044	131 848 264

Source : AP-HM DAF

[412] Deux observations peuvent cependant être formulées : s'agissant de la part modulable des MERRI, l'AP-HM, en 2013, est en 3^{ème} position des établissements français, après l'AP-HP et les HCL, pour les publications (score SIGAPS). Elle est en revanche beaucoup moins bien placée pour les essais cliniques (SIGREC) avec des scores pour les inclusions -investigateur et promoteur, qui la placent respectivement en 9^{ème} et 10^{ème} position des CHU.⁵⁴ Il faudrait que l'AP-HM s'attache à combler rapidement le manque à gagner en résultant.

➤ Les produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (cf. annexe 15)

[413] Les produits comptabilisés dans le titre 2, correspondant à la part des soins non pris en charge par l'assurance maladie, progressent fortement sur les deux derniers exercices (+ 12,9 %), procurant une recette supplémentaire de plus de 12 M€.

[414] Les produits de la tarification connaissent une forte croissance que l'établissement explique par :

- une hausse des tarifs de prestations journaliers (TJP) servant de base au calcul du ticket modérateur pour les frais de séjour : sur les deux dernières années, les principaux tarifs ont été augmentés de 7,4% en médecine, 1,1% en psychiatrie et 5,8% en chirurgie ;
- une amélioration des processus de facturation ;
- une augmentation du nombre de journées réalisées

[415] Il est toutefois regrettable que ce dernier motif ne puisse pas s'appuyer sur des données chiffrées, le système d'information de l'AP-HM ne permettant pas de connaître le nombre de journées facturées par compte autrement qu'en formulant une requête auprès de l'éditeur du logiciel de facturation.

[416] Les produits du forfait journalier progressent également, mais l'évolution des recettes dans le champ MCO, n'est pas corrélée à l'évolution du nombre de journées, telles qu'elles sont déclarées par l'établissement, ce qui renvoie une nouvelle fois à la fiabilité des informations comptables et d'activité.

Tableau 32 : Nombre de journées facturées au titre du forfait journalier

	2010	2011	2012
MCO	683 973	669 288	685 335
SSR	8 857	13 621	16 901
Psychiatrie	77 691	77 858	75 730

Source : DAF de l'AP-HM

[417] Les produits facturés aux étrangers qui avaient diminué en 2011, augmentent en 2012, ce constat étant à mettre en relation avec les difficultés récurrentes de l'AP-HM à recouvrer les recettes correspondantes (voir *infra*).

➤ Les redevances sur l'activité libérale

[418] La mission IGAS de décembre 2012 avait constaté qu'aucun contrôle n'était réalisé pour s'assurer que l'activité libérale d'un praticien ne dépassait pas son activité publique, notamment pour l'organisation des consultations, et avait en conséquence recommandé de « *Soumettre au contrôle des commissions d'activité libérale le principe d'égalité d'accès aux soins, privés et publics, pour un même praticien ayant signé un contrat d'activité libérale* ».

[419] Cette comparaison a été réalisée en 2013 sur l'activité 2012, mais la commission s'est bornée à prendre connaissance de deux tableaux établis par les services administratifs. Aucune analyse des

⁵⁴ Scores essais cliniques 2013 sur le site sante.gouv.fr

situations individuelles n'a été effectuée et aucune conclusion n'en a été tirée alors même que plusieurs situations nécessitent un approfondissement.

[420] Le contrôle de l'exhaustivité des déclarations ne peut être opéré que par comparaison avec les relevés SNIR (Système National d'Informations Inter-régimes), document édité par la caisse primaire d'assurance maladie qui précise, au travers des demandes de remboursement des malades, l'activité de chaque praticien exerçant à titre libéral. A la date du 18 juin 2013, ces relevés n'avaient pas encore été communiqués⁵⁵.

[421] Les montants figurant en solde créditeur du compte 7531 – « retenues et versements sur l'activité libérale » des trois derniers comptes financiers sont les suivants :

2010 : 1 206 213 €
 2011 : 1 870 289 €
 2012 : 1 988 370 €

[422] L'augmentation constatée en 2011 tient au fait que l'établissement a comptabilisé des produits à recevoir, ce qu'il ne faisait pas précédemment.

➤ Majoration pour chambres particulières

[423] Leur montant a évolué favorablement⁵⁶ :

2010 : 2 377 356 €
 2011 : 3 011 456 €
 2012 : 3 437 958 €

Mais il existerait encore des progrès pour développer ces recettes en fonction de l'amélioration des conditions hôtelières.

2.2.3.4 Le contrôle de gestion est encore insuffisamment développé

[424] Il existe une « direction du contrôle de gestion et de la contractualisation interne » (DCGCI) placée sous l'autorité hiérarchique d'une « direction de la performance ». Bien dotée en personnel qualifié : 8 contrôleurs de gestion titulaires de master ou de DESS, elle a notamment pour fonctions de traiter les données de comptabilité analytique et de suivre les pôles. Elle assure également la gestion des MIG.

[425] La collaboration avec le DIM, bien qu'indispensable dans un contexte de financement à l'activité et de gestion par pôle, a été longtemps insuffisante mais s'est récemment améliorée, en lien avec la réorganisation du DIM sus évoquée.

[426] En matière de comptabilité analytique, l'AP-HM participe depuis plusieurs années à la base des coûts des activités, dite « base d'Angers », et depuis 2012 à l'étude nationale de coûts (ENCC) sur les données de l'année 2011. Des comptes de résultat analytiques (CRÉA) sont produits par pôle et par site géographique. Un guide de gestion et référentiels de la gouvernance hospitalière (juin 2011) et un guide méthodologique de réalisation des Créa (juin 2012) ont été rédigés.

[427] Les résultats de la comptabilité analytique sont mal ou peu exploités car la fiabilité des données sur lesquelles elle se fonde est douteuse ; ainsi, la DCGCI dans une note de synthèse relative aux derniers résultats produits par la base d'Angers, s'interroge sur la « *grande variabilité de certaines unités d'œuvre déclaratives qui la laisse perplexe quant à la fiabilité de ces données* :

- *Transport : nombre de kilomètres parcourus : 2 125 000 en 2010 / 1 477 057 en 2011 -30 %*
 - *SMUR : nombre de demi-heure : 46 396 en 2010 / 76 136 en 2011 +66 %*
 - *SAMU : nombre d'affaires : 459 078 en 2010 / 277 030 en 2011 -39 %* »

⁵⁵ Rapport annuel 2012 de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HM

⁵⁶ Solde créditeur du C/70824

- [428] Un tel constat est en lui-même surprenant, venant d'un service dont l'une des tâches est justement de s'assurer de l'exactitude des données qu'il traite mais, qui plus est, il ne semble pas que l'on soit allé au-delà de cette interrogation, qui aurait dû interpeller les directions et services concernés et justifier des investigations plus poussées.
- [429] Ce point renvoie au problème plus général de la fiabilité des informations produites dans l'établissement, qu'il s'agisse des données comptables, dont il a déjà question *supra*, mais aussi des données physiques. La mission IGAS en 2003 avait déjà constaté le caractère tout à fait inégal de la production de la comptabilité analytique et de la sous exploitation des informations fournies par le système d'information budgétaire et financier. Ce constat reste 10 ans plus tard d'actualité.
- [430] En effet, la production du contrôle de gestion semble ignorée des principaux intéressés ; un directeur de site a ainsi découvert qu'il pouvait disposer de la comptabilité analytique de son établissement.
- [431] Enfin, le rôle du contrôle de gestion dans le domaine des études médico économiques est pour le moment limité ; il n'a pas été appelé à calculer les ROI des gros projets d'investissement en cours (PFL et BMT), alors qu'il devrait normalement incomber à une structure distincte des directions assurant la maîtrise d'ouvrage de ces projets de le faire, afin d'éclairer la direction générale avant toute prise de décision.
- [432] En conclusion, le contrôle de gestion traite une grande quantité de données, sur la fiabilité desquelles il s'interroge, et sa production demeure encore assez confidentielle ; il ne joue pas pleinement le rôle d'analyse et de proposition qui devrait être le sien auprès de la direction générale.

2.2.3.5 La valorisation du patrimoine immobilier offre encore des potentialités importantes

- [433] Les constats et recommandations de la mission IGAS n°2002-123 de janvier 2003 et la volonté de mobiliser toutes ses ressources pour améliorer sa structure financière ont conduit l'AP-HM à mettre en œuvre une politique de valorisation de son patrimoine immobilier portant sur :
- Les biens de son domaine privé, productifs de revenus, et dont les opérations comptables sont retracées dans le compte de résultat annexe de la dotation non affectée (DNA). La DNA a fait l'objet en 2003 d'un audit patrimonial qui a mis en évidence un patrimoine ancien et vétuste, mal entretenu et souvent inaliénable, principalement situé dans les quartiers pauvres de Marseille. Sa valeur vénale était alors estimée à 115 M€ ;
 - Les immeubles à usage d'habitation affectés à des membres du personnel, logés par nécessité absolue ou par utilité de service ;
 - Les anciens bâtiments hospitaliers, et leurs terrains d'assise, désaffectés en raison de nouvelles constructions, appelés aussi « friches hospitalières ».
- [434] Cette politique vise à :
- conserver et valoriser les biens dont l'établissement a besoin pour répondre aux obligations statutaires (logements de fonction), ou qui permettent de renforcer l'attractivité de son recrutement en personnel qualifié (Tour pour le logement des IDE, internats) ou encore qui présentent un fort potentiel du fait notamment de leur volume et de leur emplacement ;
 - sortir des clauses d'inaliénabilité, souvent attachées aux biens donnés ou légués, des baux emphytéotiques, au nombre de 180 à l'heure actuelle, et du régime de la loi n° 48-1360 du 1^{er} septembre 1948, qui concerne encore cinq logements ;
 - céder, aux meilleures conditions, ce qui peut l'être.

[435] Par ailleurs, l'AP-HM s'est efforcée de prendre en compte la dimension sociale, à travers plusieurs actions : mise à disposition d'une association œuvrant pour l'amélioration de l'habitat et de la communauté Emmaüs de bâtiments et de terrain, bail emphytéotique accordé à une société gestionnaire de foyers d'hébergement, cession de biens à des bailleurs sociaux, notamment.

[436] Les biens susceptibles d'être vendus sont évalués par France Domaine et par un cabinet privé, les mises en vente font l'objet d'une large publicité et une commission de valorisation, associant la DRFiP et France Domaine, se réunit régulièrement pour examiner les offres reçues et donner un avis sur la décision de cession. Au cours de la période sous contrôle, les produits de cessions d'immobilisations se sont élevés à près de 54 M€, procurant une plus-value totale de 50 M€, du fait de la faible valeur comptable des biens cédés, détenus pour la plupart depuis très longtemps.

Tableau 33 : Produits des cessions d'immobilisations

En €	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Valeur nette comptable des actifs cédés	663	3 890	150 376	133 451	2 453 374	220 676	331 649	357 397	133 170	238 067
Produits des cessions	544 860	2 615	401 966	301 786	9 978 000	3 598 294	3 171 369	15 557 030	9 918 598	10 332 000
Plus/moins value	544 197	- 1 275	251 590	168 335	7 524 626	3 377 618	2 839 720	15 199 633	9 785 428	10 093 933

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

[437] L'une des principales cessions réalisées est celle de l'ancien Hôtel Dieu, en 2007, au profit de la ville de Marseille pour un montant de 9,9 M€. Ce prix est conforme à la dernière estimation du Domaine datant de mai 2003 et qui ne valait que jusqu'au 31 décembre 2003. Selon le directeur des services fiscaux⁵⁷, si l'opération n'était pas réalisée avant cette date, une nouvelle consultation du Domaine était nécessaire mais il n'apparaît pas, au vu du dossier, que celle-ci ait eu lieu.

[438] En 2012, deux parcelles de terrain compris dans l'enceinte de l'hôpital Ste Marguerite ont été vendues à la clinique St Martin et à la clinique la Phocéenne, au prix respectif de 2 168 833 € et 1 835 167 €, conforme à l'estimation de France domaine, majorée de 10 %. Il n'y a pas eu, au cas d'espèce, de seconde évaluation par un cabinet privé.

[439] L'AP-HM s'efforce également de revoir les conditions d'occupation par des tiers des dépendances de son domaine public:

➤ Vis à vis de l'Etablissement français du sang

[440] Une convention signée le 9 mars 2012 avec l'Etablissement français du sang-Alpes Méditerranée (EFS-AM) a permis de régulariser, sur le plan immobilier, les rapports entre l'AP-HM et cet organisme, qui bénéficiait jusqu'alors de la gratuité des locaux mis à sa disposition. Désormais l'EFS-AM aura à acquitter un loyer de 62 119,61 €/an, pour les surfaces qu'il occupe dans les quatre établissements de l'AP-HM et, à partir de 2015, il devra payer une redevance annuelle de 150 000 € au titre de l'autorisation d'occupation temporaire qui lui est accordée pour le bâtiment du Bd Baille, où il a son siège.

➤ Vis à vis de l'Institut Paoli Calmette

[441] Aux termes d'un bail emphytéotique de 99 ans conclu le 1er janvier 1960 entre l'AP-HM et le Centre régional de lutte contre le cancer de Marseille - Institut Paoli Calmette (IPC), deux parcelles de terrain dépendant du domaine public, respectivement de 27 064 m² et 11 136 m², ont été mises à disposition du centre pour lui permettre d'édifier des bâtiments nécessaires à ses activités, moyennant le paiement d'un loyer fixé à « un nouveau franc » par an. A l'expiration du

⁵⁷ Lettre du 28 mai 2003 au directeur général des services de la ville de Marseille (en annexe 16)

bail, soit le 31 décembre 2058, l'AP-HM deviendra propriétaire de plein droit de tous les bâtiments édifiés.

[442] L'évolution de ses activités a conduit l'Institut Paoli Calmette à acheter des terrains dans la continuité des parcelles objets du bail et à réaliser sur ceux-ci des opérations de construction et d'extension de sorte qu'il est maintenant difficile de faire le lien entre les bâtiments et les assises foncières.

[443] Une discussion a donc été engagée entre les deux établissements, par ailleurs associés dans le cadre régional dans la lutte contre le cancer, l'enseignement, la recherche et l'innovation. Dans cette perspective, l'AP-HM a fait procéder à l'évaluation de la cession du bail avant son échéance à la fois par France Domaine et par un cabinet spécialisé privé, qui concluent à une valorisation respectivement de 35 M€ et de 38,4 M€.

[444] Dans l'état actuel du dossier, les deux partenaires sont d'accord pour négocier la sortie anticipée du bail, sur la base d'un compromis qui permettrait à l'IPC de s'étendre et de mieux s'intégrer dans le plan directeur de l'hôpital Ste Marguerite.

[445] La politique ainsi engagée doit se poursuivre et s'amplifier, car toutes les potentialités n'ont pas encore été pleinement exploitées.

➤ La DNA paraît encore sous occupée et peu productive

[446] L'exploitation de la DNA, hors cessions d'immobilisations, affiche des résultats médiocres au regard de l'importance du patrimoine géré, et, depuis deux ans, est déficitaire.

Tableau 34 : Comptes de résultat annexes de la DNA 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Charges de personnel	293 289	207 034	202 656	202 259	163 964	175 100	301 767	341 052	249 305
Autres charges	178 138	1 056 098	1 084 312	3 587 970	1 279 241	1 197 101	1 404 904	1 196 492	1 177 321
Autres charges hors VNCEAC	1 178 138	1 056 098	1 035 078	1 175 623	1 192 554	1 177 220	1 068 261	1 063 322	939 254
Total charges	471 427	263 132	286 968	790 229	443 205	372 201	1 706 671	1 537 544	1 426 626
Total produits	683 913	194 596	075 241	502 641	349 590	969 360	17 214 828	0 970 046	1 144 800
dont revenus des immeubles	1 429 480	1 448 360	1 659 266	1 519 685	1 519 585	1 712 332	1 533 259	879 171	629 523
Résultat	212 486	931 464	788 273	7 712 412	3 906 385	3 597 159	15 508 157	9 432 502	9 718 174
Plus value de cession	-	390 966	- 49 234	7 487 653	3 406 313	3 140 238	15 203 707	9 785 428	10 093 933
Résultat hors cession	212 486	540 498	837 507	224 759	500 072	456 921	304 450	- 352 926	- 375 759

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

[447] A cela plusieurs raisons :

- les charges fixes sont importantes et ne décroissent pas en fonction de la diminution du parc immobilier ; les charges de personnel ont même plutôt tendance à augmenter et ont plus que doublé entre 2009 et 2011 ;
- la fiabilité des comptes est sujette à caution; des charges qui devraient relever du compte de résultat principal y sont imputées à tort (travaux dans les logements de fonction, matériel vidéo...) et la DNA continue à supporter des amortissements de biens qui ont été vendus (Cf. *infra*) ;
- les cessions ayant porté prioritairement sur les immeubles les plus facilement vendables, il ne reste plus que ceux dont il est plus malaisé de se séparer, du fait de leur état ou de leur situation, ou pour des raisons juridiques (baux emphytéotiques, loi de 1948..) ;

- un certain nombre de biens sont maintenus volontairement vacants après départ du locataire afin de faciliter leur vente.

➤ Certaines cessions méritent d'être envisagées

- [448] L'AP-HM compte dans son patrimoine privé un immeuble d'exception, la « villa Gaby » située sur la corniche Kennedy, dont la valeur a été estimée en 2004 à 6 M€. Ce bien, actuellement sous occupé et coûteux en entretien, ne procure que des revenus occasionnels et a tendance à se dégrader. Si un projet de transformation de cette propriété en centre de congrès a été évoqué lors d'une réunion récente du conseil de surveillance⁵⁸, l'hypothèse d'une cession mériterait cependant d'être sérieusement étudiée, car l'établissement pourrait sans doute en obtenir un prix très supérieur à l'estimation communiquée à la mission qui date de près de dix ans, alors qu'il n'est pas avéré que la gestion d'un centre de congrès soit susceptible de générer des produits en rapport avec la valeur du bien.
- [449] L'AP-HM possède également rue Jules Vallès dans le 11^{ème} arrondissement de Paris, quatre appartements, dont deux sont occupés par des locataires bénéficiant du régime de la loi de 1948 et les deux autres sont libres d'occupation, mais utilisés par le DG et le Président de la CME lorsqu'ils séjournent à Paris⁵⁹. La commission de valorisation du patrimoine a pris connaissance lors de sa séance du 9 octobre 2012 de l'évaluation par France Domaine de ces biens et proposé leur mise en vente ; celle-ci ne s'est pas concrétisée à ce jour.
- [450] La question de la cession de l'immeuble qui abrite le siège de l'AP-HM, rue Brochier, pourrait aussi être mise à l'ordre du jour, ne serait-ce que pour en étudier la faisabilité, dans le cadre d'un schéma d'ensemble de ré-affectation des surfaces libérées par les travaux et les redéploiements d'activité récemment réalisés.
- [451] Un tel schéma fait actuellement défaut ; si un travail prospectif a bien été entrepris, il ne prend pas en compte la totalité du sujet et la tendance qui est observée est plutôt celle qui consiste à vouloir saturer toutes les surfaces encore disponibles. Ainsi, alors qu'il était permis d'espérer que la construction du BMT, dont la surface (50 000 m² SDO) représente ¼ de celle de l'hôpital de la Timone (212 000 m² SDO), permettrait de libérer des superficies très conséquentes, celles-ci ont été aussitôt préemptées par les différents services, au point que l'implantation de la future maternité du centre au sein des bâtiments existants de la Timone n'a même pas été étudiée, fusse à titre d'hypothèse de travail.
- [452] Suivant les recommandations de l'IGAS⁶⁰, qui rejoignent celle de la Cour des comptes, il ne peut qu'être conseillé à l'établissement d'élaborer, sans attendre les éventuelles évolutions réglementaires, un schéma directeur immobilier, formalisant pour l'ensemble de son patrimoine foncier et immobilier les prévisions d'évolution, et qui serait annexé au CPOM.

Recommandation n°7 : Etablir et annexer au CPOM un schéma directeur immobilier et rendre la gestion patrimoniale plus dynamique compte tenu des investissements à venir

⁵⁸ Voir compte rendu de la réunion du 15 mars 2013

⁵⁹ Ils acquittent, dans ce cas, une redevance d'utilisation dont le montant est égal à l'indemnité de remboursement forfaitaire des frais d'hébergement applicable dans la fonction publique

⁶⁰ Rapport M 2012-077 Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

2.3 Le niveau élevé de la dette et les risques qu'elle comporte pèsent sur l'exploitation et compromettent la réalisation de nouveaux projets d'investissement

2.3.1 Un niveau d'endettement excessivement élevé

[453] Au cours des dix dernières années la dette financière de l'AP-HM n'a cessé de croître au point d'atteindre fin 2012 le milliard d'€, si on ajoute aux emprunts le montant de la ligne de crédit non soldée en fin d'année et les engagements hors bilan correspondant au financement de la PFL et à des opérations de crédit-bail réalisées en 2012 (IRM et gamma knife).

Tableau 35 : Evolution de la dette financière

En €

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Emprunts	159 428 420	241 232 329	362 698 151	514 844 267	638 233 036	742 620 842	795 762 576	846 580 416	883 477 400
Ligne de crédit	36 473 640	58 578 000	104 244 500	66 152 000	41 533 000	40 403 000	54 952 400	88 000 000	37 950 000
Engagements hors bilan									93 528 421

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

[454] Les indicateurs d'endettement sont de ce fait très élevés, situant l'établissement très au-delà des seuils à partir desquels un EPS doit demander l'autorisation préalable du DG de l'ARS pour contracter de nouveaux emprunts, en application de l'article D.6145-70 du CSP; au vu du dernier compte financier :

- le taux d'indépendance financière est de 87,9 % (maximum: 50 % selon l'article D.6145-70) et il atteint même 89,3 % en intégrant les engagements hors bilan ;
- la durée apparente de la dette est de 15,5 ans et de 17,1 ans avec les engagements hors bilan (maximum : 10 ans) ;
- l'encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues, est de 70,4 % et de 80 % avec les engagements hors bilan (maximum : 30 %).

[455] Les deux premiers indicateurs précités, sont également supérieurs au 8^{ème} décile du référentiel Hospidiag pour la catégorie des CHR (taux d'indépendance financière : 78,3 % et durée apparente de la dette : 15,1 ans)

Tableau 36 : Evolution des indicateurs d'endettement financier

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux d'indépendance financière	37,3%	50,6%	62,9%	75,0%	81,7%	86,9%	87,1%	87,6%	87,9%
Taux d'indépendance financière y c hors bilan	42,2%	56,0%	68,5%	77,2%	82,6%	87,5%	87,8%	88,6%	89,3%
Durée apparente de la dette	4,4	30,7	12,1	ns	27,9	26,7	15,04	15,45	15,52
Durée apparente de la dette y c hors bilan	4,44	30,66	12,07	ns	27,87	26,73	15,04	15,45	17,1
Encours dettes financières/ produits	16,5%	24,5%	36,6%	50,9%	59,7%	67,9%	68,3%	70,1%	70,4%
Dettes financières y c hors bilan/ produits	16,6%	24,9%	37,3%	52,4%	61,0%	69,5%	70,6%	72,1%	80,0%
Charges financières/total des charges	0,28%	0,77%	1,59%	1,60%	1,86%	1,80%	1,85%	2,16%	2,24%

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM et calculs IGAS

[456] Pour 2013, au vu de l'EPRD et compte tenu des 75 M€ que l'AP-HM a été autorisée à emprunter, la situation d'endettement ne va pas s'améliorer et les ratios risquent encore de se

dégrader : le taux d'indépendance financière serait de 89 % et la durée apparente de la dette, calculée en fonction de la prévision de CAF, passerait à plus de 19 ans.

2.3.2 Une dette risquée

- [457] La dette de l'AP-HM a été auditée en 2012 par un cabinet spécialisé⁶¹ ; plusieurs constats s'en dégagent :
- [458] Le taux moyen de la dette globale s'élevait fin 2012 à 3,04 % (vs 3 % en 2011). Compte tenu des anticipations de marché du 01/03/2013 et de la part de la dette variable dans l'encours (27,6 %), le taux moyen pourrait atteindre 3,57 % en 2015.
- [459] Un risque important pèse sur la dette, dont 21 %, soit 185 M€, sont constitués d'emprunts dit « structurés » ; au regard de la classification des risques définie dans la charte de bonne conduite (« charte Gissler »), l'encours au 31/12/2012 se répartit comme suit :
- 79,1 % sont classés 1A ;
 - 6,1 % peuvent être considérés comme à risque faible (1B et 1C) ;
 - 4,8 % se positionnent sur un risque marqué (1E, 3E, 4E) en raison de la présence de coefficient 5 ;
 - 10 % de la dette sont classées 6F, la catégorie de risque la plus élevée placée hors charte. Ils correspondent aux emprunts de change.
- [460] Le rapport du directeur sur le compte financier 2012 indique que des actions de désensibilisation de ces encours problématiques sont à l'étude, sans préciser lesquelles. L'établissement n'envisage pas de solution par la voie contentieuse, mais pourrait avoir intérêt, comme le conseille d'ailleurs le consultant qui a audité sa dette, à demander un avis juridique sur ses capacités d'action.
- [461] Par ailleurs la provision constituée pour couvrir ce risque (cf. *supra*) n'est sans doute pas suffisante. Le 3 juillet 2012, le Conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) a émis un avis⁶² dans lequel il préconise l'évaluation et le provisionnement du risque lié aux « produits complexes » qu'il définit comme suit : « *Les produits qualifiés de « produits complexes», correspondent aux produits pour lesquels il existe un risque que le taux de l'emprunt évolue défavorablement et devienne très supérieur au taux que l'entité aurait obtenu si elle avait souscrit à l'origine un emprunt à taux fixe ou à taux variable simple. Ces produits doivent faire l'objet d'une évaluation financière du risque dès leur mise en place, cette évaluation étant réactualisée chaque année à la clôture de l'exercice, et le risque provisionné.* » .
- [462] Suivant cet avis, le consultant de l'AP-HM estime à 31 M€ le montant de la provision qui devrait être constituée, pour la part de l'encours correspondant à la définition donnée par le CNoCP des « produits complexes ». Cette somme est très éloignée de celle figurant au crédit du compte 152.

⁶¹ Les principales conclusions de cet audit sont reprises dans le rapport du directeur sur le compte financier 2012

⁶² Conseil de normalisation des comptes publics, Avis n° 2012-04 du 3 juillet 2012 sur la comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés des entités à comptabilité publique relevant du code général des collectivités territoriales, du code de l'action sociale et des familles, du code de la santé publique et du code de la construction et de l'habitation

2.3.3 Le recours à un endettement aussi massif tient à trois causes

2.3.3.1 L'accumulation des déficits a fortement réduit les capitaux propres

[463] Pendant la période sous revue les capitaux propres de l'AP-HM ont été réduits de plus la moitié, malgré les aides en capital qu'elle a reçues et la mise en réserve des excédents de la DNA générés par les cessions d'actifs.

Tableau 37 : Evolution des capitaux propres

En €

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
228 160 080	231 380 500	198 330 130	192 708 049	152 315 470	99 915 054	103 034 883	100 501 839	96 531 004	101 819 710

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

[464] La raison de cette érosion tient à la succession d'exercices déficitaires, entraînant un montant de pertes cumulées de plus de 292 M€ fin 2012. Pour maintenir le niveau de son fonds de roulement (FDR), l'établissement a dû recourir à l'emprunt, lui-même générateur de frais financiers qui alimentent à leur tour le déficit ; ainsi au taux moyen de la dette de 3% observée en 2012 (cf. *supra*), la couverture des déficits cumulés représente une charge financière annuelle de près de 8,8 M€.

Tableau 38 : Evolution des résultats

En €

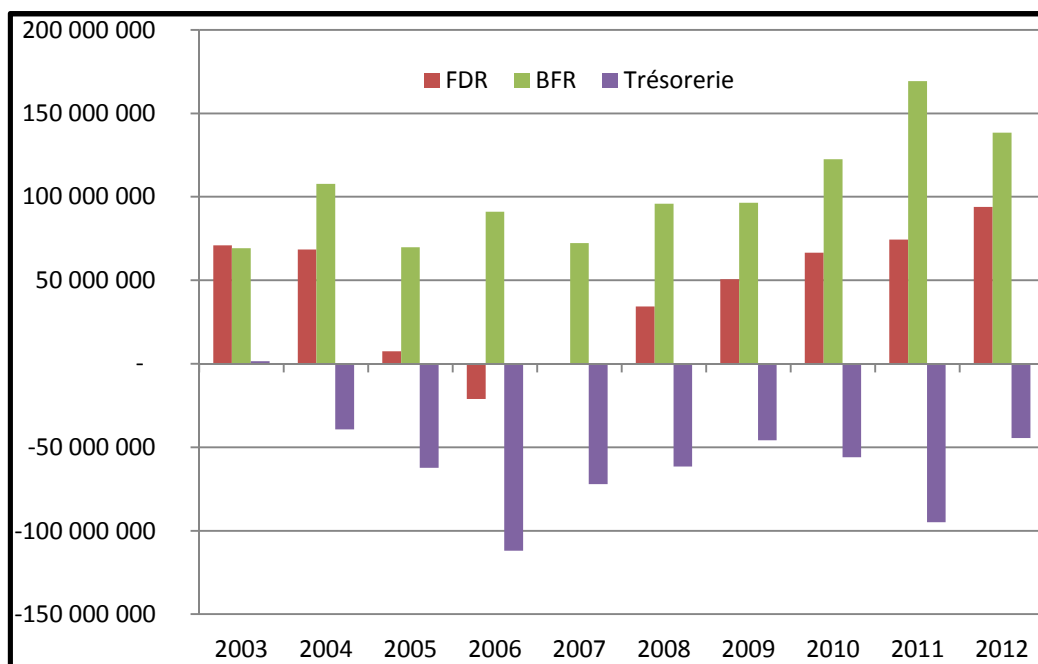
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat de l'exercice	- 21 891 037	- 11 592 976	- 47 923 341	- 28 043 092	- 49 766 017	- 58 430 547	- 34 831 097	- 24 781 089	- 14 778 414	- 12 057 711
Report à nouveau déficitaire	- 1 681 029	- 10 591 374	- 22 184 351	- 70 064 443	- 98 107 535	- 147 873 735	- 206 304 282	- 241 135 198	- 265 916 286	- 280 694 699
Déficits cumulés	- 23 572 066	- 22 184 350	- 70 107 692	- 98 107 535	- 147 873 552	- 206 304 282	- 241 135 379	- 265 916 287	- 280 694 700	- 292 752 410

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM

2.3.3.2 Un besoin en fonds de roulement mal maîtrisé et croissant

[465] Malgré le recours à l'emprunt, le FDR n'a couvert le besoin en fonds de roulement (BFR) qu'en 2003 ; en raison de son niveau insuffisant, il a été nécessaire de faire appel à des crédits de trésorerie pour des volumes importants venant encore alourdir la dette financière de l'établissement.

Graphique 3 : Evolution des équilibres bilanciaux



Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM, calculs IGAS

[466] Par rapport au référentiel Hospidiag, le BFR exprimé en jours de charges courantes se situe dans la fourchette haute de la catégorie des CHR après avoir connu des évolutions erratiques. Le FDR est dans la moyenne de la catégorie, après avoir été négatif en 2006.

Tableau 39 : Comparaison du BFR et du FDR au référentiel hospidiag

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Référence Hospidiag 2011 CHR	
											2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
BFR en jours de charges courantes	28,69	43,62	26,41	34,58	26,44	33,56	33,27	40,79	54,80	43,42	28,60	48,50
FDR en jours de charges courantes	29,36	27,74	2,81	-8,00	0,10	12,03	17,47	22,13	24,07	29,49	13,80	56,10

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM, calculs IGAS et Hospidiag 2011

[467] L'importance du BFR tient principalement aux difficultés récurrentes que rencontre l'AP-HM pour recouvrer ses créances, et dans une moindre mesure, au niveau excessif des stocks en particulier de produits pharmaceutiques.

2.3.3.3 Un stock de médicaments trop important

[468] Le stock de médicaments représente en valeur 78 % de l'ensemble des stocks figurant au bilan fin 2012. Son évolution dans le temps fait apparaître des variations de grande ampleur liées, selon les explications données à la mission, à la réorganisation des pharmacies (2005 à 2007) ou à la mise en place du nouveau logiciel (2010).

Tableau 40 : Ratio de rotation du stock de produits pharmaceutiques

Année	Valeur du stock final (SD C/321)	Ratio de rotation en jours
2004	9 854 291	37,7
2005	8 757 495	35,2
2006	10 569 530	42,9
2007	7 323 757	29,7
2008	5 266 912	19,0
2009	5 787 310	20,1
2010	8 934 136	29,9
2011	8 215 593	27,7
2012	9 208 236	30,0

Source : Comptes de gestion et comptes financiers de l'AP-HM et calcul IGAS

- [469] Au 31/12/2012, le stock de pharmacie représente 30 jours, ce qui est trop important ; s'il est vrai qu'une circulaire du 27 octobre 1969 préconisait de maintenir, pour une liste de produits qu'elle énumérait, un stock de sécurité correspondant à une consommation d'un mois, ce texte n'a fait l'objet depuis la date de sa signature d'aucune réactualisation et ne figure pas sur le site internet du Premier ministre de sorte qu'il n'est plus en application en vertu des dispositions du décret n°2008-1281 du 8 décembre 2008⁶³. Les pratiques ayant évolué, le stock des PUI se situe plutôt entre 10 et 15 jours. Même en prenant un ratio de rotation de 20 jours, l'AP-HM pourrait sans difficulté ramener son stock de pharmacie à 6 M€ et ainsi réduire de 3 M€ son BFR. Mais il ne semble pas que ce soit l'orientation prise ; ainsi, le rapport sur l'EPRD 2013 (page 9) mentionne une reconstitution du stock de pharmacie de 2,4 M€ en vue de l'ouverture du BMT.

2.3.3.4 Un volume de créances élevé dont une partie est douteuse

- [470] Sans méconnaître les difficultés rencontrées par l'AP-HM pour recouvrer ses recettes du fait de la situation socio-économique d'une partie de sa patientèle, la mission estime que des mesures d'organisation seraient de nature à réduire sensiblement le volume des créances en instance. Deux grandes catégories de créances figurent au bilan : d'une part, celles à l'égard de la caisse pivot, correspondant aux recettes du titre 1, et d'autre part, celles à l'égard des hospitalisés et consultants, tiers payants et caisses de sécurité sociale autres que la caisse pivot, correspondant aux recettes du titre 2.

➤ Les créances sur la caisse pivot

- [471] L'indice de facturation calculé dans le référentiel Hospidiag cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement, en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'assurance maladie. L'objectif est de se rapprocher de 0. Pour 2011, l'AP-HM se trouve dans le 8^{ème} décile de sa catégorie mais la situation semble s'être améliorée en 2012⁶⁴, tout en laissant une marge de progrès, si l'on se réfère au 2^{ème} décile de la catégorie.

⁶³ Selon l'article 1^{er} du décret : « les circulaires et instructions adressées par les ministres aux services et établissements de l'Etat sont tenues à la disposition du public sur un site internet relevant du Premier ministre. Elles sont classées et répertoriées de manière à faciliter leur consultation. Une circulaire ou une instruction qui ne figure pas sur le site mentionné au précédent alinéa n'est pas applicable. »

⁶⁴ L'indice de 2012 a été calculé par la mission car la mise à jour du référentiel Hospidiag pour cette année n'était pas disponible à la date de rédaction du rapport.

Tableau 41 : Indice de facturation (P15)

En %

AP-HM					Référence CHR 2011	
2008	2009	2010	2011	2012	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
10,10	19,30	22,60	20,20	12,67	6,70	20,20

Source : Hospidiag et calcul IGAS

- Les créances sur hospitalisés, consultants et autres tiers payants

[472] Sur les trois derniers exercices, les restes à recouvrer des recettes de titre 2 augmentent (+19 % en 2 ans) et plus particulièrement ceux inscrits dans les différentes subdivisions du 416 - « redevables - contentieux » (+ 52 % en 2 ans).

Tableau 42 : Soldes débiteurs des comptes de redevables – amiable et contentieux

En €

Redevables - amiable				
n° C/	Intitulé	2010	2011	2012
4111	Hospitalisés et consultants	8 469 358	13 429 650	17 365 311
4113	Caisses de SS (hors caisse pivot)	25 929 688	24 866 564	30 620 250
4115	Autres tiers payants	27 669 139	27 917 066	22 498 942
41181	Redevables non résidents et non assurés sociaux en France	9 492 127	8 035 899	9 470 625
	s/ total	71 560 312	74 249 179	79 955 128
Redevables - contentieux				
n° C/	Intitulé	2010	2011	2012
4161	Hospitalisés et consultants	12 453 184	11 921 793	15 866 998
4163	Caisses de SS (hors caisse pivot)	109 234	1 405 265	959 202
4165	Autres tiers payants	94 181	750 245	1 065 596
41681	Redevables non résidents et non assurés sociaux en France	2 536 799	4 662 184	5 260 511
	s/total	15 193 398	18 739 487	23 152 307
Redevables - amiable et contentieux				
	Intitulé	2010	2011	2012
	Hospitalisés et consultants	20 922 542	25 351 443	33 232 309
	Caisses de SS (hors caisse pivot)	26 038 922	26 271 829	31 579 452
	Autres tiers payants	27 763 320	28 667 311	23 564 538
	Redevables non résidents et non assurés sociaux en France	12 028 926	12 698 083	14 731 136
	Total	86 753 710	92 988 666	103 107 435

Source : Comptes financiers de l'AP-HM

[473] Le comptable relève dans son rapport sur le compte financier 2012 que les titres de recettes sont émis trop tardivement et mentionne que les retards constatés dans les émissions de titres en début d'exercice 2012 s'expliquent par la mise en place du logiciel de facturation PASTEL. Par la suite, les titres ont été émis de manière régulière bien que 17,27 % des titres aient encore été émis en décembre 2012 et janvier 2013.

Tableau 43 : Taux d'émission cumulé des titres de recettes

	Année 2010	Année 2011	Année 2012
Fin Avril	20 %	21 %	14 %
Fin Juillet	45 %	48 %	45 %
Fin Octobre	68 %	69 %	71 %
Fin Décembre	91 %	92 %	94 %

Source : rapport du comptable de l'AP-HM sur les comptes de l'exercice 2012

[474] Il fait valoir qu'une meilleure qualité de facturation favoriserait l'efficacité du recouvrement et diminuerait le nombre de titres d'annulation émis actuellement en constante augmentation depuis 3 ans (cf. tableau *supra*).

[475] Le faible montant des encaissements en régie est également pointé. Selon le comptable, qui se réfère à une étude réalisée en 2011, plus de 48 % des titres émis à l'encontre de particuliers étaient inférieurs à 30 €. Les encaissements en régie sont insuffisants, en dépit du grand nombre de sous régies⁶⁵ dont les horaires d'ouverture sont inadaptés⁶⁶, et leur montant ne progresse pas. Les diminutions constatées en 2012 s'expliquent en partie par la mise en œuvre du logiciel Pastel en janvier 2012.

Tableau 44 : Total des encaissements en régie

En €

	Timone	Conception	Hôpital Nord	Hôpitaux Sud	Houphouët Bobigny	Total
2010	4 622 105	1 919 188	2 227 626	957 643	440 598	10 167 160
2011	5 043 008	1 739 796	2 277 572	939 582	396 923	10 396 881
2012	3 628 000	1 546 643	2 011 028	707 043	421 528	8 314 242
Variation 2012/2011	-28,06%	-11,10%	-11,70%	-24,75%	6,20%	-20,03%

Source : rapport du comptable de l'AP-HM sur les comptes de l'exercice 2012

[476] Il faut constater par ailleurs que la perception en régie des produits sur hospitalisés et consultants ne représentent que la moitié du total des encaissements selon ce mode.

Tableau 45 : Encaissements en régie sur hospitalisés et consultants (Forfait journalier, soins externes, provision sur frais de séjour)

	Timone	Conception	Hôpital Nord	Hôpitaux Sud	Houphouët Boigny	Total
2010	2 271 645	834 397	721 981	223 924		4 051 947
2011	2 458 947	881 869	793 782	169 111		4 303 709
2012	2 043 693	941 330	872 242	77 931		3 935 196
Variation 2012/2011	-16,89%	6,74%	9,88%	-53,92%		-8,56%

Source : rapport du comptable de l'AP-HM sur les comptes de l'exercice 2012

⁶⁵ L'hôpital Nord compte 79 sous régisseurs (décision n° 266 du 31 mai 2013) et la Timone 82 (décision n° 458 du 28 novembre 2012)

⁶⁶ Ce qu'avait déjà relevé l'IGAS dans son rapport 2002 123 de janvier 2003

➤ La situation particulière à l'égard de la CPAM des Bouches du Rhône

[477] Par courrier en date du 29 mars 2013, le comptable de l'AP-HM a attiré l'attention du DG sur les titres non recouverts, datant de 1998 à 2012, émis à l'encontre de plusieurs CPAM, dont principalement celle des Bouches du Rhône pour un montant, tel qu'il figure dans les écritures du comptable, de 21 327 303,18 €. Cette alerte fait suite à des échanges épistolaires (cf. annexe 17) et à des réunions entre les directions de l'AP-HM, de la CPAM et de leurs comptables respectifs, qui n'ont pas permis d'aboutir, la direction de la CPAM 13, qui conteste le montant de la créance de l'AP-HM, s'étant jusqu'à présent déclarée opposée à une solution transactionnelle.

[478] L'AP-HM a une part de responsabilité dans cette situation car ses services ont négligé de traiter une partie des rejets par la CPAM des factures télétransmises selon la procédure B2 Noémie contenant des anomalies, et devra renoncer au recouvrement des créances maintenant prescrites par sa faute.

Pour autant, le bien fondé des demandes de l'AP-HM ne saurait être contesté en bloc ; dès lors, la solution qui pourrait se dessiner semble tout à fait recevable ; elle consiste à répartir en trois lots les créances en cause :

- celles qui seraient annulées du fait de l'absence de traitement des rejets ;
- celles qui seraient réglées sans discussion par la CPAM ;
- celles enfin, qui devraient faire l'objet d'une négociation au cas par cas.

➤ La dette étrangère

[479] Les difficultés de recouvrement des créances sur les étrangers non résidents sont récurrentes et mentionnées dans la plupart des rapports dont a fait l'objet l'AP-HM ces dix dernières années. Ces difficultés concernent plus particulièrement l'état algérien ainsi que les organismes de protection sociale et les ressortissants de ce pays, dont les dettes, d'un montant de 3,74 M€ représentent, selon les dernières informations disponibles, près de la moitié du total des restes à recouvrer sur l'étranger (annexe 18).

[480] La CRC avait constaté que L'AP-HM détenait sur le ministère de la santé algérien et la Caisse nationale des assurances sociales d'Algérie (CNAS) des créances d'un montant total de 3,408 M€ en 2009. Depuis, la situation ne s'est pas améliorée bien qu'à l'issue de deux réunions de travail avec la DSS, la DGOS et le ministère des finances, un protocole d'accord faisant suite à des négociations menées en 2009 avec la CNAS a été validé. En l'absence de signature de ce protocole par la CNAS, la direction de l'AP-HM a informé celle-ci, par courrier du 10 mai 2011, que ses services n'accepteraient plus les accords de prise en charge de la CNAS⁶⁷ dont la dette est estimée à 2,7 M€. Il convient de souligner que celle-ci effectue des paiements globaux ce qui ne permet au comptable de les imputer aux titres de recettes correspondants.

2.3.3.5 Le poids trop important du BFR pèse sur la trésorerie

[481] L'absence de couverture du BFR par le FDR a contraint l'AP-HM à recourir à des crédits de trésorerie pour des montants importants (cf. tableau *supra*). En 2012, l'encours a varié entre 88 M€ en début d'exercice et 37,95 M€ en fin d'exercice, avec un minimum de 25,3 M€ en février; sur l'année, le montant moyen mobilisé est de 58 M€ pour un coût de 1,23 M€.

⁶⁷ Rapport IGAS au comité des risques financiers juillet 2011

Tableau 46 : Solde du Compte au Trésor et encours de la ligne de trésorerie

En €	Solde débiteur c/515	Solde créditeur c/ 519.31
Décembre 2011	10 658	88 000 000
Janvier 2012	125 542	39 260 000
Février 2012	16 905	25 340 000
Mars 2012	3 585	26 966 000
Avril 2012	7 479	64 480 000
Mai 2012	14 762	65 386 000
Juin 2012	4 330	82 075 000
Juillet 2012	1 291	79 605 000
Août 2012	625	87 700 000
Septembre 2012	2 478	57 730 000
Octobre 2012	20 342	61 200 000
Novembre 2012	1 394	71 270 000
Décembre 2012	3 303	37 950 000

Source : Rapport du comptable de l'AP-HM sur le compte financier 2012

[482] Actuellement l'établissement dispose de deux lignes de crédit, respectivement de 50 M€ auprès de la Caisse d'épargne et de 20 M€ auprès de la Société générale. Cette dernière arrive à échéance en novembre 2013, ce qui ne manquera pas de poser problème car des décaissements importants devront être effectués en fin d'année.

[483] En conclusion, la réduction du BFR est un objectif à mettre à l'ordre du jour sans délai ; un BFR correspondant à 38 jours de charges courantes paraît réaliste, ce qui ramènerait son montant à 121 M€, soit une diminution de 17 M€ par rapport à son niveau fin 2012.

2.3.4 Une politique d'investissement ambitieuse et couteuse

[484] L'AP-HM a fait appel à l'endettement principalement en vue de financer les investissements massifs réalisés ces dix dernières années, pour lesquels elle a également bénéficié d'aides très conséquentes.

2.3.4.1 Des aides à l'investissement conséquentes

[485] L'AP-HM a reçu pendant la période sous contrôle, sous diverses formes, un volume d'aide important, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », du contrat d'objectifs et de moyens, du plan PRISM, du plan UHSA et du plan « Hôpital 2012 ». Les crédits alloués à ce dernier titre pour financer le DPI lui ont été retirés en 2012 du fait l'échec de la mise en œuvre du projet. En outre, une aide exceptionnelle de 25 M€ a été accordée en 2008 par décision ministérielle en vue de recapitaliser l'établissement et de limiter le recours à l'emprunt ; la somme a été, conformément à la demande de la ministre, mise en provision⁶⁸ et n'a donc pas eu d'influence sur le résultat de l'exercice considéré.

⁶⁸ Imputation au compte 142 « provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations ». Eu égard à la destination donnée par la ministre à cette aide exceptionnelle, la mission a considéré qu'il convenait de la classer dans les aides à l'investissement et non dans les aides au retour à l'équilibre.

Tableau 47 : Aides à l'investissement allouées en ressources d'exploitation

	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012
AC R H2007	3 000 000	3 000 000	2 812 200	2 812 200	2 812 200	2 812 200	2 812 200	2 812 200	2 812 200	2 812 200
COM		2 200 000	2 062 280	2 062 280	2 062 280	2 062 280	2 062 280	2 062 280	2 062 280	2 062 280
AC R H2007		1 600 000	1 499 840	1 499 840	1 499 840	1 499 840	1 499 840	1 499 840	1 499 840	1 499 840
AC R H2007			2 321 000	2 321 000	2 321 000	2 321 000	2 321 000	2 321 000	2 321 000	2 321 000
COM			2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290
COM				2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290	2 167 290
AC R H2007				2 412 288	2 412 288	2 412 288	2 412 288	2 412 288	2 412 288	2 412 288
COM					2 137 290	2 137 290	2 137 290	2 137 290	2 137 290	2 137 290
AC R H2007					3 296 900	3 296 900	3 296 900	3 296 900	3 296 900	3 296 900
COM						2 137 290	2 137 290	2 137 290	2 137 290	2 137 290
PRISM DAF						3 367	3 367	3 367	3 367	3 367
H 2012 AC (SI)							500 000	500 000	500 000	
H 2012 DAF (SI)							28 940	28 940	28 940	
H 2012 AC (SI)								351 387	351 387	
H 2012 DAF (SI)								16 000	16 000	
DAF R PRISM								14 606	14 606	14 606
DAF R UHSA									1 138 500	1 138 500
Gel 2011 sur AC									-633 507	
Dégel										633 507
Aide exceptionnelle						25 000 000				
Total	3 000 000	6 800 000	10862610	5 442 188	20876378	48 017 035	3 545 975	2 927968	24432961	24803648

Source : ARS et AP-HM

Tableau 48 : Aides à l'investissement versées par le FMESPP

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
H 2007	3 460 000			4 500 000	3 000 000					
Investissement +accréditation		6 569 000								
UCSA			10 000							
H 2007 et mise aux normes			11 884 000							
UHSA								114 000	1 699 000	
H 2012 DPI						2 249 637	1 000 000			
Total	3 460 000	6 569 000	11 894 000	4 500 000	3 000 000	2 249 637	1 000 000	114 000	1 699 000	0

Source : AP-HM et ARS

[486] Au total, l'AP-HM a reçu au cours des dix dernières années pour financer ses investissements plus de 201 M€ en crédits d'exploitation et 49 M€ en subventions d'investissement du FMESPP, du conseil régional et du conseil général. Elle dispose en base 2012 de 24,8 M€ de crédits pérennes, ce qui, au taux moyen d'intérêt de 3% et pour une durée de 20 ans, représente une annuité de remboursement d'un capital emprunté de 369 M€, soit plus du tiers de la dette actuelle de l'AP-HM.

2.3.4.2 Un effort d'investissement très important et cependant encore insuffisant

[487] La mission IGAS RM 2002-123 avait constaté que l'AP-HM, disposant d'un patrimoine globalement vétuste, avait à faire face à des besoins d'investissements importants, alors qu'elle investissait peu et dans un certain désordre.

[488] Depuis cette date un effort de rattrapage indéniable a été produit : pour les seules immobilisations comptabilisées en classe 2, le montant total des dépenses de 2003 à 2012 s'élève à plus de 1,2 milliards d'€ auquel il convient d'y ajouter le montant des opérations réalisées en crédit-bail, IRM et gamma knife, pour 6,6 M€ et laPFL, en contrat de partenariat, pour 87,8 M€.

Tableau 49 : Montant des investissements réalisés de 2003 à 2012 (classe 2)

En millions €	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Total	55,5	111,1	172,0	182,2	142,9	119,5	119,8	110,0	112,8	88,9	1 214,8
Travaux	27,0	75,8	132,1	140,0	98,0	87,0	86,2	68,2	90,3	70,0	874,6
dont maintenance	15,7	29,0	33,4	25,0	21,5	15,8	7,9	6,3	6,4	4,0	165,0
dont opérations diverses	11,4	47,0	98,5		20,0	10,8	6,4	14,6	9,3	5,3	223,3
dont plan stratégique				63,4	39,8	46,6	63,7	43,1	69,5	57,9	383,9
dont sécurité sanitaire				29,0		14,0	8,2	4,2	5,1	2,8	63,3
Equipement	28,4	35,3	39,8	42,1	44,9	32,1	33,4	40,1	22,3	18,5	336,9
dont biomédical	20,8	23,0	25,7	22,2	21,0	14,1	20,6	27,3	11,4	6,9	193,0
dont informatique	3,6	5,8	8,0	13,0	18,3	14,9	8,8	9,1	9,0	9,8	100,3
dont hôtelier	4,0	6,5	6,1	6,9	5,6	3,1	4,0	3,7	1,9	1,8	43,6

Source : Rapports d'activité de l'AP-HM

[489] L'effort de l'AP-HM est donc tout à fait considérable, au regard de l'indicateur du référentiel hospidiag traduisant l'intensité de l'investissement :

Tableau 50 : Evolution du ratio d'intensité de l'investissement

AP-HM										Hospidiag CHR 2011	
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
6,0%	11,5%	17,5%	18,4%	14,1%	11,2%	11,0%	9,4%	9,3%	7,1%	5,4 %	14,2 %

Source : Hospidiag et calcul IGAS

[490] Cet effort a permis un rajeunissement du patrimoine comme l'atteste l'évolution des taux de vétusté des immobilisations :⁶⁹

Tableau 51 : Evolution du taux de vétusté des immobilisations

En %	AP-HM					Hospidiag CHR 2011	
	2008	2009	2010	2011	2012	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Taux de vétusté des équipements	77,90	75,80	73,80	75,70	77,5	70,80	83,70
Taux de vétusté des bâtiments	50,90	45,00	42,00	42,20	43,0	35,20	61,10

Source : Hospidiag et calcul IGAS (pour 2012)

[491] Les opérations du plan stratégique, considérées comme devant être les plus structurantes, ne représentent, fin 2012 qu'un tiers de l'effort, étant toutefois précisé qu'elles ne sont distinguées dans les rapports d'activité de l'établissement que depuis 2006. Les opérations engagées se poursuivant au-delà du 31/12/2012, il faut ajouter au montant d'ores et déjà constaté pour le BMT

⁶⁹ Compte tenu du mode de calcul de ce ratio (amortissements cumulés/ valeur brute des immobilisations) et du choix de l'AP-HM de durée d'amortissements très longues, la comparaison avec les indicateurs hospidiag doit être prudente.

Timone, la tranche 2013, soit 50,2 M€⁷⁰, ce qui porte le coût de ce projet à plus de 263 M€, non encore définitif.

Tableau 52 : Principales opérations du plan stratégique

Opérations (en M€)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
BMT Timone	1,7	10,8	3,4	38,9	41,9	67,0	49,4	213,1
BMT nord	3,8	22,8	36,8	17,2	0,8			81,4
Grands brûlés	2,6	0,9	4,7	7,4	0,3			15,9
Regroup. odonto.						1,2	5,7	6,9
EMA						1,2	1,1	2,3
Psychiatrie sud	12,1	2,1						14,2
Psychiatrie Conception	20,8	0,3						21,1
UHSI	8,0	0,3						8,3
Ecoles	10,6	1,5						12,1
Autres	3,8	1,1	1,7	0,2	-	0,1	1,7	8,6
Total	63,4	39,8	46,6	63,7	43,0	69,5	57,9	383,9

Source : Rapports d'activité de l'AP-HM

[492] En dépit de l'importance des ressources consacrées à l'investissement sur les dix dernières années, force est de constater qu'il reste encore beaucoup à faire :

- La Timone et l'hôpital nord doivent être mis en conformité avec la réglementation incendie ;
- les conditions hôtelières sont généralement mauvaises, sauf dans les hôpitaux sud ;
- la maternité du centre doit être reconstruite ;
- le regroupement de la biologie semble devoir s'imposer ;
- le dossier du DPI est à reprendre à zéro.....

Ce qui interroge sur la pertinence des investissements réalisés et sur la façon dont les choix ont été opérés.

[493] Ainsi, si une somme totale de 484 M€ a été consacré aux opérations de travaux hors plan stratégique, il est permis de s'étonner que la priorité n'ait pas été donnée aux mises en conformité de sécurité incendie, dont la réalisation s'impose maintenant alors que les capacités d'investissements sont devenues insuffisantes.

[494] L'absence d'étude de ROI digne de ce nom pour les opérations de la PFL et du BMT témoigne de ce que la préoccupation de l'impact économique des investissements n'est pas encore partagée par tous les acteurs locaux.

[495] Enfin, l'importance des ressources consacrés à l'informatique (+ de 100 M€ en 10 ans) pose également question si on les met en rapport avec les insuffisances du système d'information de l'AP-HM.

⁷⁰ Rapport de présentation de l'EPRD 2013, page 21

2.3.5 Le surendettement compromet le retour à l'équilibre d'exploitation et interdit la poursuite de l'effort d'investissement

2.3.5.1 Le poids de la dette annule les efforts ayant permis d'améliorer la CAF et la marge brute

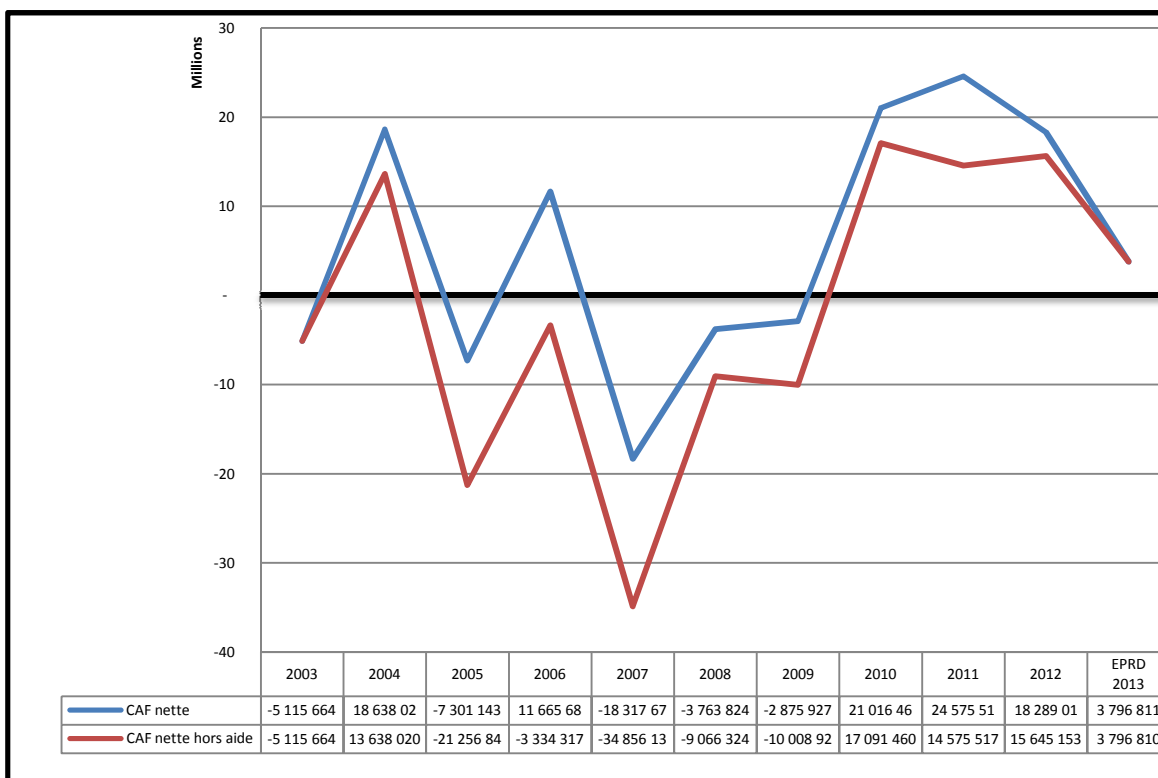
[496] La marge brute et la CAF se sont sensiblement améliorées depuis 2007, mais le poids excessif de la dette (remboursement du capital + intérêts) les grèvent lourdement. Ainsi, la couverture des annuités de la dette par la marge brute, qui avait évolué favorablement jusqu'en 2010, s'est ensuite dégradée jusqu'à devenir quasiment nulle, suivant l'EPRD 2013.

Graphique 4 : Couverture des remboursements d'emprunts et des frais financiers par la marge brute



[497] La CAF nette (CAF – remboursements d'emprunts) suit le même mouvement et se dégrade elle aussi en 2012, alors qu'elle était en phase ascendante depuis 2007.

Graphique 5 : Evolution de la CAF nette



2.3.5.2 La dette va encore peser fortement dans les années à venir

[498] Sans nouveaux engagements, les annuités d'emprunts que devra supporter l'AP-HM passent de 64,2 M€ à 66,6 M€ entre 2013 à 2016 puis demeurent à ce niveau pendant deux ans. 2019 est marqué par le remboursement d'une première tranche d'emprunt obligataire *in fine* de 30 M€, suivi par une deuxième tranche de 20 M€ en 2020. L'établissement aura donc à tenir compte de ce flux de remboursement de capital important dans la programmation de ses décaissements et disposer pour ce faire de la trésorerie nécessaire, d'autant qu'en 2023 il aura à faire face au remboursement de l'emprunt obligataire émis en 2013 pour 35M€.

[499] En outre, l'AP-HM devra payer, dans le même temps:

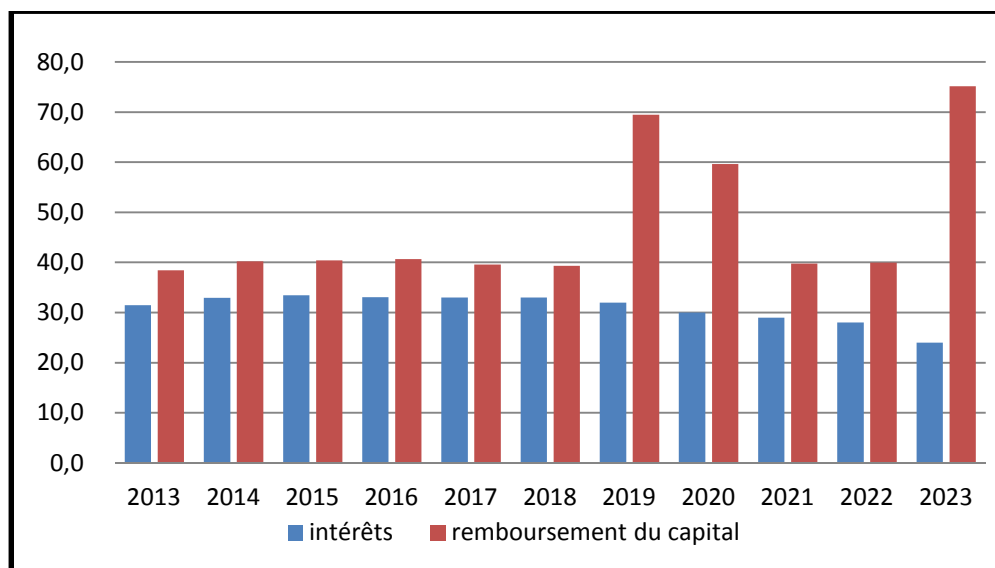
- La part loyer de la PFL, soit l'équivalent :
 - o En frais financiers, de 2,7 M€ en 2013 puis 3 M€ à partir de 2014
 - o En remboursement du capital, de 3 M€ en 2013 puis 3,54 M€ ensuite
- Les redevances de deux contrats de crédit-bail (IRM et gamma knife) dont les effets en année pleine vont peser de 2013 à 2016, pour un montant annuel de 1,4 M€⁷¹.

[500] Le graphique suivant présente, à dette constante, compte tenu des emprunts autorisés par l'ARS en 2013, du loyer de la PFL et des redevances de crédit-bail, l'évolution des annuités à régler dans les dix années à venir. Il peut être constaté :

- d'une part, que, le remboursement du capital suppose un effort annuel de l'ordre de 40 M€, en dehors des années 2019, 2020 et 2023, au cours desquelles les emprunts obligataires *in fine* arrivent à échéance,
- d'autre part que la charge des intérêts se maintient jusqu'en 2019 au-dessus de 30 M€ et ne commence à décroître qu'ensuite.

⁷¹ D'après le rapport de présentation de l'EPRD 2013 et l'état annexe H1 au compte financier 2012.

Graphique 6 : Evolution des annuités de la dette (en M€)



Source : Rapport d'activité 2012 de l'AP-HM et calcul IGAS

[501] Si la marge brute et la CAF demeurent au niveau constaté fin 2012, il apparaît au vu du tableau ci-dessous que :

- La marge brute couvre à peine les charges financières et les remboursements de capital en 2013 et est ensuite insuffisante jusqu'en 2021 ;
- La CAF nette se maintient entre 14 et 15 M€, sauf en 2019, 2020 et 2023, années d'échéances des emprunts *in fine*, au cours desquelles elle devient négative.

Tableau 53 : Couverture des échéances de la dette par la marge brute et la CAF (hypothèse 1)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Marge brute	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0
Intérêts des emprunts	-27,6	-28,7	-29,3	-28,9	-28,9	-29,0	-28,0	-26,0	-25,0	-24,0	-20,0
Intérêts ligne de crédit	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
Intérêts de la PFL	-2,7	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0
Intérêts du crédit bail	-0,2	-0,2	-0,2	-0,1	-0,1						
S/ total intérêts	-31,5	-33,0	-33,5	-33,1	-33,0	-33,0	-32,0	-30,0	-29,0	-28,0	-24,0
Rembours du capital des emprunts	-34,3	-35,5	-35,7	-35,8	-35,6	-35,8	-65,9	-56,1	-36,3	-36,4	-71,6
Rembours du capital de la PFL	-3,0	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5
Rembours du capital du crédit bail	-1,1	-1,2	-1,2	-1,3	-0,4						
S/ total remboursement capital	-38,4	-40,2	-40,4	-40,6	-39,6	-39,3	-69,5	-59,6	-39,8	-40,0	-75,2
Solde	2,1	-1,1	-1,8	-1,7	-0,5	-0,3	-29,4	-17,6	3,2	4,1	-27,1

CAF	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3
Remboursement du capital des emprunts (yc PFL et CB)	-38,4	-40,2	-40,4	-40,6	-39,6	-39,3	-69,5	-59,6	-39,8	-40,0	-75,2
CAF nette	15,9	14,1	13,9	13,6	14,7	15,0	-15,2	-5,3	14,5	14,3	-20,9

Source : Etat annexe au compte financier 2012, rapport sur EPRD ET PGFP 2013 et calcul IGAS

[502] Dans cette hypothèse, l'AP-HM ne pourrait envisager de nouveaux investissements au mieux qu'à hauteur de la CAF nette, mais après lissage du remboursement des emprunts obligataires *in fine* arrivant à échéance en 2019, 2020 et 2023, conformément aux nouvelles normes de comptabilisation qui leur sont applicables⁷², faute de quoi l'établissement serait dans l'incapacité d'honorer ses engagements.

Tableau 54 : Projection de la CAF nette avec lissage des emprunts *in fine*

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CAF	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3	54,3
<i>Remboursement du capital des emprunts (yc PFL et CB)</i>	-38,4	-40,2	-40,4	-40,6	-39,6	-39,3	-39,5	-39,6	-39,8	-40,0	-40,2
<i>Lissage des emprunts in fine</i>	-6,8	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-6,0	-3,5	-3,5	-3,5
CAF nette	9,1	3,8	3,6	3,4	4,4	4,7	4,5	8,7	11,0	10,8	10,6

Source : état annexe au compte financier 2012, rapport sur EPRD ET PGFP 2013 et calcul IGAS

[503] Le retour au strict équilibre comptable en deux ans (2013 et 2014) permettrait certes en portant la marge brute à 85,6 M€ de dégager des marges de manœuvre supplémentaires pour financer de nouveaux investissements, mais celles-ci demeurent insuffisantes au regard des besoins exprimés, même en complétant l'autofinancement par le produit des cessions d'immobilisations, telles que prévues au PGFP 2013, soit 18 M€ en 2013, 8 M€ en 2014, 10 M€ en 2015 et 5 M€ en 2016 et 2017.

Tableau 55 : Projection de la marge brute en cas de retour à l'équilibre comptable

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Marge brute	78,6	85,2	85,2	85,2	85,2	85,2	85,2	85,2	85,2	85,2	85,2
<i>Intérêts</i>	-31,5	-33,0	-33,5	-33,1	-33,0	-33,0	-32,0	-30,0	-29,0	-28,0	-24,0
<i>Remboursement capital</i>	-38,4	-40,2	-40,4	-40,6	-39,6	-39,3	-69,5	-59,6	-39,8	-40,0	-75,2
Solde disponible	8,7	12,1	11,4	11,5	12,7	12,9	-16,2	-4,4	16,5	17,3	-13,9

Source : état annexe au compte financier 2012, rapport sur EPRD ET PGFP 2013 et calcul IGAS

2.3.6 L'effort de redressement doit aller au-delà du retour au strict équilibre comptable

[504] Il est donc nécessaire de dépasser l'équilibre comptable comme le recommandait d'ailleurs le rapport IGAS 2012-131P : « ... la mission estime qu'il est nécessaire d'améliorer le résultat annuel de gestion de 40 millions € environ, soit 25 millions pour un strict équilibre des dépenses et des recettes et 15 millions pour autofinancer les investissements, diminuer la dette et résorber progressivement le report à nouveau déficitaire ».

[505] En améliorant son résultat, au-delà de l'équilibre comptable qu'il est prévu d'atteindre en 2014, de 13,4 M€ en 2015 et du même montant en 2016 l'établissement pourrait alors disposer d'une capacité d'investissement plus significative, avec une marge brute cible de 112 M€. Cet

⁷² Circulaire interministérielle N°DGOS/PF1/DGFiP/CL1B/2012/269 du 6 juillet 2012

objectif n'est pas incompatible avec les efforts que l'AP-HM envisage elle-même de réaliser, puisque le PGFP 2013 prévoit pour 2016 une marge brute de 111 M€ et une CAF de 80 M€.

Recommandation n°8 : Réduire le montant de la dette et la désensibiliser

Recommandation n°9 : Fixer un objectif de marge brute de 112 M€ à atteindre au plus tard en 2016

Recommandation n°10 : Conclure un CREF mobilisant tous les leviers disponibles et comportant des objectifs annualisés et des modalités de suivi annuel et infra annuel.

3 LES AMBITIONS DE L'AP-HM ET SA STRATEGIE

- [506] Les graves dysfonctionnements internes et l'état de la situation financière sont des handicaps que l'AP-HM doit lever rapidement si elle veut avoir une stratégie efficace pour garantir à la population une offre de soins publique de haut niveau dans l'environnement local et régional.
- [507] Au cours des 10 dernières années, l'AP-HM a élaboré de nombreux projets mais au final peu ont abouti et leur pilotage a été souvent erratique.
- [508] Le projet d'établissement 2010-2014 de l'AP-HM définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement et son projet stratégique. A l'issue de nombreux échanges avec l'ARH puis ensuite avec l'ARS, il a été décliné dans le CPOM signé le 9 juillet 2012.

3.1 La restructuration de l'AP-HM

3.1.1 Le projet hospitalier 2010-2014

- [509] La période 2010-2013 a été marquée par l'ouverture du pavillon de l'Etoile à l'hôpital Nord en 2009, l'ouverture du Bâtiment médico-technique (BMT) sur le site de La Timone est prévue fin 2013.
- [510] La première opération de mise en service du pavillon de l'Etoile a permis d'augmenter les surfaces du site de 41 000 m², représentant environ un tiers des surfaces existantes à l'hôpital Nord. Cette importante restructuration était nécessaire pour permettre de faire face au renforcement de l'hôpital Nord dont la capacité en lit s'est trouvée augmentée de 24 % par transfert de 150 lits du pôle thorax des hôpitaux Sud et de lits de médecine de la Conception. Le pavillon de l'Etoile permet de disposer de 175 lits et places.
- [511] La mise en service du BMT permettra de disposer sur le site de la Timone d'un potentiel très important de salles d'opérations (10 salles sous imagerie au rez-de-chaussée, 19 salles au 1^{er} étage et 11 salles au 2^{ème} étage), de 9 salles d'endoscopies, de locaux de réanimation et surveillance continue et de locaux d'imagerie et laboratoires. Cette ouverture modifiera donc à partir de 2014 considérablement la répartition et l'organisation des soins sur l'ensemble des sites de l'AP-HM. Elle sera donc à l'origine d'un transfert d'un grand nombre de services de l'établissement.
- [512] Les principales opérations qui ont constitué la première étape du projet hospitalier 2010-2013 sont :
- l'ouverture du centre de traumatologie et du pôle thorax à l'hôpital Nord au dernier semestre 2010,
 - la réorganisation des urgences sur le secteur Centre en conséquence de la disparition de cette fonction au niveau de l'hôpital de la Conception fin 2010 ; cette opération a impliqué une réorganisation de l'accueil des urgences sur les sites de la Timone et la Conception,
 - la création de l'Institut de l'appareil locomoteur (IAL) et de structures de Soins de Suite et de réadaptation (SSR) à l'hôpital de Sainte Marguerite.

3.1.2 La situation des quatre sites en mai 2013 est d'ores et déjà le reflet de la démarche de thématisation initiée à partir de 2004 et qui s'est accélérée en 2010

3.1.2.1 Les hôpitaux SUD

[513] Les hôpitaux SUD (Sainte Marguerite et Salvator) comportent une offre de soins de 326 lits et 100 places d'hospitalisation de jour réparties comme suit au sein des pôles :

	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de semaine	Hospitalisation complète	Total
Pôle 11 médecine pénitentiaire			32	32
Pôle 12 appareil locomoteur	10	30	44	84
Pôle 14 GEST	4		75	79
Pôle 15 psychiatrie universitaire	69	2	123	194
Pôle 19 endocrinologie	8		20	28
Pôle 23 caisson hyperbare	1			1
Pôle 28 DACCORD CISIH	8			8
	100	32	294	426

Source : AP-HM ; janvier 2013

GEST : Gériatrie, Endocrinologie, SSR et Thérapeutique

DACCORD : Dermatologie, Cancérologie...

- [514] Le plateau technique comporte des installations d'imagerie de haute technicité : radiologie, échographie, scanner, IRM, ostéodensitométrie (mise en service à l'automne 2013 d'une IRM à champ ouvert).
- [515] Les activités de psychiatrie comportent la prise en charge de 3 secteurs de psychiatrie adulte, 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) des Baumettes.
- [516] Le projet de l'Espace Méditerranéen de l'Adolescent est entré dans sa phase active avec le démarrage des activités psychiatriques de l'adolescent sur le site de Salvator.
- [517] La thématisation du secteur Sud autour des soins aux personnes âgées, aux activités de Soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie est cohérente. Il faut noter la création sur ce site d'établissements privés (clinique de Saint Martin et de la Phocéenne) et la relocalisation d'une partie d'un établissement ESPIC de l'UGECAM qui relèvent de ces thématiques. L'implantation d'autres établissements privés ou de statut ESPIC sur le site sainte Marguerite est envisagée. L'intérêt de ces opérations réside dans le fait que l'AP-HM a besoin de structures de désengorgement de ses lits actifs en aval des soins MCO ; ces structures positionnées sur ses propres terrains et dans le cadre d'accords de coopération sont de nature à améliorer la situation. En revanche, la création de l'institut du mouvement et de l'appareil locomoteur et la présence d'un service d'endocrinologie qui maintiennent sur le site de Sainte Marguerite une activité médico-chirurgicale pose davantage de questions.

3.1.2.2 L'Hôpital Nord

[518] Les capacités de l'hôpital Nord ont été augmentées en conséquence des transferts d'activité en provenance de la Conception en 2010 (chirurgie thoracique, pneumologie, oncologie, réanimation médicale et urologie). L'activité de ce site de l'AP-HP connaît une croissance continue depuis 2006. Les entrées en médecine sont passées de 13 000 en 2006 à 23 000 en 2012 et les entrées en chirurgie de 11 000 en 2006 à 14 000 en 2012. Les entrées en MCO ont progressé de 4 % entre 2011 et 2012. Le nombre de passages aux urgences était de 65 000 en 2006 et de 85 000 en 2012. Ceci justifie des augmentations de capacités d'unités de soins existantes qui ont permis de faire face à ce surcroît d'activité.

En mars 2013, l'hôpital Nord disposait de 931 lits et places MCO se décomposant en :

- **Médecine** : 431 lits d'hospitalisation complète, 44 lits d'hospitalisation de semaine, 49 places d'hôpital de jour et 4 places d'anesthésie chirurgie ambulatoire.
- **Chirurgie** : 270 lits en hospitalisation complète, 19 en hospitalisation de semaine, 3 places d'hôpital de jour et 27 places d'anesthésie chirurgie ambulatoire.
- **Obstétrique** : 63 lits en hospitalisation complète, 8 places en hôpital de jour et 1 place en anesthésie chirurgie ambulatoire.

Les activités de soins de l'hôpital Nord sont déployées dans le cadre de trois pôles d'activité médicale de site et onze pôles d'activité médicale intersites.

Pôles de sites :

- Pole ADOUE : laboratoire anatomie et cytologie, gastro-entérologie, chirurgie digestive, chirurgie urologique, équipe mobile de soins palliatifs,
- Pôle AUR : Anesthésie, Urgences adultes, Réanimation polyvalente et spécialisée dans les détresses respiratoires
- Pôle Organe des sens : Ophtalmologie, ORL, Dermatologie, Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et plastie, unité de chirurgie ambulatoire

Pole activité médicale intersites :

- Gynepole : maternité niveau 3, bloc gynécologique et obstétrique, médecine fœtale
- Pôle Médecine et réanimation néonatale : unité de néonatalogie
- Pôle pédiatrie médico-chirurgicale
- Pôle cardio-vasculaire thoracique : pneumologie, oncologie maladies rares, mucoviscidoses, cardiologie et chirurgie vasculaire
- Pôle MINC-SMC : médecine interne et gériatrique
- Pôle appareil locomoteur : chirurgie orthopédique
- Pôle neurosciences : neurochirurgie, EEG
- Pôle infectieux : maladies infectieuses et tropicales
- Pôle pharmacie
- Pôle imagerie : radiologie et médecine nucléaire
- Pôle PMAD ML : médecine pénitentiaire

[519] Le plateau technique de l'hôpital Nord, dont il faut rappeler qu'il est autorisé à pratiquer les greffes pulmonaires, est composé notamment de blocs opératoires dont un de 24 salles, implantation d'un robot chirurgical et 30 lits de salle de surveillance post-interventionnelle. L'imagerie comporte 2 scanners, 1 IRM et 1 angiographe bi plan. La médecine nucléaire est équipée notamment de 2 gamma caméras et TEP Scan. La radiothérapie comporte un appareil de tomothérapie, un accélérateur ELEKTA et un intrabeam per-opératoire. La cardiologie interventionnelle dispose d'une salle de coronarographie, d'électrophysiologie et de 3 salles d'échographie.

3.1.2.3 L'Hôpital de la Conception

[520] L'hôpital de la Conception a été particulièrement impacté par la restructuration de l'hôpital Sainte Marguerite. Une partie des urgences de Sainte Marguerite a été regroupée avec celles de la Conception ainsi que des lits d'urologie. Le Centre des grands brûlés de 12 lits a été reconstruit sur son site.

[521] L'hôpital de la Conception comporte 925 lits et places : 394 lits de médecine (dont 20 de réanimation), 208 lits de chirurgie, 131 lits de gynécologie obstétrique et 192 lits de psychiatrie. 16 des 29 pôles de l'AP-HM sont présents sur ce site.

[522] Les activités du site sont nombreuses et de haute technicité. Outre l'activité du centre des grands brûlés dans un bâtiment dédié, il faut noter la présence :

- d'un pôle des maladies de l'appareil urinaire comprenant le service de néphrologie de l'AP-HM avec une unité de soins intensifs, un centre de dialyse de 64 postes et un centre de greffes rénales.
- Des pôles de gynécologie obstétrique reproduction (avec activité de PMA-CECOS) et de médecine et réanimation néo natale, une maternité niveau 3
- Le pôle de psychiatrie centre
- Le pôle MINC spécialité médicales et chirurgicales permettant l'accueil des patients en aval des urgences (médecine interne, spécialités chirurgicales dont celle de la main et la chirurgie plastique et réparatrice)
- Un centre de greffe hépatique
- Le pôle locomoteur avec l'ortho-traumatologie
- Le pôle maladie infectieuses et tropicales

[523] Le site dispose de 17 salles d'opération, un centre de lithotritie et un laser de dermatologie.

[524] La Conception est actuellement l'hôpital de réception des urgences adulte par excellence.

3.1.2.4 L'Hôpital de la Timone

[525] L'Hôpital de la Timone est considéré par les autorités et les personnels de l'AP-HM comme un site composé, en réalité, de deux entités distinctes : la Timone-adultes et la Timone-enfants. Les filières en place au moment des investigations de la mission de l'IGAS étaient constituées par les neurosciences, la médecine et la chirurgie cardio-vasculaire, la chirurgie digestive, l'hépto-gastro entérologie, l'oncologie et la dermatologie. Les capacités de la Timone ont été augmentées à la suite du transfert en 2010 de certaines unités en provenance de l'Hôpital Sainte Marguerite (unité de médecine post-urgence de 20 lits et 5 lits de chirurgie digestive, 12 lits de réanimation des urgences et médicales). En outre, 17 lits de réanimation polyvalente ont été créés en 2009 ainsi que 15 lits de surveillance continue. L'hôpital de la Timone est autorisé à pratiquer la chirurgie

cardiaque et les greffes cardiaques. La répartition de l'activité de soins sur le site de la Timone sera, à compter de la fin 2013, considérablement modifiée avec l'entrée en service du Bâtiment médico technique (voir *infra*). L'unification de ces entités implique une CME unique sur le site de la Timone.

Tableau 56 : Activité de la Timone adulte : Situation à la fin décembre 2012

Moyenne des lits exploités	Médecine : 434 Chirurgie : 305 Total établissement : 739
Entrées totales	Médecine : 26 044 Chirurgie : 15 516
Taux d'occupation	Médecine : 85,7 % Chirurgie : 78,3 % Total établissement : 82,6 %

Source : AP-HM

Tableau 57 : Activité de la Timone enfants : situation à la fin décembre 2012

Moyenne des lits exploités	Médecine : 117 Chirurgie : 76 Total établissement : 193
Entrées totales	Médecine : 7 124 Chirurgie : 5 027
Taux d'occupation	Médecine : 80,2 % Chirurgie : 63,5 % Total établissement : 73,7

Source : AP-HM

[526] Le plateau technique est le reflet de la haute technicité pratiquée dans l'établissement :

- 2 gamma knife
- 3 IRM, 3 scanners, 2 système de coronarographie numérisée, 3 systèmes d'angiographie numérisée, 1 EOS (système de reconstruction tri-dimensionnelle)
- 1 accélérateur de particule
- 5 appareils de CEC

[527] **Le Bâtiment Médico-Technique (BMT)** sur le site de la Timone fait l'objet d'un développement spécifique (*infra*) dans les projets en cours.

3.1.3 Le CPOM et le bilan en cours

[528] Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2016 signé le 9 juillet 2012 par le directeur général de l'ARS et le directeur général de l'AP-HM, fait suite à un premier CPOM signé en 2007 qui concrétisait la première étape de la restructuration majeure de l'offre de soins de l'AP-HM définie dans le plan stratégique de 2002. Conclu pour une durée de 5 ans, il s'inscrit en cohérence avec les orientations stratégiques retenues dans le PRS dont le SROS (arrêté du 30 janvier 2012) et dans le cadre contraint du plan de retour à l'équilibre. Il fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la revue annuelle.

[529] Ce CPOM vise à renforcer le positionnement stratégique de l'établissement par la poursuite des restructurations engagées autour de la thématisation des sites et le renforcement des partenariats, par une politique d'amélioration de la qualité, par des actions d'amélioration de la performance et le management médico économique et par un projet social adapté et un dialogue social de qualité.

[530] 7 annexes précisent ces champs considérés comme prioritaires :

dont 3 relatives au cadre général d'action d'un CHU

- les enjeux stratégiques et le positionnement de l'établissement dans son environnement, retraçant les autorisations délivrées par activités, par site et leur échéance, les reconnaissances contractuelles effectives et les plateaux techniques hautement spécialisés, les coopérations territoriales effectives ou/et à venir et les orientations au regard du PRS notamment les taux d'évolution du volume d'activité, compatibles avec ceux du PRE, les objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire, les missions de service public et les engagements en matière de prévention de veille et sécurité sanitaire et santé environnementale.
- le pilotage interne : améliorer ou renforcer la qualité et la sécurité des soins, faire progresser le pilotage interne, élever le niveau de performance, préserver ou restaurer l'équilibre financier et les capacités d'investissement,
- le financement : le cadrage global du financement de l'établissement et le détail des crédits pouvant figurer à l'avenant financier.

et 4 plus spécifiques :

- l'orientation stratégique n° 1 relative à l'ouverture du BMT à la Timone à sa montée en charge rapide après sa livraison en fin 2013 et son ouverture totale fin 2014, se décompose en deux temps pour tenir compte des opérations à conduire en parallèle pour le transfert dans un premier temps fin 2013 et début 2014 des services autour du nouveau plateau technique et ensuite le transfert des urgences et des services indispensables à la gestion aval des urgences en septembre 2014 ;
- les ICR par salle de bloc afin de mesurer, au travers de cet indicateur de performance, l'efficacité des blocs opératoires ;
- un objectif opérationnel relatif à la réanimation et la surveillance continue pour adapter la réponse de l'établissement aux besoins régionaux tant pour le volet adulte que pour la pédiatrie compte tenu de l'offre de soins considérées comme nettement insuffisante pour répondre aux besoins pour les activités liées à l'urgence et pour les activités de recours et de référence du CHU ;
- le dossier patient informatisé.

[531] Au moment des investigations de la mission, la première revue était prévue pour septembre 2013 les éléments de synthèse de l'évaluation contradictoire AP-HM/ARS n'étaient pas disponibles. Il n'appartient pas à la mission d'anticiper les résultats de cette revue, néanmoins ce bilan annuel et la revue du contrat devraient être l'occasion pour l'AP-HM de présenter son projet d'établissement revu et d'actualiser son plan de retour à l'équilibre comme cela était prévu dans le CPOM pour début 2013. Il serait opportun de profiter de ce moment en fin d'année 2013 pour finaliser un véritable plan directeur stabilisé et qui ne serait pas la juxtaposition de projets architecturaux.

Recommandation n°11 : Actualiser le CPOM notamment en tenant compte du CREF

3.2 De nombreux projets élaborés par l'AP-HM ont souffert d'un déficit de pilotage

- [532] Parmi les projets en cours d'étude ou de réalisation, trois seulement ont été examinés par la mission. Pour les autres projets tel le « biogénopôle », la mission considère au regard de la faiblesse des informations disponibles qu'elle ne pouvait pas les analyser.
- [533] Globalement la mission a fait le constat de la difficulté d'obtenir des informations pertinentes compte tenu des changements de cap sur les projets et des marches « arrière » alors que les projets étaient relativement avancés. Le pilotage des projets est soumis à des pressions au gré des nominations et du contexte politique. Il est donc indispensable que les projets de l'AP-HM soient assortis de clapets « anti retour » permettant la conduite à bonnes fins des dossiers.

3.2.1 Le BMT est en cours de livraison

- [534] Au cours des années 2000, l'idée de compléter les immeubles de grande hauteur (IGH) de la Timone par un pavillon mère-enfant et un bâtiment médico technique s'est imposée. A la suite de l'abandon du projet de pavillon mère enfant, il est apparu nécessaire de poursuivre les travaux concernant le projet de bâtiment médico technique pour remédier à la dispersion au sein du site de la Timone des équipements du plateau technique. En outre, cette construction permettait de disposer d'un service d'accueil des urgences sur le site Centre correctement dimensionné et situé à proximité immédiate des équipements et services de pointe. Le BMT résulte donc de la volonté de réunir sur un même site l'accueil des urgences, les équipements lourds d'imagerie, et les salles d'opérations ou d'intervention.
- [535] La lecture des différents documents évoquant ce projet au cours des dernières années montre que si le principe de la construction du BMT a été acté sans difficulté, en revanche, le contenu exact des activités à y déployer a fait l'objet d'évolutions importantes. Le projet ne s'est stabilisé de ce point de vue qu'à partir de l'année 2011 même si au moment des investigations de la mission il persiste encore quelques interrogations.
- [536] Le chantier a débuté en 2009 et la réception est prévue pour la fin 2013 avec une mise en service progressive des différentes installations de décembre 2013 à juin 2014.
- [537] Le Bâtiment Médico Technique est un enjeu prioritaire pour l'AP-HM. Compte tenu du niveau d'investissement et de ses conséquences organisationnelles, il est considéré comme une opportunité inédite pour l'AP-HM d'optimiser son fonctionnement, notamment en redimensionnant les tailles des unités, souvent trop petites, en définissant au mieux les organisations cibles, tant en termes de mutualisation, d'organisations cibles, d'allocation de ressources, de cartographie des flux, de processus organisationnels que de chemins cliniques ou de réorganisations des activités sur les différents sites après l'ouverture.
- [538] Les fonctionnalités du BMT sont décrites en annexe 19.
- [539] La définition des effectifs du BMT demandée par la précédente mission n'est toujours pas disponible à ce jour. Il s'agit là d'un sujet relativement grave qui confirme l'impression de relative impréparation du projet BMT pour lequel, lors de ses visites de mai et de juin 2013, la mission n'a pu obtenir ni une définition précise de l'organisation du circuit patient, ni les effectifs de personnel ni le document retraçant l'étude sur le retour sur investissement de la construction du bâtiment.
- [540] A quelques semaines de l'ouverture de ce bâtiment de nombreuses interrogations subsistent. Les critiques portent essentiellement sur l'approche trop immobilière et insuffisamment fonctionnelle. La direction devrait être plus attentive à l'expérience récente de l'ouverture de la PFL et du grand nombre d'ajustements rendus nécessaires pour remédier aux incidents et dysfonctionnements qui auraient pu être évités par une meilleure préparation, plus d'anticipation dans le fonctionnement quotidien et dans les conséquences organisationnelles.

- [541] Le corps médical et les équipes soignantes expriment leurs inquiétudes sur les prises en charge et les transferts de patients compte tenu des dysfonctionnements du brancardage et de la complexité des circuits dans ce nouveau bâtiment.
- [542] La mission a entendu au cours des entretiens l'expression de cadres qui visiblement étaient peu informés et manquaient de visibilité sur le détail de la mise en œuvre. L'attitude d'attentisme pour s'adapter le moment venu lorsque le site sera ouvert est peu acceptable.
- [543] L'organisation interne précise et les modalités fonctionnelles doivent être décrites et faire l'objet d'une large communication afin que chacun puisse anticiper le fonctionnement futur. Les incertitudes sur l'affectation des locaux, les circulations et les fonctionnalités doivent être levées rapidement. L'organisation interne doit également tenir compte de la problématique nouvelle d'une structure importante et centralisée de traitement des patients dans un climat de tension et de violence aux urgences.

3.2.2 La maternité de la Conception ne peut être maintenue en l'état.

- [544] S'agissant des activités d'obstétrique de l'AP-HM, il n'est pas envisageable de les regrouper sur un seul site. L'AP-HM a donc fait le choix de maintenir une maternité niveau 3 à l'hôpital Nord et une autre maternité de niveau 3 sur le site Centre.
- [545] Actuellement, la maternité du site Centre est à la Conception. Ses locaux sont vétustes et l'absence de certains équipements techniques sur le site Conception est génératrice de transferts de nouveaux nés ou de parturientes à la Timone dans des conditions qui peuvent générer une perte de chance⁷³. Il existe donc un débat concernant l'endroit où doit être positionnée cette maternité.
- [546] Par ailleurs, au moment des investigations de la mission (printemps et été 2013), il existe une incertitude concernant le devenir de l'activité d'obstétrique réalisée par un établissement privé de Marseille, activité représentant environ 2 500 accouchements par an.
- [547] L'AP-HM a chargé une société⁷⁴ d'étudier plusieurs scénarios à partir de ces éléments afin de comparer les avantages et inconvénients du maintien de la maternité à la Conception ou sa relocalisation à la Timone en se basant sur deux hypothèses : le maintien de l'activité actuelle (environ 3 100 accouchements par an⁷⁵) ou une augmentation d'activité prévisible en cas de défection de l'établissement privé comme indiqué *supra* (4 500 voire 5 500 accouchements par an).
- [548] La mission à ce sujet souhaite attirer l'attention de l'AP-HM sur le fait que les 2 500 accouchements réalisés par l'établissement privé concerné n'auraient aucune vocation à être transférés en totalité sur le site de l'AP-HM en cas de disparition de cet établissement. Il est donc probable qu'un scénario qui abonderait de 1 000 accouchements les 3 100 réalisés actuellement sur le site de la conception correspondrait probablement au besoin susceptible d'être pris en charge.
- [549] Il ressort des résultats que la société ICADE a présentés à la mission le 10 juillet 2013 que les hypothèses de maintien de l'activité de gynécologie et d'obstétrique sur le site de la Conception ne permettent pas de réaliser un projet présentant une augmentation des capacités au-delà des 3 100 accouchements actuels et que le nombre de chambres individuelles ne saurait, dans ce scénario, dépasser 10 chambres sur 17 par unité soit 58 % des lits. Ce dernier point n'est pas en conformité avec les contraintes du code de la santé publique qui impose, en cas de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur d'hospitalisation d'une maternité un minimum de 80 % de chambres individuelles⁷⁶. Il faut rappeler que le maintien des activités de gynécologie-obstétrique sur le site

⁷³ En cas d'hémorragie du *post partum*, l'embolisation en imagerie ne peut être pratiquée sur place puisque les radiologues susceptibles de la pratiquer sont sur le site de la Timone. S'agissant des nouveaux nés qui doivent subir certains soins de haute technicité, les praticiens et le matériel sont également sur le site de la Timone.

⁷⁴ Société ICADE

⁷⁵ 3 100 accouchements réalisés en 2012

⁷⁶ Article D 6124-45 du code de la santé publique

de la Conception a, en outre, pour effet de les maintenir éloignées du BMT de la Timone où se trouvera dès 2014 l'essentiel des équipements techniques.

- [550] Les autres scénarios alternatifs sont basés sur une implantation des activités de gynécologie-obstétrique sur le site de la Timone. Ils permettent d'obtenir des proportions de chambres individuelles supérieures aux 80 % imposés par la réglementation et présentent l'intérêt d'intégrer ces activités sur un site proche du BMT.
- [551] La mission est donc favorable à ces scénarios sur La Timone et n'entend pas se prononcer sur les modalités de leur faisabilité (construction d'un nouveau bâtiment avec liaisons horizontales avec le BMT ou intégration dans des surfaces existante qui deviendront disponibles dans les IGH du site sous réserve d'une opération de réhabilitation).

3.2.3 Un projet imposé à l'AP-HM : l'IHU

- [552] Dans le cadre des projets financés par le Grand Emprunt, six instituts hospitalo-universitaires d'excellence (IHU) ont été retenus dont l'IHU Infectiopol Sud, dont le promoteur est le professeur D Raoult à Marseille. Les IHU ont essentiellement une vocation de recherche. La spécificité de cet IHU réside dans le volet prise en charge hospitalière.
- [553] La création de cet Institut Hospitalo-Universitaire sur les pathologies infectieuses et tropicales est prévue sur le site de la Timone. Les interfaces indispensables entre l'AP-HM et la Fondation Méditerranée Infection, qui porte le projet, ne sont pas finalisées. Les conséquences de la création de cette structure de recherche, d'enseignement mais aussi de soins ne sont à ce jour pas mesurées que ce soit en termes de ressources et d'équilibres financiers pour l'AP-HM, ou d'articulation entre les équipes médicales de l'AP-HM et celles de l'IHU, ou encore la répartition des responsabilités entre l'AP-HM et l'IHU dans la prise en charge des malades infectieux, ou aussi en ce qui concerne les modalités d'accès au plateau technique du site de la Timone des patients hébergés à l'IHU.
- [554] Ce projet se traduit par une opération immobilière d'envergure, dans un environnement de bâtiments hospitaliers déjà très dense. Ainsi le promoteur a obtenu qu'un bâtiment de 6 étages et de plus de 22 500 m² soit construit dans l'enceinte de l'hôpital de la Timone, dans le cadre d'une AOT et en façade d'une rue très fréquentée de Marseille. Le permis de construire a été accordé par le Préfet des Bouches du Rhône le 28 juin 2013, sans que l'OAT ait été signée⁷⁷. Ce projet ambitieux prévoit une unité d'hospitalisation de 75 lits qui seront prélevés dans les différents sites, sans que cela soit formalisé.
- [555] Si la qualité et le rayonnement de la recherche en matière de maladies infectieuses à Marseille sont largement reconnus dans les communautés scientifiques et ne sont nullement remis en cause, en revanche le choix de créer une structure, dans l'enceinte de l'hôpital, en centre-ville, et dans un montage juridique non stabilisé et en dehors du SROS pose le problème de la cohérence des décisions et des responsabilités respectives de l'AP-HM et de l'IHU dans la prise en charge des malades hospitalisés.
- [556] La communauté médicale n'a jamais pris position sur ce projet qui a été imposé à l'hôpital et on peut s'interroger notamment sur le choix du site de la Timone alors que l'hôpital Nord dispose d'un service d'infectiologie. L'économie globale n'est pas démontrée, le montage financier n'est pas finalisé, que ce soit les charges directes mais aussi induites par les transferts de lits et qui vont peser sur l'AP-HM ou les recettes nouvelles qui devraient être tirées de cette activité. Le niveau de la contribution de l'AP-HM en investissement et en fonctionnement, les règles d'assujettissement à la TVA ne sont pas arrêtées.

⁷⁷ Seule une promesse de convention temporaire d'occupation du domaine a été signée le 4 avril 2012.

- [557] Aucune réflexion n'est semble-t-il engagée sur les liaisons fonctionnelles et notamment avec le BMT. Les risques sanitaires nouveaux et les difficultés de gestion liés à ce projet ne sont à ce jour ni évalués ni pris en compte. Il convient d'ajouter qu'en l'absence de service de réanimation dans ce bâtiment, la question de la prise en charge médicale de malades lourds pouvant décompenser, n'est pas envisagée.
- [558] La mission considère que cet ambitieux projet devrait faire l'objet d'une réflexion sur son implantation et sur les modalités de sa mise en œuvre en lien étroit avec tous les décideurs de l'AP-HM et de l'ARS et que la seule volonté de son promoteur extérieur aux instances décisionnelles de l'AP-HM ne peut engager la responsabilité juridique et financière de l'AP-HM.
- [559] Des courriers ont été échangés entre le DG et le Professeur Raoult le 22 avril, 3 mai et le 16 mai 2013. Le DG après avoir rappelé que le plan de financement de ce projet n'était pas bouclé, indique qu'un concordat devra être établi pour la réalisation du chantier ainsi que sa livraison, ainsi qu'une convention d'exploitation sur les moyens réciproquement mis à disposition et les modalités de fonctionnement. La situation actuelle et future de l'AP-HM ne lui permet de s'engager que dans un projet dont la neutralité financière à son égard lui serait garantie.

3.3 Implantation et organisation territoriale

3.3.1 L'offre de soins dans le département des Bouches du Rhône est importante

- [560] En médecine, la région PACA se caractérise par une couverture convenable même si certaines zones montagneuses de l'arrière-pays connaissent des difficultés liées à la faible démographie médicale.
- [561] L'offre hospitalière est en revanche importante sur la bordure littorale et ses grandes agglomérations. Le taux de fuite des patients est donc exceptionnellement faible sur ces zones.
- [562] Ainsi, dans les Bouches du Rhône, 93 % des patients hospitalisés en médecine en 2010, l'ont été dans leur propre département.
- [563] La collaboration développée pas l'AP-HM avec le centre hospitalier d'Aubagne, notamment la mise à disposition d'un directeur présente peu d'intérêt ni pour l'AP-HM, ni pour le CH d'Aubagne en termes de complémentarité dans l'organisation locale des soins.
- [564] En chirurgie, le nombre de centres prévus au SROS 2012-2016 a été fixé à 16 pour Marseille (objectif 2016, alors que 20 centres existaient en 2011). Ce nombre va donc diminuer faiblement mais ce mouvement correspond à des fusions, regroupements et acquisitions qui ne modifient pas l'offre de soins sur le plan quantitatif.
- [565] Le SROS 2012-2016 note que, en chirurgie, le taux de recours de la population résidente est supérieur au recours médian national. Le recours est, après standardisation sur âge et sexe, excédentaire de 9 % environ en 2009. On observe que les taux de recours à la chirurgie après standardisation sur âge et sexe varient selon le territoire de santé. Ils sont inférieurs à la moyenne régionale dans les Alpes des Hautes Provence et le Vaucluse, supérieurs dans le Var et les Bouches du Rhône, ce qui pourrait être le témoin de la densité de l'offre de soins dans ces deux départements.
- [566] L'abondance de l'offre de soins chirurgicale en région PACA est également confirmée par la démographie des professions concernées : en secteur libéral en 2008, on comptait au moins 10 % des effectifs nationaux dans chaque spécialité chirurgicale alors que la région ne représente que 8,3 % de la population française.

- [567] Le département des Bouches du Rhône en général et l'agglomération de Marseille en particulier, présentent la particularité notable qu'ils disposent de toutes les activités de soins de proximité, de soins de niveau du recours infrarégional, de soins du niveau régional (activités hautement spécialisées) et l'ensemble des disciplines de niveau interrégional, voire de référence nationale, y sont représentées (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, greffes d'organes, grands brûlés...).
- [568] En outre, à l'exception des activités de greffes d'organes, du traitement des grands brûlés et du centre antipoison, l'AP-HM est concurrencée sur toutes ses activités, y compris celles de pointe, par des établissements établis à Marseille (établissements publics, ESPIC, privés, centre de lutte contre le cancer).
- [569] Cette concurrence a tendance à s'accroître en raison du fait que les restructurations des établissements du secteur privé sont souvent accompagnées de constructions neuves améliorant les conditions d'hôtellerie alors que certaines des activités de l'AP-HM sont encore déployées dans des locaux vétustes.

3.3.2 Dans ces conditions, l'AP-HM a déjà entrepris un important travail de restructuration qu'elle doit poursuivre.

- [570] La mission a pris acte des principes directeurs qui prévalent aux restructurations en cours des sites de l'AP-HM et en approuve la mise en œuvre.
- [571] De ce point de vue, l'abandon de l'activité de réception des urgences à Saint Marguerite apparaît aujourd'hui comme une opération cohérente puisque deux établissements de santé assurent déjà cette fonction dans les quartiers Sud de la ville (Hôpital St Joseph et clinique Clairval).
- [572] La thématization de ses sites que l'AP-HM a initiée depuis 2004, avec l'objectif de regrouper chaque discipline sur un ou deux sites, doit être renforcée car elle permet d'améliorer la cohérence fonctionnelle des sites et d'éviter les doublons inutiles.
- [573] Cette démarche qui aura pour conséquence des désaffectations de locaux pourra déboucher sur des cessions d'immobilisations ou des créations de nouvelles activités en fonction des besoins définis par le SROS.
- [574] Par ailleurs, la mission considère que certaines segmentations des sites qui ont pu présenter certains avantages par le passé ne se justifient plus aujourd'hui et peuvent même constituer un frein dans les démarches de structurations cohérentes des activités.
- [575] Ainsi, l'individualisation au sein du site de la Timone de deux entités Timone-adulte et Timone-enfants ne correspond pas à la logique actuelle d'organisation des activités. Ce constat est renforcé par la perspective de mise en service du BMT dont les prestations concerneront les deux entités.
- [576] La question qui se pose en 2013 est même de savoir si l'ensemble des hôpitaux du site Centre ne devrait être organisé dans le cadre d'un site unique Timone-Conception puisqu'ils devront travailler en complémentarité. Il faut à cet égard noter que certaines autorisations d'activités techniques ne pourront être données sur le site de la Conception si ce dernier n'est pas intégré dans un ensemble Timone-Conception.
- [577] Les restructurations envisagées par l'AP-HM visent à thématiser les sites de la façon suivantes :

Hôpital Nord : traumatologie, urgences adultes, oncologie, maternité niveau 3, médecine et chirurgie fœtale, maladies thoraciques dans ses composantes médicales et chirurgicales, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives, urgences pédiatriques.

Hôpital de la Timone : neurosciences, oncologie, pédiatrie de recours et maternité niveau 3, maladies cardiovasculaires, urgences adultes et post urgence, digestif, traumatologie et rachis, urgences pédiatriques.

Conception : médecine et chirurgie ambulatoires, uro-néphrologie, endocrino-nutrition, tête et cou, brûlés et chirurgie plastique, médecine interne, psychiatrie.

Hôpitaux Sud : Institut appareil locomoteur, activités de soins en lien avec le vieillissement, médecine physique et de réadaptation, médecine du sport, santé publique, psychiatrie et troubles de l'adolescence.

[578] Globalement, la mission approuve la démarche poursuivie depuis quelques années à l'AP-HM en matière de répartition des activités de soins entre les différents sites et en conseille l'intensification.

3.3.3 Toutefois, l'attention doit être attirée sur quelques situations particulières.

3.3.3.1 L'examen de la répartition des activités sur les quatre sites qui figure *supra* met en évidence des redondances pour des activités qui ne le justifient pas

[579] Il existe des raisons objectives qui permettent de justifier que des activités soient présentes sur plusieurs sites. Il en est ainsi des maternités de niveau 3 dont la mission approuve le maintien sur deux sites en raison d'une nécessaire répartition de l'activité d'obstétrique publique sur le territoire de l'agglomération marseillaise.

[580] En revanche, il est permis de s'interroger sur l'opportunité de maintenir deux services de chirurgie pédiatrique.

[581] Autant il est nécessaire de maintenir deux services d'urgence pédiatrique, autant il ne paraît pas justifié de maintenir de la chirurgie pédiatrique à l'hôpital Nord. Il faut rappeler qu'en 2010, le besoin en actes chirurgicaux généré par le service des urgences pédiatrique de l'hôpital Nord était évalué à 1,43 par 24 h. il est donc opportun de ne pratiquer d'actes de chirurgie pédiatriques à l'hôpital Nord que ceux qui relèvent de la chirurgie polyvalente. Le projet d'activité de chirurgie fœtale à l'hôpital Nord évoqué dans des documents que la mission a consultés doit également être abandonné.

[582] La mission rappelle qu'une note de l'AP-HM datée du 10 janvier 2012 à l'attention de l'IGAS indiquait très clairement que « le scénario retenu, en lien direct avec le projet maternité-pédiatrie, est de regrouper l'ensemble des activités de chirurgie pédiatrique, actuellement organisée sur Nord et Timone sur un seul site, celui de la Timone ».

3.3.3.2 La situation et le devenir de l'Hôpital de Sainte Marguerite

[583] L'Hôpital Sainte Marguerite a vocation à devenir le site dédié à la prise en charge des personnes âgées et aux soins de suite et de réadaptation.

[584] Des établissements privés (cliniques St Martin et de la Phocéenne, CRF de Valmante) compléteront l'offre de soins sur ce site sur des activités de Service de Soins de Suite et de Réadaptation (système nerveux et orthopédie).

[585] Les perspectives démographiques nationales et de la région PACA incitent à renforcer progressivement les activités de soins en direction des personnes âgées, qu'il s'agisse des activités de gériatrie ou d'activité de long séjour. Le site de Sainte Marguerite paraît tout désigné pour s'investir dans l'avenir sur cet important créneau.

[586] En revanche, le maintien d'activité de rhumatologie, de chirurgie orthopédique ou d'endocrinologie ne s'inscrit pas dans la cohérence décrite plus haut. L'activité chirurgicale contraint à se doter d'unités de surveillance post opératoire et d'équipements techniques qui se trouvent isolés et donc mal rentabilisés. Ces activités de MCO doivent être relocalisées sur d'autres sites. En l'état actuel de la réflexion, on pourrait imaginer que l'activité chirurgicale rejoigne la Timone et l'activité de rhumatologie installée à la Conception. En revanche, la mission ne voit pas d'inconvénient à ce que la médecine de court séjour de gériatrie reste installée voire soit développée sur le site de Sainte Marguerite, ceci permettrait de disposer sur place d'équipements techniques en appui des activités de SSR.

3.3.3.3 La séparation de la chirurgie thoracique lourde et la chirurgie cardiaque

[587] Le traitement des affections thoraciques et pulmonaires fait partie des domaines d'excellence qui sont pris en charge à l'Hôpital Nord. La chirurgie cardio-vasculaire est prise en charge à la Timone.

[588] La séparation entre ces deux activités qui, dans certains gros établissements hospitaliers sont volontairement organisées dans le cadre d'un site unique, peut apparaître comme une occasion manquée sur le plan fonctionnel.

[589] La mission a pris connaissance des arguments développés à l'AP-HM en faveur de ce rapprochement et a également entendu les arguments qui peuvent justifier le choix du développement de ces deux activités sur des sites différents.

[590] Il lui apparaît, dans un premier temps, que l'AP-HM devrait veiller à ne pas trop densifier l'activité de soins de la Timone qui est probablement destinée à devoir accueillir sous une forme ou une autre la maternité niveau 3 et tout ou partie de la chirurgie pédiatrique de l'hôpital Nord. S'il est reconnu que l'obtention d'une certaine masse critique minimale d'activités de soins est souhaitable tant sur le plan de l'efficacité médicale et de la sécurité que sur celui de l'efficacité économique, il apparaît non moins évident qu'à partir d'un certain niveau de densité d'activités, la cartographie des risques se modifie dans le mauvais sens. Ceci plaide pour une certaine prudence dans toute opération consistant à accroître encore le potentiel d'activités sur le site de la Timone en plus de celles qui ont déjà été citées *supra*.

[591] La mission ne méconnaît pas les arguments qui pourraient plaider pour un rapprochement des activités de chirurgie cardiaque avec celles de chirurgie thoracique. Pour autant, elle observe qu'il y a autant d'arguments pour rapprocher ou maintenir une proximité entre la pneumologie et la chirurgie thoracique. De sorte qu'il pourrait apparaître cohérent, de ce point de vue, de rapprocher l'ensemble cardiologie interventionnelle-chirurgie cardiaque - chirurgie vasculaire – pneumologie. La mission considère qu'une telle opération reviendrait à faire de la Timone un hôpital centré sur le thorax et les soins cardio-vasculaires et que cela bousculerait des équilibres, remettant en cause l'ensemble de la restructuration de l'AP-HM.

[592] Pour cette raison, le maintien sur le site de l'hôpital Nord de la pneumologie et la chirurgie thoracique et le maintien sur la Timone de la médecine et la chirurgie cardiaque apparaissent aujourd'hui comme un compromis raisonnable.

Recommandation n°12 : Continuer l'effort de thématization des sites en supprimant les doublons à l'exception de ceux que le rapport cite en considérant que leur légitimité est établie.

Recommandation n°13 : En matière d'investissements immobiliers les deux priorités sont constituées par la résolution des problèmes de sécurité dans les 2 IGH de la Timone et le transfert de la maternité de la Conception à la Timone dans des locaux adaptés. Ces investissements devront être réalisés même en l'absence d'aide extérieure.

Recommandation n°14 : A l'occasion de l'ouverture du BMT, la disparition de la distinction sur le site Timone, des entités enfants et adultes doit être acté. A moyen terme la fusion des sites du centre : Timone et Conception doit être réalisée.

Recommandation n°15 : L'ARS PACA doit exercer, plus qu'elle ne l'a fait au cours des dernières années, ses missions de contrôle, d'évaluation et de suivi de la gestion et de l'évolution de l'AP-HM. La lettre de mission pluriannuelle du directeur général établie par le directeur général de l'ARS devra s'appuyer, entre autres, sur les éléments du présent rapport avec un dispositif formalisé d'évaluation dans la mise en œuvre des orientations et évolutions demandées.

Conclusion

- [593] La situation de l'AP-HM est toujours préoccupante, tant en termes financiers, qu'organisationnels.
- [594] S'agissant du positionnement de l'AP-HM dans l'offre de soins locale et régionale, la mission considère que les opérations en cours et de grande ampleur des établissements hospitaliers privés que ce soit par des fusions et/ou par transferts dans des locaux neufs, sont de nature à accroître la concurrence dans un contexte d'offre de soins déjà importante au sein de l'agglomération.
- [595] Par ailleurs, les complémentarités avec d'autres établissements publics et notamment le centre hospitalier d'Aubagne semblent peu pertinentes pour l'avenir de l'AP-HM. Il appartiendra à l'ARS de se positionner sur ce point.
- [596] Globalement, la mission estime que le pilotage doit être pleinement assuré par le direction générale dans un cadre d'autorité normal, que la communication interne doit être développée, que les choix opérés ne doivent pas être sans cesse remis en cause ce qui est une source d'inertie évidente, que l'abondante production conceptuelle des services se traduise par une réelle opérationnalité.
- [597] L'ARS doit être régulièrement informée des évolutions et le comité de coordination doit être un véritable lieu d'échanges davantage formalisés.

Huguette MAUSS

Dr. Sylvain PICARD

Jean-Claude DELNATTE

Jean-Yves LAFFONT

LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Les réunions du conseil de surveillance doivent se tenir au sein de l'établissement.	Président du conseil de surveillance	immédiat
2	A l'occasion de la mise en place des restructurations en cours et de celles qui sont prévues, un redécoupage des pôles doit être opéré de manière à limiter les pôles multi-sites. Chaque pôle doit faire l'objet d'un contrat avec des objectifs précis et assorti de délégations ciblées et de modalités de suivi régulières.	DG AP-HM Directoire	6 mois et produire un échéancier sur les 2 prochaines années
3	La maîtrise des effectifs, la fiabilité des chiffres et le retour à la légalité la plus stricte sont des objectifs prioritaires. Il doit être mis fin aux procédures de recrutement ou de reclassement atypiques gérées au détriment des intérêts de l'AP-HM.	DG AP-HM	Immédiat
4	La réorganisation en cours des activités de la PUI doit être menée à son terme et sans délai, dans le sens d'une recherche permanente du regroupement de chaque activité sur un seul site.	DG AP-HM	Principe à poser immédiatement mais établir un planning sur les 2 prochaines années
5	Recentrer la direction informatique sur le champ informatique et rattacher les autres activités (archives, standard et organisation) à d'autres directions en centrale	DG AP-HM	6 mois
6	Mettre en œuvre sans délai un plan d'actions pour assurer la fiabilité et la sincérité des comptes	DG AP-HM	Immédiat
7	Etablir et annexer au CPOM un schéma directeur immobilier et rendre la gestion patrimoniale plus dynamique compte tenu des investissements à venir	DG AP-HM DG ARS	3 mois
8	Réduire le montant de la dette et la désensibiliser	DG AP-HM	3 ans
9	Fixer un objectif de marge brute de 112 M€ à atteindre au plus tard en 2016	DG AP-HM	3 ans
10	Conclure un CREF mobilisant tous les leviers disponibles et comportant des objectifs annualisés et des modalités de suivi annuel et infra annuel	DG AP-HM DG ARS	6 mois
11	Actualiser le CPOM notamment en tenant compte du CREF	DG AP-HM	3 mois
12	Continuer l'effort de thématization des sites en supprimant les doublons à l'exception de ceux que le rapport cite en considérant que leur légitimité est établie.	DG AP-HM	3 ans
13	En matière d'investissements immobiliers, les deux	DG AP-HM	Etablir dans les 3

	priorités sont constituées par la résolution des problèmes de sécurité dans les 2 IGH de la Timone et le transfert de la maternité de la Conception à la Timone dans des locaux adaptés. Ces investissements devront être réalisés même en l'absence d'aide extérieure		mois un échéancier sur les 4 prochaines années
14	A l'occasion de l'ouverture du BMT, la disparition de la distinction sur le site Timone, des entités enfants et adultes doit être acté. A moyen terme la fusion des sites du centre : Timone et Conception doit être réalisée.	DG AP-HM	Fusion des 2 entités de la timone : 1 an Fusion des entités Timone et Conception : 3 ans
15	L'ARS PACA doit exercer, plus qu'elle ne l'a fait au cours des dernières années, ses missions de contrôle, d'évaluation et de suivi de la gestion et de l'évolution de l'AP-HM. La lettre de mission pluriannuelle du directeur général établie par le directeur général de l'ARS devra s'appuyer, entre autres, sur les éléments du présent rapport avec un dispositif formalisé d'évaluation dans la mise en œuvre des orientations et évolutions demandées.	DG ARS	Immédiat

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Paris, le 11 MAR. 2013

Cab/MT/DM/EN/ D 13-2157

Note

A l'attention de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : contrôle de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

En application de l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, je vous remercie de bien vouloir diligenter un contrôle de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille.

Vous examinerez plus particulièrement les sujets suivants :

- gouvernance de l'établissement ;
- situation financière de l'établissement (dette, déficit, perspectives) ;
- projet d'établissement, et notamment le projet médical, le système d'information ;
- programme d'investissement, projets en cours, priorités pour l'avenir, impact sur l'amélioration de la qualité et sécurité des soins, efficience ;
- implantations et organisation territoriale ; vous analyserez la cohérence des choix retenus en matière de répartition des activités de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et les évolutions des autres établissements hospitaliers de l'agglomération, voire du département ou de la région.

.../...

Vous vérifierez la correcte prise en compte par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille des recommandations formulées lors des précédents travaux réalisés par l'IGAS ou la chambre régionale des comptes concernant en particulier le circuit du médicament, la régularité des règles applicables en matière de ressources humaines ainsi que celle des marchés.

Ce bilan général de situation servira de base à l'élaboration de la feuille de route du nouveau directeur de l'établissement. Le recours à l'IGAS pour réaliser un bilan d'entrée se justifie par l'importance des travaux antérieurement conduits par les corps de contrôle sur cet établissement ainsi que par son poids national et régional dans l'offre de soins.

Ces travaux devront être conduits avec l'appui de la nouvelle direction de l'établissement ainsi que de l'agence régionale de santé.

Vos conclusions devront m'être remises dans un délai de quatre mois.



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

➤ Cabinet de Madame la ministre

Denis MORIN, directeur de cabinet
Bruno MAQUART, directeur adjoint de cabinet
François CREMIEUX, conseiller technique
Jérôme CLERC, conseiller technique

➤ DGOS

Jean DEBEAUPUIS, directeur général
Yannick LE GUEN, sous directeur PF
Yann LHOMME, adjoint au chef de bureau PF1
Yann LEQUET, chargé de mission PF1

➤ ARS

Paul CASTEL directeur général ARS
Jean-Marie COUETDIC chargé de mission questions économiques et financières
Sophie DOUTE responsable du département qualité et performance
Dr. Marie-Claude DUMONT conseillère médicale direction générale
Georges KAPLANSKI responsable du service ressources humaines et gouvernance des établissements de santé
Dr Norbert NABET, directeur général adjoint
Laurent PEILLARD Pharmacien inspecteur
Isabelle PESCHET responsable département régulation de l'offre de soins
Martine RIFFARD –VOILQUE directrice offre de soins
Laurent SIMON ingénieur informatique
Dr. Vincent UNAL directeur adjoint offre de soins

➤ Préfecture de Région

Christophe MERLIN directeur de cabinet
Madame Antoinette MAZZEO, chargée de mission culture/santé

➤ Mairie de Marseille

Jean Claude GAUDIN, sénateur maire, président du conseil de surveillance

➤ AP-HM

➤ Direction générale

Jean-Jacques ROMATET, directeur général
Jean-Marc VIGUIER, secrétaire général
Hervé LEON, directeur général adjoint
Jean-Michel BUDET, directeur général adjoint
Bastien RIPERT TEILHARD, directeur de cabinet

➤ CME et CMEL

Professeur Guy MOULIN président de la CME
Professeur Michel TSIMARATOS secrétaire général de la CME
Professeur Yves-Patrice LE TREUT président CMEL Conception
Professeur Pierre-Edouard MAGNAN président CMEL Timone Adulte
Professeur Gérard MICHEL président CMEL Timone enfants
Professeur VILLANI président CMEL hôpitaux Sud
Dominique ROSSI président CMEL hôpital Nord

➤ La Timone

Michèle DAMON directrice la Timone
Hélène OLIVIER, directeur adjoint Timone
Philippe CHOSSAT directeur adjoint Timone
Armelle SAINT PIERRE, TSH
Isabelle ISOARDI, AAH
Isabelle CRISTALDI, TSH Timone adulte

➤ CONCEPTION

Catherine MICHELANGELI directrice
Roger DARVES, directeur des soins
Didier STINGRE directeur adjoint
Marie-Evelyne BOISSERIAS TSH
Justine IGLESIAS cadre de santé
Martine LEBRIS, assistante sociale maternité

➤ Hôpital NORD

Gilles HALIMI directeur
Sandrine COTTON directrice adjointe
Isabelle FABRIS directrice adjointe
Claude RIBIERE directeur des soins

➤ Hôpital Sud

Laurence MILLIAT directrice
Elisabeth COLOMB directrice adjointe

➤ Direction de la performance

Monique SORENTINO directrice pôle performance, stratégie contractualisation

➤ DIM

Professeur Roland SAMBUC chef du pôle santé publique
Laurence DURIF chef du service d'information médicale

➤ Coordination générale des soins

Nicole CHEVALLIER coordinatrice générale des soins

➤ DCGCI

Thibault DOUTE directeur du contrôle de gestion
Xavier CIANFARANI contrôleur de gestion

➤ DAM

Loïc MONDOLONI, directeur des affaires médicales

➤ DAF

Christophe GOT, directeur des affaires financières
Anthony VALDEZ, directeur adjoint des affaires financières
Nathalie ANSELLEM, ingénieur

➤ Direction de l'audit interne

Jennifer HUGUENIN, directrice de l'audit interne

➤ DRH

Serge BORSA, directeur des ressources humaines

Olivier FOGLIETTA, directeur adjoint des ressources humaines
Véronique CHARDON, directrice adjoint des ressources humaines

➤ DSIO

Olivier PONTIES DSIO
Thierry BLANCHARD, directeur adjoint SIO
Gérard PONCON, coordonnateur UNI HA
Vincent DELCOURT, chef du service administration
Olivier THEVENEAU, responsables des archives
Sophie RODIER, ingénieur

➤ DPI

Professeur Pierre CHAMPSAUR

➤ DSEL

Claire MOPIN, directrice des services économiques et de la logistique
Jeanne de POULPIQUET directrice adjointe des services économiques et de la logistique
Christophe MARI, ingénieur en chef responsable PFL

➤ DMTEB

Magali GUERBER, directrice médico-technique et des équipements bio médicaux
Christiane COUTURIER, directrice adjointe médico-technique et des équipements bio médicaux

➤ DTST

Sébastien VIAL, directeur des travaux et des services techniques
Ingrid LEROY ingénieur chef de projet

➤ DNA

Lucie LIEUTAUD, juriste

➤ DAJ

Renaud de LAUBIER, directeur des affaires juridiques
Dr B LASSALE, correspondant hémovigilance

➤ SCOP

Dr Marc-Pascal LAMBERT, pharmacien

➤ Autres personnes rencontrées dans le cadre des réunions : gouvernance des pôles et BMT

Hélène OLIVIER directeur référent pôle neurosciences pôle DAR
Pr. Philippe PIQUE chef de pôle cardio vasculaire et thoracique
Pr. Claude D'ERCOLE chef de pôle gynécologie, obstétrique reproduction (gynépôle)
Pr. Jean Michel TRIGLIA chef de pôle pédiatrie
Dr. Martine HACCOUN membre de la CME co responsable de la cellule coordination des pôles
Alain PARISZUCCONI directeur adjoint, chef de projet BMT
Karen INTHAVONG directeur des soins la Timone
Dr Corinne COURTINAT, vice présidente CMEL Timone Adultes

➤ Organisations syndicales à l'AP-HM

CNI : Eric AUDOUY et Marie Dominique BIARD
CGT : Danielle CECCALDI et Yves CASTINO
CFDT : Jean-Louis CIMMELLI et Pierre DRUART
FO : Marc KATRAMADOS et Audrey JOLIBOIS

➤ IHU

Professeur Didier RAOULT
Docteur Yolande. OBADIA Présidente de la Fondation

➤ CRC

Danièle LAMARQUE présidente
Marc LARUE, président de section
Daniel GRUNTZ, 1^{er} conseiller

➤ DRFiP

Jean-Luc LASFARGUES directeur du pôle gestion publique
David PESSAROSSO directeur adjoint du pôle gestion publique
Marc COLONNESE responsable division secteur public local
Michel RUIZ comptable de l'AP-HM
Guy FRANCILLON inspecteur divisionnaire adjoint au receveur
Joëlle AZNAVOURIAN,
Pierre-Jean BOUELLAT, administrateur des finances publiques, ancien comptable de l'AP-HM

➤ CPAM

Laurence LAC, directrice de la gestion du risque et du contrôle contentieux
Olivier MEYNARD
Lysiane ERGAND agente comptable
Frédéric MENASSEYRE, sous directeur du contrôle contentieux

➤ Cabinet KPMG

Pierre Laurent SOUBRA, associé KPMG
Jean François PLANE, senior-manager, KPMG

➤ Etablissements privés

Clinique Desbief/Ambroise Paré : Jean-Luc DALMAS, directeur général
Institut Paoli Calmette : Professeur VIENS, directeur général
Hôpital Saint Joseph :
- Bernard MONIER directeur général
- Florent ROVELLO, directeur général adjoint

➤ Université Aix Marseille

Professeur Yvon BERLAND Président de l'Université
Professeur Georges LEONETTI Doyen de la faculté de médecine
Professeur Pierre FUENTES, ancien président de la CME de l'AP-HM

➤ ANAP

Christian ANASTASY, directeur général
Noëlle BIRON, directrice de pôle
Philippe BLANCHARD

➤ UniHA

Bruno CARRIERE directeur du GCS UniHA

Le rapport provisoire a été adressé en procédure contradictoire au directeur général et au président du conseil de surveillance de l'AP-HM, ainsi qu'au directeur général de l'Agence régionale de santé PACA.

Seules figurent dans les pages suivantes les réponses qui ont été adressées à l'IGAS : celles du directeur général de l'ARS PACA, et celle du directeur général de l'AP-HM (accompagnée d'une note du président de la Commission médicale d'établissement)

OBSERVATIONS DE L'AP-HM

ET

REPONSES DE LA MISSION

1 Observations sur les recommandations

La recommandation n° 1 portant sur le lieu de tenue des conseils de surveillance n'appelle pas d'observation. Elle sera soumise à M. le président du Conseil de surveillance.

La recommandation n° 2 a fait l'objet d'une note détaillée de M. le président de la CME, annexée (annexe 1) à la présente note, et qui argumente selon des points qui auraient pu être par lui exposés de vive voix, s'il avait été auditionné. Elle peut être considérée comme une contribution à la présente note d'observations.

Réponse de la mission : La mission IGAS a pour objet de porter un regard objectif sur la structure à contrôler et elle conduit ses entretiens en toute indépendance. Le PCME a été auditionné à deux reprises par la mission, le 3 mai et le 18 septembre 2012 ; il lui était loisible de demander à rencontrer la mission à d'autres moments s'il souhaitait développer son point de vue sur certains sujets. Il n'y a pas eu plus de rencontre avec le directeur général. Dans tous les sites visités, les présidents de CMEL étaient présents et lors des réunions organisées par la direction à la demande de la mission (gouvernance des pôles et BMT) les participants aux réunions n'avaient pas été désignés par la mission qui en avait laissé le choix à la direction.

La nécessité de passer un contrat avec chaque pôle est définie par la loi (L6146-1 CSP). Mais l'armature actuelle de ces contrats n'est pas satisfaisante en perspective du rétablissement financier de l'AP-HM et des progrès attendus sur la qualité des soins ; c'est pourquoi de nouvelles règles de contractualisation, le cas échéant adaptées à la maturité et au périmètre de chacun des pôles, seront élaborées à la suite de trois séminaires de réflexion : un séminaire de direction qui s'est tenu le 27 septembre, deux séminaires prévus avec le bureau de la CME le 31 octobre et le 22 novembre prochains. Une direction de la contractualisation interne sera mise en place le 4 novembre prochain, avec à sa tête un directeur confirmé, ancien DAF du CHU de Poitiers. Cette direction sera rattachée au Domaine « Qualité & Organisation » du nouvel organigramme.

Réponse de la mission : Ces éléments dont la mission n'ignorait pas l'existence ne la conduisent pas à modifier sa rédaction. Rédaction maintenue.

La recommandation n° 3 est totalement partagée par la Direction générale de l'AP-HM. Cependant, alors que les observations du rapport, notamment 197 à 200, insistent à juste titre sur le bien-fondé d'une prise en compte économique (qu'elle soit tarifaire ou forfaitaire) du différentiel de charges causé par l'indemnité de résidence, ce point n'est pas repris dans la recommandation, ce qui est paradoxal.

Votre judicieuse remarque n° 200 sur l'indemnité de résidence doit impérativement être reprise dans la recommandation n° 3, comme mesure d'équité à l'égard de l'AP-HM.

Réponse de la mission : Rédaction maintenue. La recommandation n°3 vise exclusivement l'AP HM alors que les développements relatifs à l'indemnité de résidence appellent une solution au niveau national.

La recommandation n° 4 implique un rappel des faits : dès réception du rapport définitif de l'IGAS de novembre 2010, le pôle pharmacie a été missionné par la Direction générale et la Commission médicale d'établissement pour mettre en œuvre ses principales recommandations dans le calendrier proposé par la mission. Ainsi, les pages 55 et 56 du rapport qui listaient 16

recommandations principales ont constitué la feuille de route du pôle depuis Janvier 2011 (annexe 2.1).

La recommandation n° 11 de ce rapport, intitulée « Réorganiser le pôle pharmacie en faisant coïncider les contours de la PUI chargée des produits pharmaceutiques avec ceux du pôle 2 (suppression des 4 PUI de sites qui deviennent des locaux rattachés à une même PUI) » a été la plus symbolique parce qu'elle a permis d'amorcer les restructurations nécessaires de façon rapide, sans attendre un consensus des acteurs qui n'existait pas à l'époque. La création du COSEPS sous l'égide de la CME en janvier 2011 (voir organigramme en annexe 2.2) a elle aussi été une action déterminante pour « définir une politique du médicament dans ses différents aspects, médical et sécurité, économique et informatisation ».

Ainsi, le pôle pharmacie s'est restructuré pour passer d'une logique de site à un logique métier, organisé autour d'activités regroupées ou mutualisées. Son organigramme (annexe 2.3) a été définitivement approuvé par les instances de l'AP-H fin 2011, la création de la PUI unique approuvée par l'ARS fin janvier 2012.

A ce jour, soit 1 an après, les activités qu'il serait possible de regrouper concernent essentiellement le domaine de la pharmacotechnie, la stérilisation ainsi que certaines fonctionnalités de la gestion. Ont été regroupées les préparations magistrales stériles de cytostatiques au sein de 2 unités de production (Oncopharma Timone et Nord) et de radio pharmaceutiques au sein des 2 UF du service de Médecine Nucléaire (Radiopharma Timone et Nord). Il apparaît que l'éloignement géographique entre les 2 sites ne permet pas, pour le moment, de pousser le regroupement sur un seul site.

Réponse de la mission : S'agissant de la préparation stérile des cytostatiques, le principe reste confirmé ; à l'échéance des 2 prochaines années, une date précise de mise en œuvre doit être annoncée.

Un projet de regroupement des préparations magistrales stériles de nutrition parentérale pédiatrique (Nutripharma) et de certains anticorps monoclonaux (IV Pharma) sur un seul site est en cours de rédaction, inscrit au projet du pôle, et doit prochainement être présenté à la CME. Toutefois, les locaux nécessaires à ce type de structure ne sont à ce jour pas identifiés, sachant que le coût de ce type d'unité en termes de travaux et de RH reste un sujet non réglé.

Réponse de la mission : La mission en prend acte.

La notion d'urgence s'appliquant fréquemment aux prescriptions magistrales, notamment en pédiatrie, nous avons pris la décision de maintenir sur chaque site un préparatoire a minima pour faire face à ce type de demandes urgentes, techniquement peu onéreuses, et qui concernent de très faibles volume, qui encombreraient inutilement une unité de production.

Par ailleurs, le regroupement des préparations hospitalières, stériles et non stériles, a été initié sur un seul site en commençant par les collyres. Ce regroupement est réalisé sur le site de Sud, qui est équipé d'un préparatoire adéquat, à défaut de disposer de locaux suffisamment dimensionnés sur le secteur Centre.

Il pourrait être judicieux d'envisager une unité de production unique regroupant les préparations magistrales stériles de nutrition parentérale pédiatrique (Nutripharma), les préparations magistrales stériles d'anticorps monoclonaux et les préparations hospitalières, stériles et non stériles. Ce type d'opération nécessiterait des locaux regroupés mais bien différenciés, de préférence sur le secteur Centre pour des raisons logistiques.

La centralisation de la fonction stérilisation est à l'étude. Il est acquis, dès 2014, de fermer la stérilisation particulière de l'ophtalmologie. Pour engager une centralisation de plus grande ampleur, pouvant arriver jusqu'à la fermeture du site de la Timone, des réflexions complémentaires sont indispensables, à la fois sur la fonction linge et sur la fonction DM ; un plan d'action sera proposé dans le courant de 2014 aux autorités sanitaires à cet effet, avec en particulier une analyse précise de toutes les possibilités offertes en matière de secours. Au delà du domaine de la pharmacotechnie, l'activité non regroupée à ce jour est la fonction commande/approvisionnement/liquidation mandatement : l'audit sollicité par le pôle pharmacie a été confié à la Direction de l'Audit Interne fin janvier 2013 a permis d'objectiver des leviers d'actions. Le plan d'action est en cours de discussion au sein du pôle.

Réponse de la mission : La mission en prend acte.

La recommandation n° 5 est partagée par la Direction générale de l'AP-HM. Le nouvel organigramme de direction prévoit, dans les lettres de mission qui l'accompagneront, les dispositions suivantes :

- Le standard sera rattaché à la politique hôtelière ;
- Le secteur organisation & méthodes est rattaché au domaine « Qualité & Organisation », avec le concours, en tant que de besoin, de la Direction de l'audit interne pour des études à réaliser ;

Il sera pris position sur le secteur des archives après la livraison du rapport d'audit et de recommandations qui a été demandé au cabinet SERDA. Il est très probable que cette activité sera confiée à la Direction de la Qualité & gestion des risques, sous la coordination du domaine « Qualité & Organisation ». Le transfert prochain vers une centrale d'achat des affaires du groupement de commande Microsoft concourra également à la clarification des charges de travail de la Direction du système d'informations.

Réponse de la mission : La mission en prend acte.

La recommandation n° 6 n'appelle aucun commentaire. Le chantier de la préparation à la certification des comptes est perçu, ainsi que l'indique le rapport, comme un levier important de changement et de mise en conformité des procédures, notamment celles qui sont notées défectueuses.

Réponse de la mission : La mission en prend acte.

La recommandation n° 7 appelle la transmission du schéma directeur immobilier, dont la partie « Centre » est jointe en annexe n° 3. S'agissant du domaine privé de l'hôpital, un schéma spécifique sera mis à l'étude et confié à M. le Directeur général Adjoint chargé de la Qualité, de la Sécurité et de l'Urbanisme. Toutefois les deux schémas ont vocation à s'unir au sein d'un projet urbanistique global, dont les contours ont été demandés au même Directeur général Adjoint, au titre du schéma d'urbanisme.

Réponse de la mission : La mission en prend acte et insiste sur la nécessité d'une gestion patrimoniale plus dynamique compte tenu des investissements à venir sur les bâtiments dédiés aux activités hospitalières.

La recommandation n° 8 constitue une composante essentielle d'un retour progressif à l'équilibre patrimonial. En effet, au-delà de l'obligation de mettre un terme aux déficits budgétaires récurrents, qui provoquent une sorte d'hémorragie interne de l'établissement, il est également impératif de retrouver une structure bilancielle qui reconstitue les fonds propres (à ce jour chiffrés à environ 30 jours d'exploitation, cette valeur étant sans doute appelée à se réduire encore avec les opérations de sincérité des comptes et notamment de traitement des erreurs en situation nette) et fasse sortir l'AP-HM de son surendettement. Le délai de 3 ans proposé par l'IGAS paraît :

- adapté pour ce qui concerne la sortie du portefeuille de dette, des emprunts classés 6F sur l'échelle de Gissler, encore que l'on comprenne de la circulaire du 9 mai 2012 que les EPS disposent d'une période légèrement plus longue : « pendant une période transitoire de 5 ans à compter du 07 mai 2012, les établissements publics de santé pourront être autorisés à déroger aux conditions prévues aux articles prévus D. 6145-71 et D. 6145-72 du code de la santé publique. Cette dérogation est accordée par le DG de l'ARS, pour les emprunts souscrits antérieurement, à la condition que la souscription par voie d'avenant ou de nouveau contrat ait pour effet de réduire le risque associé au contrat d'emprunt ou au contrat financier souscrit antérieurement au 07 mai 2012 »

Réponse de la mission : La mission ne partage pas l'interprétation faite de la circulaire du 9 mai 2012, qui n'accorde pas un délai de cinq ans pour sortir des emprunts toxiques les plus risqués. Il lui semble que l'AP HM doit tout mettre en œuvre pour sortir au plus vite d'une situation qui lui fait courir un risque financier important.

- en revanche, moins réaliste s'agissant d'une décompression significative de la dette. En effet pendant la période de trois ans proposée, l'AP-HM devra refinancer le coût de livraison du BMT ainsi que les opérations de sortie des emprunts toxiques ci-dessus mentionnés. Même en se fondant sur l'idée de concours gratuits à 100 % et/ou sur une exigence d'autofinancement

quasi instantané, pour les grandes opérations à venir (DPI, bio géno pôle, sécurisation des locaux, transfert de la médecine nucléaire et surtout maternité), il paraît peu vraisemblable de garantir un tel objectif avant une période de cinq ans.

Réponse de la mission : L'AP HM étant déjà endettée au-delà du raisonnable, le manque de réalisme réside plutôt dans l'idée qu'il serait possible de continuer à emprunter pendant encore cinq années. En outre la réponse de l'établissement est en contradiction avec son PGFP 2013-202 approuvé par l'ARS, qui prévoit une diminution de l'encours de la dette financière à long terme dès 2014. La recommandation n° 8 ne fait qu'entériner cet objectif.

Encore devons-nous nous fonder, pour envisager sérieusement cette hypothèse, sur une modification tarifaire conforme aux attentes de l'AP-HM, non sous la forme d'une assistance (crédits de « soutien ») mais en vue d'une plus juste rétribution du CHU considérant ses contraintes propres, notamment compensation de l'indemnité de résidence, de l'entretien de ses immeubles de grande hauteur et des surcoûts particuliers propres à la sécurité des biens & des personnes, particulièrement élevés à Marseille dans le contexte actuel.

Par ailleurs, la réduction du besoin en fonds de roulement appelée des vœux de votre mission (- 17 millions € en deux exercices) devrait être considérée comme une première étape visible d'un plan d'équilibrage patrimonial, avant même que décroissent les capitaux restant dus aux établissements de crédit.

Réponse de la mission : La mission confirme sa rédaction. A l'exception de l'indemnité de résidence déjà traitée par ailleurs, les coûts engendrés par la sécurité et notamment les IGH ne sont pas spécifiques à l'AP-HM.

C'est sous la même typologie de conditions que s'examine votre recommandation n° 9, où nous reconnaissons l'objectif affiché par la Direction générale de progresser de 40 millions € sur la capacité d'autofinancement, grâce à une majoration de la marge. Notre seule réserve sur ce point concerne le délai de 3 ans, qui pour les raisons précédemment exposées devrait être ajusté à 5 ans.

Réponse de la mission : Même remarque que précédemment : le PGFP 2013-2023 prévoit l'atteinte d'une marge brute de 111 M€ en 2016, montant qui est, à 1 M€ près, ce que recommande le rapport. Il n'y a donc pas lieu de prévoir un délai plus long.

Vos recommandations n° 10 et 11 qui tendent à conclure un nouveau contrat de retour à l'équilibre financier intéressent au moins autant le CHU que l'Agence régionale de la santé.

Réponse de la mission : Le rapport ne dit pas autre chose.

Mais on ne peut qu'être sceptique sur la méthodologie de ce type de contrat, qui multiplie les indicateurs, les procédures, les réunions et la métrologie alors même que les aides concrètes demandées par les établissements sont renvoyées aux circulaires budgétaires quand elles ne se bornent pas à des pures apparences comme l'octroi de crédits de « soutien ».

Réponse de la mission : La mission ne formule pas de recommandations méthodologiques mais souligne la nécessité de mobiliser tous les leviers disponibles et de fixer des objectifs chiffrés et annualisés ainsi que des modalités de suivi. Un CREF devra être signé et ne saurait se réduire à l'énumération des aides que la tutelle est susceptible d'apporter, lesquelles seront le cas échéant à négocier entre l'AP-HM et l'ARS. Enfin, la mission rappelle que la situation actuelle de l'AP-HM est le résultat de sa gestion passée dont elle doit assumer les conséquences.

Il serait beaucoup plus judicieux de mettre en œuvre un plan interne suscitant l'adhésion de la communauté des professionnels, et dont les actions peuvent s'organiser et s'adapter de manière réactive aux réalités de terrain.

Réponse de la mission : La mission partage ce point de vue.

Si un nouveau CREF devait être signé, il devrait être articulé à des échelons de soutien clairs, explicites et de portée pratique, comme :

- un soutien accru aux opérations d'investissement au niveau auquel elles ont été autorisées par les pouvoirs publics (voir sur ce point l'observation sur votre recommandation n° 13 infra) ;

- un soutien en capital élevé, égal à (ou voisin de) 100 %, en faveur des opérations lourdes prévues dans le proche avenir notamment UHSA et Maternité, qui auraient la vertu de consolider les fonds propres de l'établissement ;

- la mise en place d'une politique régionale plus diligente (voir votre recommandation n° 15), rompant avec le maintien des défauts actuellement observés dans l'offre de soins (notamment de PACA Ouest), corrigeant le déficit chronique observé dans certains établissements proches de Marseille (Aubagne) – déficit dont le traitement totalement palliatif consomme une grande partie des moyens alloués à la région, et structurant de réels partenariats susceptibles de générer des gains qualitatifs et de sécurité (chirurgie, cardiologie) et des économies d'échelle (biologie, imagerie, télémedecine). L'AP-HM est prête à y prendre sa part, importante si nécessaire, pour peu qu'on aille au fond des choses.

S'agissant du plan d'économie interne, une discussion a commencé avec l'encadrement et la communauté médicale afin de mettre au point un schéma économique reposant sur 5 piliers :

- implémentation des grands projets (PFL, BMT, opérations de réorganisation qui lui sont consécutives, bio génopôle, DPI) : gain espéré 4.9 millions € (réduction de coûts)

- amélioration de la logistique et des achats, transfert de la gestion du groupement d'achat Microsoft : gain espéré 5.8 millions € (réduction des coûts) ;

- réduction du coût de la main d'œuvre : gain espéré 6.6 à 10.6 millions € (réduction des coûts)

- revalorisation des produits, prenant notamment en compte le financement de l'indemnité de résidence, le traitement des IGH, la poursuite des efforts de codification, le développement des activités subsidiaires : gain espéré 15.6 millions € (majoration des recettes) ;

- concours actif des pôles (sujets qui seront programmés lors des deux séminaires précédemment évoqués) : 7.1 millions € (réduction de coûts – notamment de structure – et majoration de recettes).

Comme on le voit, la somme algébrique des cinq volets de ce plan d'action extrêmement ambitieux représente un volume (bonus) de 40 millions € (considérant une perte en ligne de 10 %), dont l'impact est recherché sur la marge brute ainsi que vous l'avez parfaitement noté.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

La recommandation n° 12 traite de la thématique des sites et, en ce sens, conforte le projet médical et le projet d'établissement. Elle valide, en particulier, le traitement spécifique des disciplines cardio-pulmonaires. Ses attendus (notamment remarque n° 586) sont toutefois trop importants pour être mis en œuvre dans le délai imparti : sans viser l'extinction du court séjour des hôpitaux Sud (puisque vous validez la mise en œuvre d'une offre de soins de gériatrie MCO dans cet ensemble), vous recommandez de manière à notre sens trop abrupte la suppression de l'orthopédie, d'autant plus qu'elle n'est pas physiquement réintégréable sur le site de Timone avant 3 ou 4 années.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

Un plus grand pragmatisme semble nécessaire, considérant que les preuves de viabilité de cette discipline dans ce site sont en effet à faire, mais qu'un délai doit être ménagé pour cela, délai qu'il faut mettre à profit pour développer une offre chirurgicale justement orientée vers la gériatrie. Des discussions sont actuellement en cours avec les responsables de la discipline sur ce point. Par ailleurs des études plus approfondies, notamment géo populationnelles, devraient étayer les résolutions à prendre pour ce secteur sanitaire, notamment en matière d'urgences et/ou de soins de proximité. En effet, les investissements inscrits au PLU et au PDU vont contribuer à court terme à fortement revitaliser les quartiers sud de Marseille qui pâtissent actuellement d'un fort enclavement. L'espace hospitalo-universitaire constitué par les hôpitaux Salvator et Sainte Marguerite (AP-HM) et leurs partenaires privés (cliniques Phocéenne et Saint Martin, UGECAM Valmante, EMA, ARI), les instituts de formation (IFSI, ISRP), l'Institut Paoli Calmette (CRLCC), l'INSERM et le CNRS bénéficieront en premier de ces effets : terminus du tramway et parc de délestage devant l'hôpital Sainte Marguerite, boulevard urbain sud relié aux autoroutes, ZAC Régné en bordure de l'hôpital Salvator. Le pôle tertiaire sud qui entoure cet espace hospitalo-universitaire pourrait alors retrouver la masse critique nécessaire grâce à cette convergence et à la croissance de la population dans un équilibre de qualité maintenu habitat/activités. C'est dans ce contexte que le positionnement de l'AP-HM devra être redéfini et que la réouverture d'une activité

d'accueil des urgences diurnes lors de la fermeture des urgences de la Conception sera une hypothèse à ne pas écarter avant cette étude détaillée.

Réponse de la mission : La situation immobilière et financière de l'AP-HM est suffisamment préoccupante pour la décennie à venir pour qu'elle ne s'aventure pas dans un front de dépenses supplémentaires dans un secteur où l'offre de soins d'urgence ne présente pas de carence démontrée.

La recommandation n° 13 souligne à juste titre l'impérieuse nécessité de conduire des travaux de sécurisation, mais prend une position inacceptable sur l'absence d'aide à l'investissement pour ce faire. L'AP-HM étant en effet un établissement sans fonds propres et surendetté, son programme d'investissement (hors le courant) ne peut être sérieusement envisagé sans, au contraire, le soutien constant des pouvoirs publics. Or le contexte offert par l'alinéa 2.3.4.1 du rapport « Des aides à l'investissement conséquentes » accrédite l'idée que l'aide à l'investissement pourrait être un facteur facultatif dans le redressement de notre hôpital. Il n'en est rien, au demeurant la remarque n° 486 le quantifie avec précision : alors que l'AP-HM est endettée de plus d'un milliard d'euros, le soutien pérenne accordé « couvre » 369 millions € de dettes, soit à peine un tiers d'un montant dont la masse reste colossale.

C'est ainsi plus de 600 millions € de dettes qui ne sont aidées d'aucune manière. Même en admettant que la part représentée par les déficits cumulés (292 millions €) échappe à la raison d'être des aides à l'investissement, et que la dotation allouée en 2009 de 25 millions € est en fait une aide à l'investissement (ce qui au reste devrait ouvrir droit à un traitement comptable adapté, en remontant la dotation en subvention au C/13, disposition qui sera proposée au Comptable public à l'appui de votre rapport), c'est près de 270 millions € de dettes qui sont dénuées de soutien alors qu'elles sont représentatives d'actifs pas ou peu producteurs de revenus supplémentaires, faute d'avoir été autorisés dans cet esprit.

Rappelons qu'un tel montant équivaut à lui seul à la dette cumulée d'un CHU de taille moyenne.

Réponse de la mission : La mission ne peut que confirmer ces constats et son analyse quant aux causes du surendettement de l'AP HM, à savoir :

1. *L'accumulation des déficits*
2. *Un BFR mal maîtrisé*
3. *Une politique d'investissement ambitieuse et coûteuse*

Dans ce contexte, l'établissement a reçu les aides à l'investissement auxquelles il pouvait légitimement prétendre, permettant de couvrir une part importante de la dette consacrée aux financements de ses investissements stratégiques. Il a également bénéficié de soutiens exceptionnels très conséquents ayant contribué à combler une partie de ses déficits.

Votre remarque n° 486 sur la réelle inadaptation de l'aide à l'investissement s'agissant des opérations autorisées et menées à bien par l'AP-HM doit être mise en perspective avec une poursuite voire une relance de l'aide à l'investissement.

Réponse de la mission : On ne peut pas déduire de la rédaction du § 486, que l'aide à l'investissement accordée à l'AP HM serait inadaptée.

Il y a plusieurs manières de lire votre **recommandation n° 14** et celle qui vous paraît la plus adaptée mériterait d'être précisée. La fusion des « entités » enfants et adultes nécessite en effet de préciser quelles sont ces « entités » ; à s'en tenir aux faits, il n'existe à ce jour que deux « entités » qui sont d'une part le code FINESS (entité de facturation, fort commode en vérité, mais pouvant si nécessaire être regroupée avec Timone-adultes notamment avec l'ouverture du BMT, qui en effet dessert à la fois la pédiatrie et les adultes) et d'autre part l'entité médicale, qui justifie à ce jour de disposer d'une CME locale, d'une commission locale de l'activité libérale et d'un CHSCT local pour la gestion des questions spécifiques de la pédiatrie. La disparition de cette entité semblerait nécessiter une révision d'ordre réglementaire¹, à laquelle il n'est pas possible de fixer un délai.

(1 Textes pris en application de l'article R 6111-11-1 du code de la Santé publique 7)

Réponse de la mission : L'organisation et le fonctionnement de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, des Hospices civils de Lyon, et de l'Assistance publique de Marseille relèvent de certaines dispositions particulières, déterminées par voie réglementaire, en application de l'article L6147-1 du CSP.

On peut déduire de ces dispositions :

- que le DG de l'AP HM, a tout à fait la possibilité, sous réserve de concertation avec le directoire, de constituer au sein de l'entité juridique AP HM, un groupement d'hôpitaux, sous une même direction ;

-que le DG, toujours après concertation avec le directoire, institue, soit au sein de chaque groupement d'hôpitaux, soit au sein d'un hôpital, un CME locale ;

- que la CME peut déléguer à une CME locale certaines de ces compétences, et notamment celles relatives à la qualité et à la sécurité des soins et dans ce cas l'art R 6111-11-1 trouve à s'appliquer. Le cadre juridique existant permet donc, sans qu'il soit nécessaire de modifier en quoi que ce soit le CSP, d'appliquer la recommandation N° 14.

La même recommandation évoque l'unification des sites de la Timone et de la Conception. Au plan administratif, la fusion des équipes de direction a été demandée par le précédent Directeur général, le « groupe hospitalo-universitaire » ainsi formé étant alors appelé à une direction commune de niveau fonctionnel. Ce projet pourra être repris sous une forme plus concrète, mais à un terme plus éloigné, en recherchant au moyen d'une ou plusieurs déclarations d'utilité publique la possibilité de réunir géographiquement les deux ensembles hospitalier, dans un continuum hospitalo-universitaire qui ferait de l'ensemble « Timone-Conception » une cité hospitalo-universitaire de niveau européen, dotée d'un potentiel patrimonial puissamment renforcé. Les contacts nécessaires avec les personnalités politiques susceptibles d'influencer positivement cette orientation seront pris dans les meilleurs délais.

En effet l'unification « administrative » ne paraît être qu'une demi-mesure, dès lors que les moyens d'agir sur le terrain ne seraient pas modifiés.

Réponse de la mission : La rédaction est maintenue, même si la fusion administrative n'est qu'une première étape, elle est néanmoins une étape nécessaire.

La recommandation n° 15 appelle une approbation forte : il est très souhaitable en effet de voir profondément renouvelé le dialogue de gestion avec l'ARS PACA, renforçant l'échange managérial, la coopération sanitaire de type « gagnant-gagnant », notamment avec des établissements en très grande difficulté environnant l'AP-HM et dont l'état nécessiteux rejailit indirectement sur la mauvaise qualité des comptes du CHU. C'est vers un véritable projet Métropole qu'il est indispensable de se diriger.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

2. Observations sur le rapport

Le rapport engage principalement l'Inspection et n'appelle donc de notre part, que des corrections portant sur des inexactitudes matérielles ou des informations insuffisantes.

Ces corrections sont présentées dans l'ordre des observations.

Les réponses de la mission figurent au fil du texte.

§4 et §507 : Il convient de remarquer qu'au cours des 10 dernières années 11 des 12 projets de construction inscrits au plan H 2007 ont été menés à terme.

§5, §42 et §60 : Le décompte des directeurs généraux ayant exercé en dix ans paraît inexact ; il n'y a eu que deux Directeurs généraux entre 2002 et 2012.

Réponse de la mission : Sur la période sous revue 4 directeurs se sont succédé certes le premier est parti fin 2002 et le dernier est arrivé début 2013.

§16 : La maîtrise des effectifs passe par la constitution d'un tableau des emplois dont les travaux sont dès à présent engagés. A cet effet, une mission interne animée par le Directeur général adjoint en charge de la supervision des ressources humaines a été constituée avec le double objectif de :

- définir les effectifs hospitaliers autorisés nécessaires au fonctionnement des unités de soins, médico-techniques, administratives et techniques (intégrant l'absentéisme réglementaire) au regard de l'activité et/ou de la charge de travail mais aussi des capacités budgétaires de l'AP-HM, dans un objectif de définition partagée des effectifs requis.

- aboutir à un tableau des emplois permettant une véritable GPMC (voir PJ 1)

Réponse de la mission : La mission en prend acte.

Le principe général de la mission a été présenté au CTE du 3 octobre et la méthodologie détaillée le 25 octobre 2013.

La mission se réunit tous les 15 jours afin d'avancer concrètement. Dans un premier temps, elle étudie, au regard des organisations médicales projetées, les effectifs nécessaires au fonctionnement du BMT (voir PJ 2)

La méthode est longue car il est nécessaire de procéder à de larges concertations avec les encadrements de proximités concernés avant de procéder aux arbitrages, dans le contexte de l'urgence du démarrage du BMT (même si sa montée en charge va se faire sur plusieurs exercices). Les dossiers d'organisation présentés aux différentes instances tiennent compte des résultats des décisions de la mission validées par la Direction générale.

Pour autant et afin de doter au plus vite l'AP-HM d'une première version d'un tableau des emplois, il a été convenu, après l'avoir revisité, de partir d'un travail réalisé en 2012 mais non abouti formellement. Cette base concerne les personnels soignants (voir PJ 3).

En parallèle, une première approche des besoins en personnels administratifs, techniques et logistiques visant à une réduction des effectifs est en cours. Il est raisonnable d'affirmer que l'AP-HM devrait pouvoir se doter d'une première version de son tableau des emplois dans le courant du premier trimestre 2014. Cette version sera ensuite consolidée par une approche de terrain afin d'y apporter les ajustements et tenir compte des effets des importantes restructurations en cours.

§17 : Il est fait mention d'alertes mais celles-ci ne sont pas documentées.

Réponse de la mission : Il n'appartenait pas à la mission en 2013 d'entrer dans le détail des faits anciens qui ont été traités en 2010. Néanmoins, l'AP-HM peut se référer utilement dans cette affaire au rapport IGAS RM 2010-072P qui rappelle les différents mises en demeure de l'ARH non suivies d'effet dont la 1ère date du 21 février 2007.

§55 : Le retour à la légalité est engagé. Le rapport de décembre 2012 fixe 45 recommandations dont la plupart concernent les ressources humaines médicales ou hospitalières. Le tableau de suivi montre que l'AP-HM s'emploie à mettre tout en œuvre pour aller dans ce sens. La direction générale a évoqué cette priorité à de nombreuses reprises tant devant les organisations syndicales que l'encadrement ou le corps médical.

Pour autant certaines recommandations demandent un laps de temps plus important compte tenu de l'ampleur du sujet à traiter et du nombre d'agents concernés. L'acceptation de mesures, qui pour certaines entraînent une réduction des rémunérations ou des modifications substantielles des organisations, nécessite de faire preuve de pédagogie et de réunions d'informations. En définitive, cette problématique de retour à la légalité dont certains pans sont travaillés en parfaite collaboration avec les services du comptable public ne suscite guère d'opposition sociale car elle est, au fond, attendue par beaucoup (PJ 4).

La recommandation n° 12 du précédent rapport relève de l'administration centrale puisqu'elle propose d'étudier une évolution de la réglementation relative au plafonnement des heures supplémentaires. Ce plafond a été modifié (porté à 25 heures par mois) pour les fonctions publiques d'Etat et territoriale et, au titre du parallélisme entre les trois fonctions publiques, devrait pouvoir l'être pour les agents de la fonction publique hospitalière.

§64 : S'il existe un bureau consacré aux affaires de l'AP-HM à la Mairie, cette situation est inconnue de la Direction générale. L'expression « on peut trouver un bureau de l'AP-HM dans les locaux de la Mairie » est donc inappropriée.

Réponse de la mission : Cette mention est corrigée, en reprenant l'entretien avec le maire de Marseille, la rédaction est la suivante « au sein de la mairie de Marseille, un suivi de l'AP-HM est assuré par des collaborateurs du Maire dont un ancien cadre de l'AP-HM »

§66 : Les procédures de recrutement. L'application des dispositions de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, des statuts particuliers des différents corps ainsi que du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux

dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 est une priorité mise en œuvre.

Cela sous-entend le respect des règles de recrutement tant par la voie du concours sur titres ou sur épreuves que par le recrutement direct sans concours. Sur ce dernier axe et comme l'a souligné l'Inspection, l'AP-HM a mis en place des commissions de sélection qu'elle va améliorer notamment dans la composition des différents jurys afin de s'assurer de l'impartialité des propositions émises.

Les recrutements sont systématiquement visés par le Directeur général adjoint sur la base de justifications détaillées. Les contrats sont également signés au niveau Direction générale et font l'objet d'une attention particulière. La procédure est certes plus longue mais permet un contrôle à tous les échelons. La participation du Directeur général adjoint aux commissions paritaires locales est un gage de transparence et de respect des règles statutaires d'avancement d'échelons ou de grades (voir PJ 5).

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§73 : La réglementation relative aux compétences des CTE et CHS-CT est strictement respectée, même si le règlement intérieur de ces instances prévoit des règles exorbitantes du droit commun. Le fonctionnement s'en trouve plus fluide et n'est plus, sauf incident majeur, susceptible d'être paralysé.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§81 à 83 : Un audit sur l'efficacité des procédures d'achat, effectué dans le cadre du programme PHARE par la société REFERIS fera connaître ses conclusions en décembre 2013. Parallèlement a été constitué sous l'égide du secrétaire général en septembre 2013 un comité de projet composé des acheteurs et du service des affaires juridiques aux fins de :

- mettre en œuvre les recommandations de l'audit REFERIS ;
- concevoir une organisation de l'achat susceptible de répondre aux impératifs du contrôle interne, de la sécurisation juridique des achats et de la dématérialisation des informations et pièces justificatives ;
- permettre à terme l'organisation d'un contrôle partenarial de la dépense avec la Recette des finances.

Ce comité projet s'adjoindra le moment venu la Direction de l'audit interne ainsi que, s'il l'accepte, le Receveur des finances ou son représentant.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§90 : La mission d'accompagnement ci-dessus rappelée, confiée au cabinet REFERIS, est financée spécifiquement par le programme PHARE au titre du FIR. La mission d'accompagnement méthodologique destinée à la constitution d'une Communauté hospitalière de territoire a fait l'objet d'un avenant au CPOM et a reçu le financement nécessaire.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§93, §94 et §95 : L'ordonnance de 2005 prévoyait un découpage avant la fin 2007 et le Conseil d'administration de l'AP-HM a délibéré sur ce découpage le 26 janvier 2007.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§125 : Il doit être précisé que l'échec en 2007 du projet de regroupement des archives sur un site industriel de la vallée de l'Huveaune a résulté de l'exercice du droit de préemption par la communauté de communes pour empêcher cette implantation.

§128 : L'étude réalisée par la Direction de l'audit interne sera présentée début novembre au comité de direction. Une des difficultés rencontrées par les auditeurs a précisément tenu au décompte des conventions, permis grâce au logiciel spécifique. Le nombre de conventions référencées s'y établissait au 25 juin dernier à 5 955 ; parmi celles-ci, le nombre de conventions signées et considérées comme de gestion « active » était de 2 520, mais il est probable que l'utilisation du logiciel n'a pas été exhaustive et qu'en effet, le chiffre mentionné par votre rapport (3 000) soit le bon ordre de grandeur, en tout cas au minimum. Il était cependant important de mentionner les réserves qui peuvent subsister sur une telle évaluation.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§141 : Notre perception est que c'est plus l'absence de cadres de bon niveau que la mise en place de « contacts directs et bilatéraux » entre sites et caisses qui engendre un défaut global d'efficacité dans le domaine des bureaux d'entrées et de soins externes. Quoiqu'il en soit, l'organisation en sera revue à la fois dans le cadre de la certification des comptes (aspects procéduraux) et de la qualité & l'organisation de l'accueil des patients.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§171 : La méthodologie du décompte des effectifs est jointe en PJ 1 et 3. Une harmonisation des chiffres du compte financier avec ceux du bilan social sera exigée au compte financier 2013.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§174 : Pour 2013, la réduction des dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires est estimée à environ 3 M€. Le coût de 40 agents (car il ne s'agit pas de postes mais d'agents) est de 1,6 M€. Il est donc vraisemblable qu'au 31 décembre 2013 l'économie réelle soit de 1,4 M€ ce qui démontre l'intérêt financier de la mise en place de pools de sites.

Par ailleurs il est indéniable que l'aspect qualitatif sera important : connaissance de l'institution des personnels des pools (ce qui n'est pas le cas des intérimaires) et baisse de l'absentéisme (les agents faisant moins d'heures supplémentaires sont moins fatigués car moins sollicités).

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§183 : La réforme du fonctionnement des brancardiers sur le site de la Timone a reçu un avis favorable du CHS-CT local ainsi que du CTE le 03 octobre 2013. Si elle prévoit le maintien de la sectorisation, elle met en place des régulateurs permettant d'optimiser les déplacements, des arrivées échelonnées en fonction du besoin, l'informatisation et la traçabilité des courses, la formation obligatoire des brancardiers.

Ainsi, la prise en compte de l'activité du BMT sera absorbée sans moyens supplémentaires et avec un niveau de service sans comparaison avec celui proposé aujourd'hui.

Cette expérimentation a vocation à être généralisée des 2014 à l'ensemble des sites de l'AP-HM. Elle sera régulièrement évaluée en faisant l'objet d'une attention toute particulière.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§193 : Il est souhaitable de disposer de la liste des agents, notamment cadres supérieurs, qui auraient bénéficié d'avantages CLASMO indus. Le cas échéant et après vérification des droits, une action en récupération d'indus pourrait être ainsi engagée contre ces agents.

Réponse de la mission : La mission a effectué une analyse à partir des propres données de l'AP-HM, sous forme de tableaux anonymés transmis par la direction en juillet. Elle estime que l'analyse des données globales relatives à l'âge des personnes bénéficiaires et à leur catégorie sont des indices suffisants pour reprendre tous les dossiers afin de vérifier que les personnes de plus de 55 ans pour les actifs et 60 ans pour les sédentaires ne pouvaient pas bénéficier de la liquidation d'une pension normale dans les 2 ans.

§196 : La CLASMO a été réintégrée dans la DRH et a donc perdu son autonomie fonctionnelle par rapport à cette direction (la CLASMO était auparavant rattachée à la Direction de la Performance). Ses missions n'ont pas été modifiées, notamment eu égard à l'exigence de neutralité des CLASMO posée par la réglementation. Toutefois, les liens fonctionnels avec la DRH ont été renforcés, notamment par l'identification d'un directeur référent et la mise en place d'outils d'animation, participant aux réunions d'encadrement de la DRHPS.

A l'échéance de la convention ARS – AP-HM instituant la CLASMO (fin 2014), il est prévu d'intégrer pleinement les actuelles attributions de la CLASMO, soit l'accompagnement individuel des agents concernés par les restructurations, au sein de la DRH mais dans un objectif plus large.

De fait, dans le cadre des suites données aux recommandations CRC et IGAS et sur la base de l'audit DRH, l'ensemble des processus RH est en cours de révision, avec pour objectifs le retour à la conformité réglementaire et la mise en place d'une GRH tournée vers le développement des compétences et l'individualisation des parcours professionnels.

Ainsi, sera créée une « Cellule mobilité » qui aura deux missions principales :

- En central, assurer la coordination des différents secteurs de la DRH dans la mise en œuvre des procédures touchant à la mobilité au sens large (mobilité interne, réintégration, reclassement pour raison de santé, politique du handicap, conversions et/ou redéploiement des agents dont le poste est supprimé) en assurant la cohérence avec la politique de GPMC. Cette mission sera confiée à un cadre chargé de superviser les secteurs Effectifs et Recrutement ainsi que d'appuyer le directeur référent sur le déploiement du projet GPMC (présentation aux instances en décembre 2013) ;
- De manière déconcentrée sur les sites, assurer l'information, le conseil et l'accompagnement individuel des agents sur les dispositifs relatifs au développement des compétences (formation) et la mobilité (conversion, adaptation à l'emploi...) pour leur permettre de construire et développer leur projet professionnel en saisissant les opportunités offertes par l'institution (moyens à disposition, opportunités liées aux projets). Cette politique passera par le déploiement de conseillers mobilité carrière sur les sites.

La conversion de la CLASMO sera préparée en 2014, notamment dans le cadre de l'expérimentation du projet GPMC par la DRHPS, avec la définition des fiches de mission et de poste puis l'accompagnement et l'adaptation à l'emploi des agents concernés, sous condition de volontariat et d'adhésion à ce projet.

Au reste et malgré les défauts relevés, le contrat CLASMO de l'AP-HM a été cité en décembre 2011 par l'ANAP comme significatif d'un succès exemplaire.

Réponse de la mission : L'auto appréciation de l'ANAP sur le dispositif mis en place porte essentiellement sur les outils de communication en 2011 mais pas sur l'effectivité des résultats au regard des objectifs et des textes en 2013

§253 : L'assertion selon laquelle la décision de ne pas appliquer les pénalités aurait été prise par le DGA contre la position de la DSIO ne semble refléter que l'avis de cette dernière. Comme le précise le rapport de chambre régionale des comptes relatif aux marchés et services informatiques, cette décision a été prise « par délégation du directeur général » et sous son contrôle.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§259 : L'affirmation selon laquelle le DPI est mis en œuvre « depuis longtemps » dans les cliniques de Marseille en lien avec les médecins de ville n'est pas documentée.

Réponse de la mission : Ce constat a été fait par la mission dans le cadre de ses visites dans les établissements privés de Marseille.

Le rapport public 2012 de la Cour des Comptes constate les nombreux échecs de l'informatique hospitalière et « recommande aux autorités de tutelle, DGOS et ARS, de mettre en œuvre prioritairement un suivi stratégique effectif des projets informatiques hospitaliers et (...) d'étudier la possibilité de confier à un opérateur unique la maîtrise d'ouvrage de projets hospitaliers complexes d'informatisation médicale. »

§266 : Les contrats seront revus, mais il est probable que certains informaticiens en refuseront le contenu ce qui nécessitera des ruptures de contrat et le paiement d'indemnités voire des procédures contentieuses. Par ailleurs, une note de service rappelant les modalités d'application de la réglementation relative à l'emploi de personnels contractuels, à la révision de leur rémunération et à leur évaluation est en cours de rédaction et sera publiée avant la fin de l'année 2013.

Réponse de la mission : La mission maintient sa rédaction

§282 : Les commentaires sur les critères d'attribution du marché du nouveau DPI semblent mettre en cause les conditions de dévolution de ce marché. Or la solution retenue était classée préférentiellement à la fois par les représentants du corps médical et de la coordination générale des soins, ce qui paraît répondre aux observations adressées sur la pondération des critères d'attribution du marché. Il est intéressant de remarquer que, malgré l'intense concurrence entre prestataires, aucun d'entre eux n'a contesté le choix et la rigueur de la procédure suivie par l'AP-HM.

Réponse de la mission : La mission confirme que les critères étaient déséquilibrés avec 2 surpondérations. Par ailleurs, le coût de la prestation est incomplet puisque le besoin en personnels pour assurer le développement et la montée en charge du DPI se surajoute au marché.

§379 : La mesure relative à la révision de l'accord local ARTT ne sera pas mise en œuvre en 2014 même si certains domaines seront probablement explorés. En effet, le contexte d'échéances électorales au printemps 2014 et d'élections professionnelles en fin d'année 2014 ne nous semblent pas des conditions propices au nécessaire débat de fond. La remise à plat de l'accord local sera toutefois envisagée si les mesures de redressement mentionnées supra ne montraient pas d'effet notable et durable dans les délais prévus. Les organisations syndicales en ont été informées par le Directeur général.

Réponse de la mission : La mission ne fait que rappeler cette mesure de révision inscrite dans les recommandations du rapport de 2012. Si l'établissement attend l'absence d'échéance électorale à moins de deux ans pour suivre une recommandation faite en 2012 par l'IGAS, cela revient clairement à refuser définitivement de l'appliquer.

§386 : Un climat d'insécurité dit « ressenti » est mis en relation avec le coût particulièrement élevé du gardiennage à l'AP-HM. Les événements récents (été 2013) ont pourtant montré la justification des dispositifs mis en place renforcés de 30 mesures nouvelles élaborées en concertation étroite avec les autorités de police.

Réponse de la mission : La mission en prend acte pour le niveau de dépense du gardiennage, mais elle aurait aimé une réponse pour le coût semble-t-il très élevé de la prestation des marins pompiers

§412 : Observation partagée sur l'inadéquation entre un niveau SIGAPS élevé et le faible niveau SIGREC, représentatif des essais cliniques. Le recensement en a été relancé à l'occasion de l'affectation d'un nouveau Directeur chargé de la recherche clinique. Il est toutefois hasardeux, compte tenu de la construction de l'agrégat des MERRI modulables, de traduire en « manque-à-gagner » financier une insuffisance déclarative : il suffit pour s'en convaincre de remarquer que le recensement SIGAPS s'est beaucoup accru et n'a pourtant pas offert de ressources supplémentaires nettes à l'AP-HM, en raison du système redistributif auquel obéit la MERRI modulable.

Réponse de la mission : La mention dans le rapport d'un manque à gagner estimé à 2M€ résulte d'un entretien avec un membre de l'équipe de direction de l'AP-HM. Il est pris acte que le DG ne valide pas cette estimation, la mission modifie le texte en conséquence.

§415 : L'information demandée, qui a été fournie grâce à une intervention informatique spécifique, n'est pas prévue au plan de compte hospitalier.

Réponse de la mission : Le recueil du nombre de journées facturées par compte budgétaire ouvert dans l'EPRD ne constitue certes pas une obligation réglementaire mais cette information peut être utile pour la gestion et le pilotage des recettes

§424 : Dans le nouvel organigramme de direction, la Direction de la Performance a disparu et son corollaire la sous-direction du Contrôle de gestion est devenu un service rattaché directement à la Direction générale.

Réponse de la mission : La mission en prend acte

§437 et §438 : La vente de l'Hôtel Dieu a été réalisée par délibération du Conseil d'administration sur la base de la fourchette haute de l'évaluation de France Domaine. Le paiement fractionné prévu initialement entre 2004 et 2007 n'a pu être réalisé en raison de la complexité de la procédure de désaffectation partielle et de déclassement en volume qu'il imposait. La lettre visée en annexe est destinée à la Ville de Marseille et non à l'AP-HM.

Réponse de la mission : Le rapport ne dit pas que la lettre du directeur des services fiscaux, reproduite en annexe 16, est destinée à l'AP HM mais l'information qu'elle contient intéresse autant l'établissement que la ville de Marseille.

§448 : La dernière estimation de la villa Gaby ne date pas de 10 ans comme indiqué mais de février 2012 et a été établie par un expert privé.

Réponse de la mission : L'information selon laquelle la villa Gaby a été estimée en 2004 à près de 6 M€ figure dans une note qui a été remise à la mission lors d'un entretien avec les responsables

de la gestion du patrimoine de l'AP HM. La mission n'a pas eu communication d'une évaluation plus récente.

§451 : Dans le cadre du projet Maternité, l'hypothèse d'un retraitement de locaux existants a bien été étudiée et d'ailleurs retenue de la manière suivante :

- Accueil d'une partie de l'obstétrique munie d'une unité Kangourou dans des locaux libérables par la Pédiatrie, dans l'hypothèse (variante) d'une Maternité capable de recevoir 4 500 accouchements par an ;

- Retraitement partiel du bâtiment d'Ophtalmologie de la Timone, qui reste à définir en fonction de la conception qu'offriront les candidats au futur concours de maîtrise d'œuvre.

Réponse de la mission : L'étude à laquelle il est fait référence a bien été portée à la connaissance de la mission mais elle n'envisage qu'une implantation très partielle dans les locaux libérés de la Timone et sous forme d'une variante.

§452 : La Cour des Comptes (rapport de septembre 2013) formule la recommandation suivante : rendre obligatoire, pour les CHU, la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier.

Réponse de la mission : Cette observation ne fait que confirmer ce que dit le rapport

§460 : La présentation détaillée des options ouvertes par une politique de désensibilisation de la dette à une instance telle que le Conseil de surveillance n'est pas une obligation réglementaire. Il est d'ailleurs à noter que la transparence dans ce domaine pourrait s'avérer contre-productive dans la mesure où le rapport du compte financier n'est pas un document secret. En revanche, il a été décidé de créer un comité des risques composé du Directeur général, du Secrétaire général, de la DAF et du Receveur des finances pour statuer une fois par an au moins sur la situation de la désensibilisation en souffrance (c'est actuellement une négociation en cours avec la SFIL pour les contrats précédemment souscrits avec Dexia) ou à venir (opérations à mener au sujet des contrats souscrits dans les années 2000 avec Depfa Bank).

Réponse de la mission : La mission se borne à constater qu'elle n'a pas trouvé dans la documentation mise à sa disposition d'élément sur les actions de désensibilisation de la dette risquée de l'AP-HM. Elle ne lui fait pas grief d'avoir, sur ce point, manqué à une obligation réglementaire, encore qu'il lui paraît conforme à la vocation du conseil de surveillance, qui a reçu pour mission du législateur d'exercer « le contrôle permanent de la gestion de l'établissement » (Article L6143-1 du CSP) que cette instance soit destinataire d'informations relatives aux risques auxquels est exposé l'AP-HM, estimé à 31 M€.

§462 : Les textes relatifs à la couverture des risques financiers sont à ce jour à l'étude au sein de la DGOS, et sont attendus avec impatience.

Réponse de la mission : Sans attendre d'évolution réglementaire portant spécifiquement sur la couverture des risques financiers, le respect du principe de prudence auquel sont astreints les EPS devrait conduire à ajuster au niveau nécessaire la provision pour risques et charges sur emprunts.

§469 : Le rapport de l'EPRD 2013 mentionne un besoin de financement destiné à l'ouverture du BMT. Ce besoin de financement est réparti entre les exercices 2013 et 2014. Il est fondé sur la mise en place d'un « stock » de produits (essentiellement dispositifs médicaux, mais il comprend également le linge, le matériel de bureau et d'entretien), mais il ne s'agit nullement d'un stock au sens comptable : il s'agit d'un approvisionnement inaugural considéré comme un pic de consommation, pic dont la vocation est de se résorber à l'exercice suivant. Ainsi l'ouverture de la PFL a-t-elle permis d'observer un pic proche de 1 million €, dépense qui grèvera l'exercice 2013 sans aucun financement puisque la question n'a pas été abordée à la fin 2012 comme il aurait été prudent de le prévoir.

Réponse de la mission : La mission confirme que le niveau des stocks de la pharmacie pourrait être réduit

§477 : Sans mettre en cause les conclusions du Comptable public sur les créances détenues par l'AP-HM, il apparaît toutefois que l'évaluation de 21,3 millions € dépasse la réalité. Le montant le

plus fréquemment retenu dans les échanges récemment instaurés de manière régulière avec la CPAM est de l'ordre de 16 millions €.

Réponse de la mission : *La somme de 21 327 303,18 € qui figure dans le rapport correspond au montant de la créance sur la CPAM des Bouches du Rhône, telle qu'elle apparaissait dans la comptabilité de l'AP HM lorsque le comptable de l'établissement a attiré l'attention du DG sur le volume de titres non recouverts (lettre du 29 mars 2013 reproduite en annexe 17 du rapport). Si l'ordonnateur estime que le montant de cette créance est erroné, où qu'il existe un risque de non recouvrement, il lui appartient de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire corriger les écritures et le cas échéant, constituer une provision pour dépréciation.*

§517 : Les implantations de la clinique Saint Martin et de l'UGECAM ne relèvent pas de la « thématique des personnes âgées ».

Réponse de la mission : *Cette mention sera modifiée.*

§571 : Les autorisations délivrées ne permettent pas d'affirmer que la clinique CLAIRVAL assure la fonction d'accueil des urgences pour les quartiers sud.

Réponse de la mission : *Les autorisations délivrées comprennent sur le sud de Marseille, l'hôpital St Joseph ainsi qu'également les sites de l'AP-HM Conception et Timone qui sont proches de ces quartiers. Ces sites sont autorisés à l'accueil des urgences mais pas la clinique Clairval. Il faut noter que le taux d'hospitalisation après passage aux urgences, sur les SU de Marseille, y compris à l'AP-HM, est inférieur à 20%, une grande majorité des patients pouvant être prise en charge par la médecine libérale, or la densité de médecins libéraux est élevée sur ces quartiers.*

L'organisation actuelle de l'accueil des urgences sur la ville de Marseille permet une réponse adaptée et suffisante. Elle est complétée par l'accès direct pour la prise en charge des urgences spécialisées dans d'autres établissements et notamment Clairval (réanimation, cardiologie interventionnelle, chirurgie cardiaque neurochirurgie...).

La réorganisation des urgences sur la ville de Marseille prévue dans le SROS, à la suite des regroupements des sites de l'AP-HM et de l'hôpital Européen, ne prévoit pas le développement d'un projet de « réouverture d'urgences diurnes » sur le site de Ste Marguerite, d'autant que la notion « d'urgence diurne », qui n'est pas réglementaire, est par ailleurs discutable en terme d'opportunité et pourrait générer plus de risques que d'intérêts en raison du manque de lisibilité pour les usagers d'un tel fonctionnement.

De plus, l'ARS ne retient pas sur ce secteur pendant la période diurne de besoins d'urgences non couverts.

L'expérience accumulée depuis maintenant plus de deux années conforte cette position puisqu'aucune difficulté n'a émergé depuis la fermeture des urgences de Sud.

Enfin, ceci impliquerait la reprise d'activités complémentaires sur les hôpitaux sud nécessaires à l'activité d'urgence, ce qui va à l'encontre du regroupement du court séjour sur les sites de Centre et Nord et des orientations stratégiques de l'AP-HM.

§595 : La complémentarité des établissements publics du territoire de santé fait l'objet d'une démarche de communauté hospitalière de territoire inscrite dans la dynamique de construction de la métropole. Le volet santé est intégré au projet métropolitain et la lutte contre les inégalités d'accès au système de santé est une priorité du projet territorial de santé et du projet régional.

Réponse de la mission : *La mission en prend acte*

Note du président de la commission médicale d'établissement complémentaire à la réponse du DG AP-HM

Annexe en réponse aux § 97, 98, 99, 100, 101 du rapport de l'IGAS

ANALYSE DES POLES

L'APHM a souhaité privilégier les aspects disciplinaires et hospitalo-universitaires dans la constitution des pôles afin qu'ils s'inscrivent dans la politique de thématization des sites hospitaliers que mène l'établissement. Il s'agit d'une organisation qui favorise la cohérence du CHU et accompagne son plan stratégique. Ce point explique que plusieurs pôles sont en cours de modification pour les années 2013-2015 de leur périmètre et donc de leur sites d'implantation. Si ces aspects disciplinaires et hospitalo-universitaires favorisent l'organisation de la formation et les stratégies de développement de la recherche propres à un CHU, ils ne négligent pas pour autant la dimension de gestion et de mutualisation des activités et des personnels.

Il est à noter que l'aspect transversal des pôles ou l'aspect monosite avec présence d'antennes délocalisées a aussi été volontairement maintenu à la fois pour accompagner les mouvements de services dans le cadre du plan directeur de l'AP-HM et aussi les mutualisations des personnels médicaux et les projets médicaux communs.

Le nombre de pôles d'activité médicale à l'AP-HM est de 27. Les "pôles" 30,31 et 32 ne correspondent à aucune réalité au sens que lui donne la gouvernance. Il s'agit de centres de gestion conformes en particulier à la charte institutionnelle des blocs opératoires et des plateaux techniques. Ils apparaissent sous l'appellation "pôle" dans le fichier structure mais cette appellation uniquement administrative ne correspond pas à un pôle d'activité médicale.

L'organisation en pôles d'activité médicale de l'AP-HM ne peut pas être simplement séparée en pôles unisites et multisites. Certains pôles multisites assurent une fonction médico-technique support transversale. À l'inverse certains pôles multisites sont des pôles cliniques vrais mais les capacités de mutualisation de personnels sont faibles en raison de leurs spécificités et compétences et il n'est pas certain que le fait de les transformer en pôles monosites apporte quoi que ce soit à l'institution tant le bénéfice des projets HU et de disciplines communs est supérieur.

Enfin un bon nombre de pôles sont des pôles essentiellement monosites qui développent des activités localisées sur les autres sites de l'AP-HM de façon à maintenir des fonctions supports. Ces pôles sont qualifiés de multisites sur le fichier structure mais le cœur de l'activité est localisé sur un seul site.

❶ pôles mono sites :

7 Pôles sont strictement mono site depuis leur mise en place, il s'agit des pôles :

- 1 – Psychiatrie Centre - Conception
- 4 – Anesthésie Urgences Réanimation - Nord
- 5 – ADOUE - Nord
- 10 – Uro-Néphrologie – Conception
- 15 - Psychiatrie Universitaire – Sud
- 22 – Organe des sens – Nord
- 29 – Cervico-Facial – Timone

Un huitième pôle est devenu mono site dans le courant de l'année 2012, il s'agit du pôle :

- 21 – Odontologie - Timone

En 2014, deux pôles supplémentaires deviendront strictement mono site, avec le transfert des activités présentes sur le site Conception vers la Timone à l'occasion de l'ouverture du BMT il s'agit des pôles :

28 – DACCORD qui sera entièrement localisé à l'hôpital de la Timone (Digestif, Oncologie et Anatomopathologie).

23 – RUSH, Réanimation Urgences, SAMU qui sera lui aussi totalement localisé à l'hôpital de la Timone avec le transfert des Urgences de l'hôpital de la Conception vers l'hôpital de la Timone et le regroupement de l'ensemble des services sur ce même site.

② Les pôles multisites transversaux

Il s'agit de pôles basés sur un service médico-technique rendu à l'ensemble de la structure. On retient 5 pôles strictement transversaux qui présentent ces caractéristiques :

3 – Imagerie Médicale avec les services de Radiologie et de Médecine Nucléaire

9 – Médecine Physique et Réadaptation avec la présence de personnels de rééducation (kinésithérapeutes) qui travaillent sur l'ensemble des sites de l'AP-HM.

18 – Biologie, présent sur l'ensemble des sites avec des laboratoires sur l'ensemble de ces sites qui sont appelés à se regrouper mais en gardant une présence de proximité.

24 – Pharmacie avec la présence de pharmacies de site dans le cadre d'une PUI unique ainsi que d'une PUI de stérilisation.

27 – Santé Publique avec la présence de services de l'Information Médicale sur chacun des sites de l'AP-HM.

③ Pôles multisites cliniques véritables

On peut considérer que 5 pôles sont des pôles cliniques multisites, leur constitution en pôle répondant à un besoin fondamental de coordination pour l'offre de soins :

2 – Gynépôle qui regroupe les deux services de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de la Conception et de l'hôpital Nord. Ce pôle résulte de la fusion de ces deux services après que les services de néonatalogie eurent été individualisés dans un pôle différencié. Ces deux services n'ont par essence pas de personnels à mutualiser avec l'ensemble des autres pôles de l'AP-HM, compte tenu de leur spécificité.

Il est à noter que par contre le fait d'avoir regroupé les services de Gynécologie Obstétrique des deux sites dans un seul pôle a permis des échanges de praticiens et de conduire un projet médical commun avec des répartitions d'activité dans le cadre du projet de la future maternité sur le secteur Centre.

12 – Appareil Locomoteur, il s'agit effectivement d'un véritable pôle transversal avec des services d'Orthopédie, Traumatologie à l'hôpital de la Conception (qui sera localisé à l'hôpital de la Timone en 2014-2015) à l'hôpital Nord et à l'hôpital de Sainte Marguerite ainsi que les services de Rhumatologie à l'hôpital de Sainte Marguerite. Le choix de réaliser un pôle transversal centré sur l'Orthopédie et la Rhumatologie a été délibéré et a permis d'accompagner l'ensemble du projet d'établissement en permettant une bonne organisation de la PDS en traumatologie et en favorisant les transferts de services et d'activité depuis l'hôpital de la Conception vers l'hôpital Nord et depuis l'hôpital de la Conception vers l'hôpital de la Timone en 2014, au moment de l'ouverture du Bâtiment Médico-Technique. Chacun des services d'orthopédie représente une spécificité thématique. Le pôle de l'Appareil Locomoteur doit développer un projet de complémentarité avec l'hôpital Lavéran, un pôle transversal territorial pourrait d'ailleurs être créé à cette occasion.

16 – CardioVasculaire et Thoracique, il s'agit d'un pôle présentant des activités présentes sur chacun des deux plus grands sites avec deux entités volumineuses, l'une à l'hôpital de la Timone essentiellement constituée des services de Cardiologie et de Chirurgie Cardiaque et Vasculaire et une à l'hôpital Nord

essentiellement constituée des services de Pneumologie, Chirurgie Thoracique, Chirurgie Vasculaire et de Cardiologie. Le pôle développe des activités déportées sous la forme d'antennes à l'hôpital de Sainte Marguerite, à l'hôpital de la Conception, de façon à maintenir une activité de Cardiologie de proximité pour les services qui sont localisés sur ces sites. Ces deux entités pourraient être séparées, on objecte cependant que le volume des deux sous unités de la Timone et de l'hôpital Nord est largement suffisant pour permettre une mutualisation des personnels et activités au sein de chacune d'entre elles. Le séparer en deux avec un pôle sur la Timone et un sur Nord ne ferait que créer deux pôles au lieu d'un et ne réglerait pas le problème des activités déportées de cardiologie (consultations et explorations fonctionnelles) depuis la Timone vers sud et la conception ainsi que de pneumologie (consultations et endoscopies) et EFR depuis nord vers la Timone.

20 – Médecine et Réanimation Néonatale. ce pôle résulte de la fusion des services de Néonatalogie de l'hôpital de la Conception et de l'hôpital Nord après leur séparation d'avec les services de Gynécologie Obstétrique. Ces deux services sont importants au sein de l'AP-HM en termes de volume et de diversification d'activités. Les personnels qui y sont affectés présentent des spécificités et des compétences très particulières qui les rendent difficilement mutualisables avec les autres activités au sein du CHU.

26 – MINC-SMC. C'est un pôle résultant d'un vaste pôle multidisciplinaire qui était essentiellement localisé à l'hôpital de la Conception. Il va se transformer en pôle de médecine interne regroupant les services de médecine interne des 3 sites (Timone, Conception et Nord). Il s'agit effectivement d'un pôle de nature transversale qui privilégie l'aspect universitaire de la discipline.

④ Pôles ayant une activité principale sur un site avec présence d'activités déportées et d'antennes sur d'autres sites

En effet, 6 pôles qualifiés de pôles multisites sur le fichier structure sont ou seront à l'horizon 2014/15 des pôles monosites développant des activités délocalisées sous forme de prestations de proximité sur les autres sites. La séparation de ces antennes et leur rattachement à un pôle de site serait parfaitement artificiels et surtout mettrait en péril le fonctionnement de ces activités délocalisées qui deviendraient des activités « croupions » et risqueraient de disparaître en raison des difficultés de recrutement des médecins. L'intérêt de ces organisations déportées à partir d'un pôle permet de maintenir une véritable attractivité et de maintenir les compétences en rattachant les médecins à l'activité principale ou en favorisant la mobilité de médecins du pôle vers ces antennes.

Ces pôles ne peuvent pas être considérés comme des pôles multisites même si administrativement (fichier structure) ils sont considérés comme tels.

Il s'agit des pôles :

6 – Neurosciences Cliniques, l'essentiel du pôle est constitué de 4 services de Neurologie, 1 service de Neurophysiologie, 2 services de Neurochirurgie, 1 service de Neuro-Oncologie localisé à l'hôpital de la Timone. Cette structure développe des antennes de Neurophysiologie et d'exploration électroencéphalographique sur les hôpitaux Sud, Conception et Nord. 1 service de Neurochirurgie isolé à l'hôpital Nord lui est rattaché.

8 – Maladies Infectieuses. Il est actuellement constitué des laboratoires de bactériologie regroupés à l'hôpital de la Timone et de 2 services de maladies infectieuses dont 1 à l'hôpital Nord et un 1 à l'hôpital de la Conception. Une grande partie de cette structure sera regroupée au sein de l'IHU avec maintien d'une antenne à l'hôpital Nord. Il s'agira alors d'un pôle qui peut être qualifié d'unisite au niveau de l'hôpital de la Timone (au sein de l'IHU) avec une antenne présente sur le site Nord.

11 – Psychiatrie Médecine Légale et Médecine Pénitentiaire. Il s'agit d'un pôle très spécifique constitué de services totalement indépendants des autres activités et dont une partie est localisée dans des structures pénitentiaires (Baumettes), à l'hôpital Nord (UHSI et UHSA) et à l'hôpital de la Timone. On peut

considérer que le centre véritable de ce pôle se situe à l'hôpital Nord, avec des représentations éparées par nécessité, mais à titre très minoritaire.

13 – Pédiatrie Médico-Chirurgical. Actuellement, ce pôle est constitué de services de médecine et de chirurgie et d'urgences médicales et chirurgicales des hôpitaux de la Timone Enfants et de l'hôpital Nord. Le projet médical prévoit un regroupement de ces activités sur l'hôpital de la Timone avec maintien des urgences pédiatriques à l'hôpital Nord et d'une antenne médico-chirurgicale sur le même site. Il s'agira là aussi d'un pôle essentiellement unisite sur l'hôpital de la Timone Enfants avec des activités offertes sur le site Nord ce qui permettra la mutualisation de praticiens.

14 – G.E.S.T. Il s'agit du pôle de Gériatrie et Médecine Post-Urgence dont l'essentiel est réalisé sur l'hôpital de Sainte Marguerite avec la présence d'un service de Gériatrie CS et d'un service MS de Soins de Suite et de Réadaptation. Le pôle dispose d'une antenne à l'hôpital de la Timone dans le cadre de la médecine Gériatrique Post-Urgence. L'essentiel du pôle est donc unisite à l'hôpital Sainte Marguerite avec une antenne à l'hôpital de la Timone. Le chef de service et le chef de pôle sont la même personne.

19 – ENDO. Il s'agit du pôle qui regroupe les activités d'endocrinologie et de chirurgie endocrinienne qui sont actuellement à l'hôpital de la Timone, à l'hôpital de Sainte Marguerite et à l'hôpital Nord. Ce pôle sera regroupé dans son ensemble à l'hôpital de la Conception à l'horizon 2014 et 2015 avec maintien d'une antenne d'endocrinologie – diabétologie à l'hôpital Nord qui dépendra d'une gestion mutualisée au sein du pôle ENDO. Il s'agira alors d'un pôle unisite avec une antenne sur l'hôpital Nord.

④ Pôle monosites appelé à devenir transversal :

Un dernier pôle actuellement monosite fera l'objet d'une transformation en pôle multisite il s'agit du pôle 25 d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital de la Timone qui accueillera dans ses activités le Département d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital de la Conception de façon à former une seule structure sur le secteur Centre. Ce pôle peut être considéré comme un futur pôle multisite même s'il s'agit en réalité d'un pôle transversal sur le secteur Centre dont on connaît la vocation à devenir un seul groupe hospitalier.

2 pôles ont disparu à l'occasion de fusion, il s'agit des pôles 7 et 17. Le pôle 7 était le pôle de spécialités médicales et chirurgicales de l'hôpital Nord dont les services ont été intégrés à d'autres pôles et qui a disparu et du pôle 17 de Pédiatrie qui a fusionné avec le pôle 13 de chirurgie pédiatrique pour donner un seul pôle médico-chirurgical.

Au terme de cette analyse, on peut considérer que :

- A ce jour 5 pôles sont transversaux par nature (inter sites) et que 9 sont mono-sites, 7 multi-sites, 6 principalement mono-sites mais avec une représentation délocalisée
- A terme bref (2015, après terminaison des opérations du BMT ou subséquentes) : 6 pôles seront transversaux, 10 mono-sites, 5 multi-sites, 6 principalement mono-sites mais avec une représentation délocalisée

OBSERVATIONS DE L'ARS PACA

ET

REPONSE DE LA MISSION

Observations de l'ARS sur les paragraphes du rapport puis les observations sur les recommandations.

1. **Rapport**

§ 121 – Le redécoupage des pôles doit être effectivement opéré de manière à limiter les pôles multi-sites aux seuls pôles qui visent à terme une réorganisation profonde des activités qu'ils sous-tendent, ce qui ne doit pas faire obstacle à la connaissance des charges et des recettes inhérentes à chacun des sites constitutifs.

Ce doit être l'occasion d'une remise à plat des organisations, et des effectifs nécessaires pour mener à bien l'ensemble des activités.

§ 170 – Le manque de fiabilité sur les données constitue un obstacle objectif au partage, avec l'ARS, des impacts, en termes d'effectifs, des restructurations en cours. Le retour à des données fiables et comparables permettra donc à l'ARS de mener, de manière plus performante, sa mission de contrôle sur l'efficacité des organisations et les évolutions des effectifs, à l'occasion des réorganisations.

L'atteinte des objectifs contractuels, portant sur les objectifs cibles, devra désormais conditionner l'accompagnement financier des restructurations.

§ 258 – Le seul levier véritablement efficace dont dispose l'ARS pour inciter l'AP-HM à l'aboutissement de son projet, est l'accompagnement financier.

Le versement des aides effectivement gelé en 2012, pourra reprendre dès lors que l'AP-HM sera en mesure, ainsi qu'il lui a été demandé, de s'engager sur un calendrier ferme, cohérent et vérifiable de déploiement.

§ 341 à 343 – Jusque là, les échanges d'informations insuffisants entre les responsables de l'information médicale et les responsables des données financières, n'ont pas permis de bâtir une vision prospective claire du niveau des équilibres entre les recettes et les charges permettant un véritable contrôle de gestion et une contractualisation efficace des pôles. En effet, cela doit servir de base à la contractualisation des pôles, chaque pôle devant faire l'objet d'un contrat avec des objectifs précis et assorti de délégations ciblées, et de modalités de suivi régulières. Sur ce point également, l'ARS mettra en œuvre un suivi régulier qui sera intégré dans les objectifs d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

La mise en place du dispositif de fiabilisation des comptes, préalable à la certification des comptes doit être l'occasion d'introduire des processus de sécurisation des données comptables et une démarche d'anticipation des risques et d'amélioration de la qualité dans le suivi financier de l'établissement qui serviront de base à l'exercice de la mission de l'ARS sur ces questions.

§ 356 à 361 – Le plan de retour à l'équilibre 2009/2014, intégré dans le CPOM le 8 juillet 2009, a donné lieu à un bilan intermédiaire pour la période 2009/2011. Celui-ci a fait apparaître qu'un certain nombre de mesures étaient mise en œuvre. D'autres, impactées fortement par des modifications des modes de financement (MIGAC, MERRI, AME...), nécessitaient d'être revues.

La signature d'un contrat de performance ANAP/AP-HM/ARS, le 31 mars 2011, est apparue comme un outil de nature à favoriser le redressement (7 pistes de travail, dont l'impact financier

était chiffré à 19,78M€ de réduction de dépenses et 8,23M€ d'augmentation de recettes). Par ailleurs, l'axe « développer la fonction RH » reprenait les orientations contenues sur ce volet, dans le CREF initial.

Dans ces conditions, la réécriture d'un CREF est apparue comme redondante.

Ceci explique l'orientation incluse dans le nouveau CPOM signé le 9/7/2012, au titre de la restauration de l'équilibre financier et des capacités d'investissement : « la direction de l'établissement a le libre choix des moyens pour y parvenir (à l'amélioration de la marge brute retraitée ou non aidée), mais il lui est demandé de préciser son plan d'actions ultérieurement, dans le cadre d'un avenant au présent CPOM ».

Au moment de procéder de façon partagée à l'évaluation de la première année du CPOM, l'AP-HM devra fournir à l'ARS ce plan d'actions qui pourra se traduire en PRE, et s'intégrer au CPOM sous forme d'avenant.

Dans le même temps, l'AP-HM doit se préparer à présenter devant le COPERMO performance/modernisation, le diagnostic de sa situation et le plan d'actions destiné à garantir son retour à l'équilibre financier, ce qui renforce encore la nécessité pour l'APHM de bâtir son plan d'actions, qui devra intégrer les recommandations du présent rapport IGAS.

§ 410 – A l'issue d'importants travaux menés conjointement avec l'APHM depuis 2 ans, il a été possible d'identifier de manière précise la réalité des moyens mobilisés par l'AP-HM pour la réalisation de ses missions d'intérêt général.

Après une première phase de clarification, une 2ème étape de mise à plat a permis d'aboutir à une proposition de redéploiement à partir de crédits auparavant fléchés sur des activités apparaissant comme sur financées vers d'autres activités sous financées.

Ces redéploiements ont mis en lumière une problématique de ventilation de la ressource entre les MIG dites reconductibles et les MIG JPE. Globalement, la proposition travaillée avec l'APHM permet désormais de compléter des financements en MIG JPE, mais aussi de financer des activités JPE historiquement non financées.

Cette proposition résultant des travaux menés conjointement avec l'AP-HM, et qui permettait de solder les problématiques de financement des MIG de cet établissement, a été soumise par courrier du directeur général de l'ARS au directeur général de l'offre de soins en date du 19 février 2013, la régularisation de cette proposition nécessitant une intervention de la DGOS auprès de l'ATIH, qui aurait dû se faire en amont de la première phase de campagne 2013.

A ce jour, l'ARS PACA n'a pas de réponse de la DGOS à cette demande, et il ne nous semble pas possible de contractualiser avec l'APHM en l'absence de validation du niveau national.

La DGOS va être à nouveau sollicitée par l'ARS PACA.

§ 448 à 452 – Le schéma directeur immobilier sera établi et annexé au CPOM, et l'ARS conformément à la demande de l'IGAS, veillera à ce qu'une gestion patrimoniale plus dynamique soit conduite compte tenu des investissements à venir, qui devront faire l'objet d'une priorisation. La réflexion soulevée par la mission concernant le bâtiment de la rue Brochier mérite d'être menée à son terme alors que l'ouverture du BMT pourrait sans doute dégager des surfaces importantes aujourd'hui occupées par les activités amenées à être déplacées.

§ 485 – Il convient de rappeler qu'entre 2003 et 2012, l'AP-HM a bénéficié de 83M€ d'aides en exploitation pour accompagner ses efforts de redressement, de plus de 200M€ d'aides destinées à soutenir l'investissement, et de 32 M€ de subventions FMESPP en capital pour ces mêmes investissements.

§ 496 à 505 – Il paraît effectivement indispensable que l'AP-HM se fixe un objectif de marge brute de 112M€ à atteindre au plus vite ce qui passe entre autre par une nette amélioration des outils de pilotage interne de l'établissement, lui permettant par la même de réaliser un reporting précis de la situation. Ces éléments serviront de base à la construction d'un CREF centré autour de cet objectif, et de quelques autres...

§ 517 – Conformément aux recommandations de l'ARS dans son analyse du projet stratégique, les activités de court séjour « MCO » n'ont pas vocation à être maintenues sur le site des hôpitaux sud, qui doit être recentré sur les seules activités relatives à la santé mentale et aux SSR.

§ 520 à 524 – Rappelons qu’avec l’ouverture du BMT les urgences ne seront plus prises en charge sur le site de La Conception.

§ 531 – L’AP-HM vient d’adresser très récemment à l’ARS le bilan du CPOM. Ce sera l’occasion de remettre à plat le projet d’établissement, le plan directeur et d’arrêter définitivement les contours d’un plan de retour à l’équilibre.

§ 539 à 543 – Concernant le bâtiment médico-technique en cours d’achèvement (BMT) et son impact sur l’ensemble des sites hospitaliers de l’AP-HM, ainsi que l’ARS l’a à plusieurs reprises demandé, la gouvernance de ce chantier aurait dû être renforcée, afin que soient levées les incertitudes concernant les organisations projetées, l’occupation des locaux et les effectifs cible.

En effet, l’ARS a déjà exprimé sa crainte que dans les conditions dans lesquelles ce projet a été conduit, il ne se révèle pas l’outil de rationalisation des ressources et de redéploiement des moyens qu’il devait être. Les expériences d’absence de retour sur investissements de l’AP-HM sont anormalement fréquentes.

Ce sera pourtant un des éléments déterminants de la construction du contrat de retour à l’équilibre et pourra s’appuyer sur la prolongation des travaux de l’ANAP.

§ 550 à 551 – Le principe de l’implantation de la maternité du centre sur le site de la Timone a été approuvé par l’ARS lors de l’approbation du projet stratégique en 2012, d’autant que la vétusté des locaux de la maternité de la Conception rend indispensable une restructuration rapide. Cependant, dans la situation d’endettement actuelle de l’AP-HM, il semble très difficile de considérer que ces investissements pourront être réalisés sans aide extérieure (cf. commentaire § 592).

§ 552 à 558 – Mené dans le cadre du plan de relance de la recherche, piloté par le ministère de la recherche et non par le ministère de la santé, le projet d’IHU a été formalisé sans que semble-t-il l’AP-HM comme l’ARS n’aient été véritablement associés à la conception de son contenu, en terme d’activités de soins, de ses complémentarités et articulations avec l’AP-HM ainsi que des modalités de leur mise en œuvre. L’ARS PACA n’a pas non plus été consultée sur les coûts et aspects financiers. Ceci n’étant pas prévu dans les procédures de mise en place des IHU.

L’ARS constate que dans la gouvernance actuelle du projet, elle n’identifie pas de levier permettant la mise en œuvre de ce pilotage.

Pourtant, il est indispensable que la réflexion soit reprise et pilotée conjointement par l’IHU, l’AP-HM et l’ARS. La nouvelle démarche devra notamment garantir pour l’AP-HM la neutralité financière de l’opération dans son ensemble. Ceci semble très problématique à ce stade.

§ 563 – Le secteur public hospitalier tente de s’organiser collectivement pour apporter dans une zone particulièrement concurrentielle, sur le périmètre Aubagne – Marseille – Martigues, une offre publique forte et graduée, garantissant à la population une réponse à tarif opposable dans des conditions équilibrées de proximité et de sécurité. Cette démarche, soutenue par l’ARS, est encore en construction sur Aubagne mais a déjà porté ses fruits sur le secteur de Martigues. D’ici la fin 2014, des évolutions fortes devraient se faire entre le CH d’Aubagne et l’AP-HM.

§ 571 – Il est important de rappeler que sur le sud de Marseille, l’hôpital St Joseph est autorisé à l’accueil des urgences mais non la clinique Clairval. L’organisation actuelle de l’accueil des urgences sur la ville de Marseille permet une réponse adaptée. Elle est complétée par l’accès direct pour la prise en charge des urgences spécialisées dans d’autres établissements et notamment Clairval.

§ 575- 576 – Les orientations du projet médical et les nécessaires intrications qu’elles impliquent pour certaines sur spécialités, justifient un regroupement des activités des sites du centre au sein d’un site hospitalier unique.

§ 580- 581 – Cette hypothèse déjà évoquée dans l’analyse du projet stratégique, et confortée par l’analyse quantitative du besoin, sera plus facile à mettre en œuvre, compte tenu du contexte sociologique local, à l’occasion du regroupement des activités de la maternité auprès de la pédiatrie sur le site de la Timone.

§ 586 – Concernant le court séjour gériatrique, cf. commentaire § 517.

2. Recommandations

Recommandation 1 :

A la demande expresse du maire, les réunions du conseil de surveillance ont lieu à la mairie, initialement au motif de la difficulté de sécuriser la salle du conseil à l'AP-HM lors de manifestations syndicales survenues ponctuellement. Ce point n'a plus été remis en question depuis plusieurs années.

L'IGAS a souligné la nécessité de mettre en œuvre un dialogue social conforme à la réglementation, et de rétablir une gouvernance conforme au statut d'établissement public de l'Etat introduit par la loi HPST. A titre de symbole, l'IGAS recommande que les réunions du conseil de surveillance se tiennent désormais au sein de l'établissement et soient recentrées sur sa mission de validation des orientations stratégiques et de contrôle, ce que l'ARS comprend tout à fait –et qui est la situation– des CHU de taille comparable (HCL) mais qui ne peut évoluer qu'en accord avec la présidence du conseil de surveillance de l'APHM.

Recommandation 2 :

Le redécoupage à prévoir, qui ne concerne que peu de pôles, doit être opéré de manière à limiter les pôles multi-sites aux seuls pôles qui visent à terme une réorganisation profonde des activités qu'ils sous-tendent, ce qui ne doit pas faire obstacle à la connaissance des charges et des recettes inhérentes à chacun des sites constitutifs.

Elle doit être l'occasion d'une remise à plat des organisations, et des effectifs nécessaires pour mener à bien l'ensemble des activités.

Recommandation 3 :

C'est sans doute dans le domaine de la gestion des ressources humaines que l'établissement a le plus de difficultés à évoluer.

La période 2010 /2012 a été très agitée sur le plan de la gestion des ressources humaines, donnant lieu à de nombreuses interventions et contrôles extérieurs (ARS, Cour des Comptes, IGAS) qui ont relevé des dysfonctionnements dont certains sont en cours de règlement : non-respect de la réglementation sur l'attribution des primes, les heures supplémentaires, le paiement des astreintes, et la nouvelle bonification indiciaire (NBI), proportion importante de personnel non soignant peu qualifié dans les recrutements récents, gestion des effectifs médicaux moins maîtrisée que celle des effectifs non médicaux, grand retard pris dans la mise en place d'outils permettant d'objectiver l'adéquation effectifs/charge de travail, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'ayant pas fait l'objet d'une gestion structurée et pilotée...

Concernant la gestion de la masse salariale, la signature en janvier 2010 d'un protocole d'accord avec le syndicat majoritaire s'avère peu cohérente avec le contexte de retour à l'équilibre.

Par ailleurs, un précédent rapport IGAS de 2012 mentionnait des rémunérations irrégulières particulièrement coûteuses dont la suppression s'impose, ce que l'ARS a déjà rappelé à l'AP-HM.

La maîtrise des effectifs, la fiabilité des chiffres et le retour à la légalité la plus stricte sont des objectifs prioritaires.

Malgré les efforts intervenus et menés par l'actuel directeur général, depuis peu pour un retour au respect de la réglementation, malgré le travail mené auprès des pôles pour définir des effectifs de référence, il sera nécessaire que l'établissement investisse désormais sérieusement dans la cohérence de sa politique RH par rapport aux objectifs stratégiques.

Cette démarche semble amorcée mais devra être rapidement confirmée.

Dans ce cadre, il convient de souligner que l'ARS s'est heurtée dans les années antérieures malgré des demandes réitérées, à un suivi des effectifs rendu très difficile du fait de chiffreages non cohérents entre eux ; à ce titre la réponse du 25 mai 2012 à un courrier du 24 février de l'ARS, apporte des éclaircissements partiels, dans la mesure où l'AP-HM n'a pas développé en interne une approche globale des ressources humaines ; ainsi la CLASMO qui a effectué un traitement individuel des situations, en déployant un savoir-faire reconnu dans ce domaine, n'était pas articulée avec la direction des ressources humaines, ce qui n'a apporté aucune garantie au final

quant à l'efficacité de ce dispositif à permettre une réduction globale des effectifs, et en particulier, d'effectifs qui ne nécessitaient pas d'être remplacés.

Les changements répétés de DRH ces dernières années (trois titulaires de poste en peu de temps) ne sont pas traduits par une réelle volonté de pilotage modifié en ce domaine.

Il est indispensable, sur cette fonction particulièrement sensible, que le DG de l'AP-HM puisse s'entourer de collaborateurs engagés à conduire une politique de ressources humaines rigoureuse, loyale, transparente et au service des orientations stratégiques de l'institution.

Ce processus semble enclenché depuis peu.

Recommandation 4 :

A la suite du rapport de l'IGAS de 2010, l'AP-HM a entrepris rapidement la mise en œuvre des recommandations et la réorganisation du pôle pharmacie et des activités de la PUI.

Cependant cette réorganisation en cours doit être menée à son terme et sans délai, dans le sens d'une recherche permanente du regroupement de chaque activité sur un seul site, comme indiqué dans la recommandation 4.

Recommandation 5 :

Compte tenu de l'importance stratégique que représentent les systèmes d'information, l'ARS est en plein accord avec l'orientation de l'IGAS, considérant que la direction en charge des systèmes d'information doit faire l'objet d'un management rapproché par la direction générale, et que cette dernière impulse le changement au sein de cette direction, recentrée sur le champ informatique, compte tenu des enjeux majeurs.

En outre, l'ARS vérifiera, comme elle l'a déjà fait, la bonne exécution du schéma directeur du système d'information avant tout versement des crédits « Hôpital 2012 » restant à percevoir ; les aides du plan Hôpital 2012 consenties dans le cadre de la mise en œuvre de la phase 2 du DPI de l'AP-HM s'élèvent en effet à 9 M d'euros.

A ce jour, une partie des aides a déjà été attribuée pour un montant de 5,571 M d'euros.

Le projet continue à apparaître risqué, fragile.

Le versement des aides effectivement gelé en 2012 pourra être versé à l'APHM dès lors que les évolutions le justifiant seront effectives.

Recommandation 6 :

L'arrivée du dispositif de fiabilisation des comptes, préalable à la certification des comptes doit être l'occasion d'introduire des processus de sécurisation des données comptables et une démarche d'anticipation des risques et d'amélioration de la qualité dans le suivi financier de l'établissement. Un plan d'action doit être à cet effet, mis en œuvre sans délai.

Recommandation 7 :

L'ARS souscrit totalement à cette recommandation de l'IGAS, précisant que le schéma directeur immobilier devra être établi et annexé au CPOM, et qu'une gestion patrimoniale plus dynamique devra être conduite compte tenu des investissements à venir, et compte tenu du fait que l'AP-HM manquait jusqu'à il y a peu de lisibilité dans la priorisation de ses investissements.

Recommandation 8 :

Financièrement, l'AP-HM est confrontée à des difficultés anciennes et structurelles qui ont trouvé un début d'amélioration depuis 2008, toutefois ces améliorations sont encore largement insuffisantes.

Après avoir atteint un niveau de dégradation maximal en 2008, l'établissement s'est mobilisé pour le rétablissement progressif de ses équilibres dans le cadre d'un contrat de redressement financier conclu en juillet 2009 avec l'ARH pour la période 2008-2014.

Grâce notamment à une politique de gestion plus active du patrimoine et à la réalisation des cessions d'actifs prévues, le résultat de l'entité juridique est ramené de -53,9 M€ en 2008 à -3,123 M€ en 2012, et la capacité d'autofinancement progresse régulièrement sur la période pour représenter 4,3% des produits en 2012 (54,2 M€). Cette dernière reste largement insuffisante pour répondre aux enjeux d'investissements majeurs qui restent devant elle.

Il convient toutefois de rappeler comme l'a fait fort justement l'IGAS dans son rapport, qu'entre 2003 et 2012, l'AP-HM a bénéficié de 83M€ d'aides en exploitation pour accompagner ses efforts de redressement, de plus de 200M€ d'aides destinées à soutenir l'investissement, et de 32 M€ de subventions FMESPP en capital pour ces mêmes investissements.

Pour autant, la situation à fin 2012 reste fragile et les efforts de redressement doivent être poursuivis vigoureusement : les résultats de 2013 ne semblent pas aller dans le bon sens.

Même complétée des dotations investissements, et bien que s'étant améliorée, la marge brute reste insuffisante pour couvrir les charges financières d'amortissement et de provisions.

Cette situation témoigne de l'ampleur des efforts qui restent à réaliser, alors que l'AP-HM a encore devant elle des investissements majeurs à réaliser impérativement.

L'ARS souscrit tout à fait à la nécessité pour l'AP-HM, d'amorcer une réduction de la dette et de la désensibiliser. Celui-ci passe, outre la renégociation des emprunts notamment les plus à risques, notamment par la poursuite du travail engagé sur le patrimoine non consacré aux soins (la vente de la Villa Gaby ne peut être écartée de cette réflexion) mais probablement également par une remise en question systématique de l'occupation des sites actifs en vue d'une optimisation des surfaces nécessaires et de la revente des surfaces devenues inutiles.

Recommandation 9 :

Il paraît effectivement indispensable que l'AP-HM se fixe un objectif de marge brut de 112M€ à atteindre au plus vite, ce qui passe par une nette amélioration des outils de pilotage interne de l'établissement, lui permettant par la même de réaliser un reporting précis de la situation.

Il convient de signaler que, l'établissement demeure dans l'incapacité de fournir le bilan précis et chiffré du plan de redressement, demandé par le comité de suivi des risques financiers à l'hôpital en 2011.

Cette amélioration est d'autant plus impérative, qu'il convient désormais de préparer l'examen par le COPERMO performance de la situation financière et du plan d'actions destiné à garantir le retour à l'équilibre financier, ce qui permettra de conclure, comme le demande l'IGAS dans sa recommandation 10, un nouveau CREF mobilisant tous les leviers disponibles, et comportant des objectifs annualisés et des modalités de suivi annuel et pluriannuel, et constituant un avenant financier du CPOM.

Recommandation 10 :

Le plan de retour à l'équilibre 2009/2014 a été validé par l'ARH et intégré dans le CPOM alors en vigueur le 8 juillet 2009.

Il a donné lieu à un bilan intermédiaire pour la période 2009/2011, qui a fait apparaître que la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures était achevée, et que d'autres, impactées fortement par des modifications nationales dans les modes de financement (MIGAC, MERRI, AME, ...), nécessitaient d'être revues dans le cadre d'une nouvelle écriture du CREF.

Dans le même temps, un contrat performance ANAP/AP-HM/ARS a été conclu le 31 mars 2011, Il est apparu comme l'outil le plus à même d'impulser et de contribuer à ce redressement par la mise en œuvre de 7 pistes de travail, dont l'impact était chiffré à 19,78M€ de réduction de dépenses et 8,23M€ d'augmentation de recettes. Par ailleurs, l'axe « développer la fonction RH » reprenait les orientations contenues sur ce volet, dans le CREF. La présence de l'ANAP auprès des équipes garantissait que l'engagement de l'établissement serait partagé par l'ensemble des acteurs de l'institution.

L'impossibilité d'obtenir de l'AP-HM des données fiables régulières ne plaident pas pour la mise en œuvre d'un CREF qui devait reposer sur une analyse partagée objective de la situation financière, de son niveau d'activité et des potentiels d'amélioration organisationnelle. Les changements répétés de Directeurs des ressources humaines ne laissent que peu de place à l'appui sur le levier de l'optimisation de l'emploi des personnels. Dans un tel contexte, l'ARS a effectivement fait le choix de mettre la priorité sur le Contrat performance et de reporter l'hypothèse d'un CREF au terme de la période du contrat ANAP. Cette orientation permettait de plus à l'AP-HM de mettre en place son projet informatique et donc de partir de données consolidées sur la situation réelle de l'activité des pôles.

Ceci explique l'orientation incluse dans le nouveau CPOM signé le 9/7/2012 par l'ARS PACA qui précise concernant l'objectif d) du volet « pilotage interne : qualité-performance-gouvernance-RH

« préserver et restaurer l'équilibre financier et les capacités d'investissement » : « la direction de l'établissement a le libre choix des moyens pour y parvenir (à l'amélioration de la marge brute retraitée ou non aidée), mais il lui est demandé de préciser son plan d'actions ultérieurement, dans le cadre d'un avenant au présent CPOM).

Au moment de procéder à l'évaluation en cours de la première année du CPOM, il convient que l'APHM fournisse ce plan d'actions qui pourra, s'il est suffisamment étayé, servir de base au futur contrat de retour à l'équilibre dont la production sera exigée par le COPERMO. L'AP-HM doit en effet se préparer à présenter devant le COPERMO performance/modernisation, le diagnostic de sa situation et le plan d'actions destiné à garantir son retour à l'équilibre financier, ce qui renforce encore la nécessité pour l'AP-HM de bâtir sans plus tarder son plan d'actions, qui devra intégrer les recommandations du présent rapport IGAS.

La conjoncture est aujourd'hui effectivement favorable à l'élaboration d'un CREF qui devra permettre la poursuite de l'amélioration de la situation avec comme objectif cible de permettre l'atteinte, dès que possible, d'une marge brute de 112 M€, indispensable pour lui permettre de poursuivre l'effort de modernisation de l'outil de travail. Cela passe comme l'indique l'IGAS par une gestion optimale des effectifs et des activités, par une maîtrise des achats et notamment des charges à caractère médical et hôtelier et général.

Recommandation 11 :

L'AP-HM vient d'adresser à l'ARS le bilan du CPOM. Ce sera l'occasion de remettre à plat le projet d'établissement, le plan directeur et d'arrêter clairement les contours d'un plan de retour à l'équilibre.

S'agissant du plan d'économie interne en cinq volets, l'objectif de gain annoncé de 40 millions d'euros semble à l'ARS PACA, difficile à mettre en oeuvre et mérite de nombreuses précisions.

Recommandation 12 :

L'AP-HM est engagée dans un processus de restructurations majeures au sein et entre ses différents sites, dans le sens d'un rééquilibrage de l'offre de soins de proximité du secteur sud vers le secteur nord de l'agglomération marseillaise, en adéquation avec les besoins identifiés par l'ARS, et également dans la perspective d'une thématization des 4 sites actuels de l'entité.

Ce processus de restructuration doit impérativement être l'occasion d'accroître la performance des organisations sur chaque site (notamment par l'optimisation des plateaux techniques existants), de renforcer les activités interventionnelles lourdes et le niveau de spécialisation des équipes, de rendre les ensembles hospitalo-universitaires cohérents, en eux-mêmes et entre eux et de simplifier les parcours de soins pour la population.

A cet effet, l'ARS approuve la recommandation de l'IGAS concernant la poursuite de l'effort de thématization des sites en supprimant les doublons, à l'exception de ceux que le rapport de l'IGAS cite en considérant que leur légitimité est établie.

L'ARS maintient sa position émise lors de l'analyse du projet stratégique, à savoir que les activités de court séjour « MCO » n'ont pas vocation à être maintenues sur le site des hôpitaux sud, qui doit être recentré sur les seules activités relatives à la santé mentale et aux SSR.

Recommandation 13 :

Pour la mise en sécurité des 2 IGH de la Timone et le transfert de la maternité de La Conception sur le site de la Timone, dans la situation d'endettement actuelle de l'AP-HM, il semble très difficile de considérer que ces investissements pourront être réalisés sans aide extérieure. Mais cette aide, probablement indispensable, doit être le complément d'un travail de remise à plat complet du patrimoine immobilier et de la restauration d'une capacité d'autofinancement, préalable à tout soutien à l'investissement, accompagné de diverses réorganisations et mesures d'amélioration réelle de l'efficacité.

Recommandation 14 :

L'ARS souscrit à la recommandation de l'IGAS conduisant, à terme à un groupe hospitalier unique sur Centre avec une direction et des instances communes.

Recommandation 15 :

L'amélioration des conditions d'exercice par l'ARS de sa mission de contrôle, d'évaluation et de suivi de la gestion et de l'évolution de l'APHM demandée par l'IGAS est incontestable. Elle implique de la part de l'AP-HM, la production et la communication d'outils de suivi fiables et sincères.

Il convient de souligner, dans les années passées, la tendance de l'AP-HM à vouloir influencer les décisions de l'ARS PACA, par des interventions multiples au niveau national. Les mêmes difficultés sont, sans doute, rencontrées par la direction générale de cet établissement tant les jeux relationnels peuvent s'entrecroiser et venir contrecarrer des décisions contraires aux intérêts de tel ou tel groupe.

Il conviendra donc pour la bonne application de la présente recommandation de l'IGAS, que l'ARS soit désormais en permanence l'interlocuteur premier de l'AP-HM, et ne se heurte pas à un certain nombre de décisions nationales directement négociées avec l'AP-HM, que l'ARS doit ensuite se borner à mettre en œuvre.

Par ailleurs, l'exercice de cette mission de contrôle est par définition limitée s'agissant d'une structure telle que l'AP-HM, pour les raisons clairement évoquées dans le rapport IGAS tenant, dans le passé, aux implications politiques et syndicales fortes dans la gestion de cet établissement, mais également, à la proximité inévitablement plus grande de ce type de structure avec les ministères concernés.

L'ARS PACA va se doter d'un cadre de haut niveau qui coordonnera avec les différentes directions de l'ARS son travail pour exercer les missions de contrôle de l'AP-HM et de coordination demandée par le rapport IGAS.

Ceci se mettra en place en janvier 2014.

En outre, deux structures mixtes ARS/AP-HM à périmètres différents (directions générales, présidence de CME, équipes de l'ARS) vont désormais fonctionner dans un but de concertation, d'information réciproque pour un contrôle plus efficace, dans un esprit partenarial, mais, tout en respectant les responsabilités de chaque structure.

Réponse de la mission : La mission prend acte de l'ensemble des réponses apportées par l'ARS.

LISTE DES ANNEXES :

- Annexe 1 : Délégations du directeur général de l'AP-HM**
- Annexe 2 : Présentation des objectifs du DG de l'AP-HM**
- Annexe 3 : Note relative aux archives de l'AP-HM**
- Annexe 4 : Thématiques transverses**
- Annexe 5 : Recommandations de la mission IGAS RM 2012-131P décembre 2012**
- Annexe 6 : Extrait du rapport public 2012 de la Cour des comptes**
- Annexe 7 : Extrait du rapport de la chambre régionale des comptes relatif au DPI**
- Annexe 8 : Suivi des provisions**
- Annexe 9 : Evolution des charges de personnel**
- Annexe 10 : Taille des unités AP-HM**
- Annexe 11 : Evolution des charges à caractère médical**
- Annexe 12 : Evolution des charges à caractère hôtelier et général**
- Annexe 13 : Evolution de produits versés par l'assurance maladie**
- Annexe 14 : Note de problématique sur la chaîne de remboursement des MO-DMI**
- Annexe 15 : Evolution des produits de l'activité, non pris en charge par l'assurance maladie**
- Annexe 16 : Lettre relative à la vente de l'Hôtel Dieu**
- Annexe 17 : Restes à recouvrer**
- Annexe 18 : Etats débiteurs**
- Annexe 19 : Activités prévues au BMT**

SIGLES UTILISES

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANV	Admission en non valeur
AOT	Autorisation d'occupation temporaire du domaine public
AP-HM	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
BFR	Besoin en fond de roulement
BMT	Bâtiment médico technique
CAF	Capacité d'autofinancement
CDD	Contrat à durée déterminée
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CLASMO	Cellule locale d'accompagnement à la modernisation
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre national de gestion
COMEDIS	Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC	Chambre régionale de comptes
CREA	Compte de résultat analytique par pôle
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
COSEPS	Comité de sécurisation des produits de santé
DAM	Direction des affaires médicales
DCGCI	Direction du contrôle de gestion et de la contractualisation interne
DNA	Dotation non affectée
DRHPS	Direction des ressources humaines et du projet social
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Equivalent temps plein
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
HPST	Loi Hôpital, patient, santé et territoire
ICNE	Intérêts courus non échus
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, recours et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
PMCT	Poids moyen du cas traité
PRS	Programme régional de santé
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RTT	Réduction du temps de travail
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SG	Secrétaire général
T2A	Tarifcation à l'activité

BIBLIOGRAPHIE

Janvier 2003, IGAS : rapport 2002/123 Contrôle de l'assistance publique - hôpitaux de Marseille (AP-HM)

Mai 2010, CRC PACA : Examen de situation financière de l'assistance publique hôpitaux de Marseille (exercices 2004 et suivants).

Novembre 2010, IGAS : Enquête sur le circuit du médicament à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

RM 2010 112 P IGAS Enquête suite à un incident ayant entraîné la mort d'un patient

Février 2011, CRC PACA : contrôle des marchés publics informatiques de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Mars 2011, IGAS rapport relatif à l'évaluation du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers et d'analyse stratégique du positionnement des filières publiques du SIH

Juillet 2011, Comité de suivi des établissements de santé à risques financier

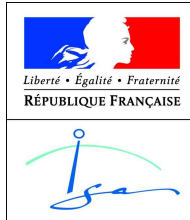
Octobre 2011, CRC PACA : Examen de la gestion du personnel (exercices 2004 et suivants)

Juin 2012, IGAS rapport relatif à la mise en conformité réglementaire du régime des astreintes non dérangées du personnel non médical de l'AP-HM

Décembre 2012, IGAS : Contrôle de la politique de gestion des ressources humaines de l'AP-HM

Sénat n° 270, Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur l'enquête de la Cour des comptes relative au patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins

Rapport public annuel 2012 – février 2012 de la Cour des Comptes



Inspection générale
des affaires sociales

Contrôle de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

TOME 2 : ANNEXES DU RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Huguette MAUSS

Dr. Sylvain PICARD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Jean-Claude DELNATTE

Jean-Yves LAFFONT

Conseillers généraux des établissements de santé

- Janvier 2014 -

2013-065 R

Sommaire

ANNEXE 1: DELEGATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AP-HM.....	5
ANNEXE 2: PRESENTATION DES OBJECTIFS DU NOUVEAU DIRECTEUR DE L'AP-HM.....	9
ANNEXE 3: NOTE RELATIVE AUX ARCHIVES DE L'AP-HM.....	15
ANNEXE 4: THEMATIQUES TRANSVERSES.....	17
ANNEXE 5 : RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS RM 2012-131P DECEMBRE 2012.	19
ANNEXE 6 : EXTRAIT DU RAPPORT PUBLIC 2012 DE LA COUR DES COMPTES	23
ANNEXE 7 : EXTRAIT DU RAPPORT DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES RELATIF AU DPI.....	25
ANNEXE 8 : SUIVI DES PROVISIONS	27
ANNEXE 9 : EVOLUTION DES CHARGES DE PERSONNEL DE 2010 A 2012.....	31
ANNEXE 10 : TAILLE DES UNITES AP-HM	33
ANNEXE 11 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE MEDICAL.....	35
ANNEXE 12 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL.....	37
ANNEXE 13 : EVOLUTION DE PRODUITS VERSES PAR L'ASSURANCE MALADIE	39
ANNEXE 14 : NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI	41
ANNEXE 15 : EVOLUTION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE, NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	45
ANNEXE 16 : LETTRE RELATIVE A LA VENTE DE L'HOTEL DIEU	47
ANNEXE 17 : RESTES A RECOUVRER.....	49
ANNEXE 18 : ETATS DEBITEURS.....	61
ANNEXE 19 : ACTIVITES PREVUES AU BMT.....	63

ANNEXE 1: DELEGATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AP-HM

EXTRAIT DU REGISTRE
DES DECISIONS DU DIRECTEUR GENERAL
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

DELEGATION DE SIGNATURE

SOMMAIRE

DIRECTION GENERALE

Décision n° 273/2013 du 2 mai 2013 M. Jean-Marc VIGUIER, Secrétaire Général	2
Décision n° 362/2013 du 23 juillet 2013 M. Jean-Michel BUDET, Directeur Général Adjoint	4
Décision n° 275/2013 du 3 juin 2013 M. Hervé LEON, Directeur Général Adjoint	6
Décision n° 363/2013 du 23 Juillet 2013 M. Bastien RIPERT, Chef de Cabinet	8

DIRECTIONS FONCTIONNELLES

Décision n° 364/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Florence ARNOUX-LIOGIER, Directeur de la Stratégie et des Partenariats	10
Décision n° 365/2013 du 23 Juillet 2013 M. Serge BORSA, Directeur des Ressources Humaines et du Projet Social	12
Décision n° 366/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Nicole CHEVALIER, Coordonnateur Général des Soins	14
Décision n° 403/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Anne DECQ-GARCIA, Directeur en charge de la Qualité de l'Organisation	16
Décision n° 367/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Carine DELANOE-VIEUX, Chef du Projet Culturel	18
Décision n° 368/2013 du 23 Juillet 2013 M. Renaud DE LAUBIER, Directeur des Affaires Juridiques	20
Décision n° 369/2013 du 23 Juillet 2013 M. Christophe GOT, Directeur des Affaires Financières	22
Décision n° 370/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Magali GUERDER, Directeur de la Direction Médico-Technique et des Equipements Biomédicaux	24
Décision n° 371/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Jennifer HUGUENIN, Directeur de l'Audit Interne	26
Décision n° 372/2013 du 23 Juillet 2013 M. Loïc MONDOLONI, Directeur des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation	28
Décision n° 373/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Claire MOPIN, Directeur des Services Economiques et de la Logistique	30

Décision n° 374/2013 du 23 Juillet 2013 M. Daniel PANTALACCI, Directeur de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Clientèle	32
Décision n° 361/2013 du 16 Juillet 2013 Mme Caroline PERAGUT, Technicien Supérieur Hospitalier, Responsable du Service Communication	34
Décision n° 375/2013 du 23 Juillet 2013 M. Olivier PONTIES, Directeur du Contrôle de Gestion	36
Décision n° 376/2013 du 23 Juillet 2013 M. Olivier PONTIES, Directeur par intérim de la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation	38
Décision n° 377/2013 du 23 Juillet 2013 M. Christian-René ROSSI, Directeur des Affaires Internationales et des Cultes	40
Décision n° 378/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Monique SORRENTINO, Directeur en charge du Pôle Performance	42
Décision n° 379/2013 du 23 Juillet 2013 M. Sébastien VIAL, Directeur des Travaux et des Services Techniques	44
Décision n° 380/2013 du 23 Juillet 2013 M. François-Jérôme AUBERT, Directeur Adjoint – Direction des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation	46
Décision n° 381/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Véronique CHARDON, Directeur Adjoint – Direction des Ressources Humaines et du Projet Social	48
Décision n° 382/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Christiane COUTURIER, Directeur Adjoint – Direction Médico-Technique et des Equipements Biomédicaux	50
Décision n° 383/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Jeanne DE POULPIQUET, Directeur Adjoint – Direction des Services Economiques et de la Logistique	52
Décision n° 384/2013 du 23 Juillet 2013 M. Olivier FOGLIETTA, Directeur Adjoint – Direction des Ressources Humaines et du Projet Social	54
Décision n° 385/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Martine GUEDJ, Directeur Adjoint – Direction des Ressources Humaines et du Projet Social	56
Décision n° 386/2013 du 23 Juillet 2013 M. Anthony VALDEZ, Directeur Adjoint – Direction des Affaires Financières	58
<u>DIRECTIONS DE SITES</u>	
Décision n° 387/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Michèle DAMON, Directeur du Groupe Hospitalier de la Timone Adultes Et Enfants	60
Décision n° 388/2013 du 23 Juillet 2013 M. Gilles HALIMI, Directeur de l'Hôpital Nord	62
Décision n° 389/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Catherine MICHELANGELI, Directeur de l'Hôpital de la Conception	64
Décision n° 390/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Laurence MILLIAT, Directeur des Hôpitaux Sud	66
Décision n° 391/2013 du 23 Juillet 2013 M. Philippe CHOSSAT, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	68

Décision n° 392/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Sandrine COTTON, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	70
Décision n° 393/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Elisabeth COULOMB, Directeur Adjoint - Hôpitaux Sud	72
Décision n° 394/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Isabelle FABRIS, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	74
Décision n° 395/2013 du 23 Juillet 2013 M. Maurice GAUTIER, Directeur Adjoint – Hôpitaux Sud	76
Décision n° 396/2013 du 23 Juillet 2013 M. Mathieu MONIER, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	78
Décision n° 397/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Hélène OLIVIER, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	80
Décision n° 398/2013 du 23 Juillet 2013 M. Alain PARIS-ZUCCONI, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	82
Décision n° 399/2013 du 23 Juillet 2013 M. Jean-Michel REVEST, Directeur Adjoint – Hôpital Nord	84
Décision n° 400/2013 du 23 Juillet 2013 M. Didier STINGRE, Directeur Adjoint – Hôpital de la Conception	86
Décision n° 401/2013 du 23 Juillet 2013 Mme Hélène VEUILLET, Directeur Adjoint – Groupe Hospitalier de la Timone Adultes et Enfants	88

ANNEXE 2: PRESENTATION DES OBJECTIFS DU NOUVEAU DIRECTEUR DE L'AP-HM

Objectifs de l'AP-HM

Donner sens, efficacité, fierté et
crédibilité à notre action collective
de service public hospitalier

Conseil de surveillance du 14 juin 2013
Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
Jean-Jacques ROMATET Directeur Général

Objectifs

- ▶ 1- Trouver durablement notre équilibre de fonctionnement par des mesures structurelles
- ▶ 2- Mener à bien les grands chantiers en cours et rendre irréversibles les projets indispensables
- ▶ 3- Construire nos relations avec les usagers et nos personnels et repenser nos organisations pour améliorer la qualité, la sécurité du service et notre attractivité
- ▶ 4- Potentialiser encore notre recherche/innovation
- ▶ 5- Nous ouvrir davantage à notre environnement pour jouer notre rôle de CHU et assurer notre avenir
- ▶ 6- Asseoir les fondamentaux du management en nous dotant des outils et des compétences pour agir ensemble et en profondeur

1- Trouver durablement notre équilibre de fonctionnement par des mesures structurelles

- ▶ Se donner l'objectif et les moyens d'un retour à l'équilibre fin 2014 et d'une réduction progressive et programmée du déficit cumulé en augmentant notre capacité d'autofinancement
- ▶ Intensifier notre effort de rentrée des recettes, codage, DMS, en réduisant les pertes d'activité
- ▶ Identifier les économies et les réorganisations possibles à court terme pour éviter une aggravation de la situation et conserver les recrutements indispensables à notre mission de soins.
- ▶ Appliquer strictement les injonctions et recommandations de la CRC et de l'IGAS
- ▶ Construire notre tableau des effectifs avec méthode et équité et se doter de pools de remplacement sur chaque site pour éviter les ruptures d'activité
- ▶ Réduire progressivement les coûts de fonctionnement administratif et logistique (22 à 19 % comme dans la moyenne des CHU): par ex, bio-nettoyage, approvisionnement après la PFL et redéployer les moyens au bénéfice de la qualité des soins
- ▶ Continuer partout, comme le prévoit déjà le projet médical, d'adapter nos organisations (tailles des unités, regroupements, mutualisations notamment)
- ▶ Amplifier la valorisation de nos actifs (immeubles, équipements) matériels et immatériels et rechercher des financements nouveaux (dons et legs par un fonds de dotation)
- ▶ Mettre l'accent sur la nécessité de retrouver des relations de travail construites sur plus d'écoute, de transparence mais aussi de rigueur et de respect. Actions spécifiques brancardage, bio-nettoyage
- ▶ Promouvoir la pertinence des soins et des prises en charge et l'inclure par des exemples concrets dans les contrats de pôle et les micro-contrats

2- Mener à bien les grands chantiers en cours et rendre irréversibles les projets indispensables

- ▶ Se doter d'une organisation de conduite de projet permettant la réussite de l'ouverture du BMT, les opérations qui en découlent en application du projet médical et l'accompagnement de l'IHU
- ▶ Se donner toutes les chances de réussir le projet maternité-centre et d'obtenir une aide de l'Etat qui nous aidera à recapitaliser l'APHM
- ▶ Organiser l'enchaînement des projets sous leurs différents aspects
- ▶ Donner la dernière touche au projet médical volontariste en complétant les aspects fragiles de notre organisation: organisation du CHU pour répondre aux urgences, virage ambulatoire, insuffisance de l'offre de gériatrie et de SSR
- ▶ Relancer le dossier du bio-génopôle en regroupant les plateformes, en assurant notre compétitivité, tant de routine que de recours
- ▶ Aller au bout d'un schéma directeur encore non finalisé, l'articuler au projet médical et le coordonner avec nos capacités d'investissement
- ▶ Remettre l'Hôpital Nord et surtout la Timone en conformité avec la réglementation incendie
- ▶ Revoir en profondeur très vite l'organisation et le stockage des archives
- ▶ Programmer annuellement, et s'y tenir, la remise en état progressive de notre hôtellerie sur Nord, Timoné et Conception, souvent inacceptable
- ▶ Après audit de la DSIO, réussir notre DPI et le système d'information décisionnel

3- Construire nos relations avec les usagers et repenser nos organisations pour améliorer qualité du service, qualité de vie au travail et attractivité

- ▶ Oser penser autrement pour mettre le levain du changement au sein de nos organisations et accepter de se laisser transformer
- ▶ Mettre partout en valeur la recherche de la qualité et la sécurité du service rendu au malade en commençant par ses aspects les plus élémentaires
- ▶ Confier la CRUCQ à un représentant des usagers et lui donner un relais actif dans chaque site
- ▶ Définir la politique qualité de l'hôtellerie hospitalière (politique d'entretien des locaux, restauration, accès à la télévision et à internet, régime particulier...)
- ▶ Evaluer et repenser tous nos mécanismes d'accueil physique et téléphonique, des BE aux prises de RV, en passant par les relations avec nos correspondants
- ▶ Porter l'effort sur les organisations: blocs, secrétariats, chemins cliniques post-urgences notamment, brancardage, évaluer et suivre les délais d'obtention des consultations externes
- ▶ Garantir l'accès de nos sites hospitaliers
- ▶ Repenser notre politique de communication pour expliquer les chantiers à mener et faire vivre les relations avec nos équipes
- ▶ Favoriser le travail d'échange avec nos cadres en supprimant les injonctions paradoxales et en animant la relation direction/cadres et cadres/direction
- ▶ Travailler les organisations pour promouvoir « le travail bien fait », le respect des référentiels professionnels et mutuellement de l'encadrement et des personnels et la fierté d'être un professionnel de l'APHM au service des malades

4- Potentialiser notre recherche/innovation

- ▶ Après l'audit de la DRCI, réorganiser la direction de la recherche pour la mettre au service des équipes de recherche
- ▶ Donner à la délégation à la recherche clinique les moyens de dynamiser notre recherche: appels à projets pour CHU promoteur, bourses
- ▶ Faciliter les projets d'innovation avec une vraie évaluation médico-économique
- ▶ Jouer tout notre rôle dans la délégation interrégionale
- ▶ Redonner vie au CRBSP pour construire une politique concertée de recherche et d'innovation
- ▶ Tirer profit du projet IHU pour évaluer l'intérêt des DHU et préparer si nécessaire un appel d'offres interne
- ▶ Intensifier notre soutien à la recherche soignante
- ▶ Dynamiser la valorisation de nos projets de recherche et renforcer la sécurité et la protection juridique des droits et intérêts des investigateurs
- ▶ Assurer la sanctuarisation des crédits recherche, garantir la transparence pour chaque investigateur et pour les pôles des modalités de financement de la recherche
- ▶ Construire le volet R et I des contrats de pôles

5- Nous ouvrir davantage à notre environnement pour jouer notre rôle de CHR et U et assurer notre avenir

- ▶ Donner toutes les chances de réussite au projet de santé publique de Nord porteur d'initiative et de sens
- ▶ Donner toutes les chances de réussite à notre projet de territoire avec Aubagne et Martigues; densifier nos relations avec Lavéran, Montolivet, Allauch
- ▶ Rechercher des partenariats significatifs avec St Joseph et autres
- ▶ S'engager dans la relation avec le domicile (plateformes de maladies chroniques, esanté)
- ▶ Se donner encore mieux les moyens de l'animation de la politique de santé sur Marseille en lien avec l'ARS
- ▶ Aller au bout d'une coopération structurée avec l'IPC tout en donnant la visibilité voulue à notre cancérologie
- ▶ Donner une dimension opérationnelle aux travaux menés avec les hôpitaux de la périphérie et chercher à nouer des relations construites avec Aix en s'inscrivant dans la démarche de métropole
- ▶ S'ouvrir à la coopération avec la région, en favorisant notamment une gestion prévisionnelle des effectifs médicaux en lien avec la Faculté, les CHG et la FHR
- ▶ Devenir un acteur incontournable de la politique méditerranéenne dans une orientation de relations internationales à reconstruire

6- Les outils et les compétences pour agir ensemble et en profondeur

- ▶ 1- Partager un diagnostic lucide et régulier, construire une culture de la gestion de projet à partir de la critique de l'existant, de l'évaluation et du ROI qui doivent irriguer chaque projet nouveau
- ▶ 2- Assurer définitivement les relations de partenariat entre DIM, DAF et contrôle de gestion
- ▶ 3-Tirer profit de la certification des comptes pour revoir de nombreux processus de gestion à parfaire
- ▶ 3- Arrêter clairement notre politique de décentralisation; et se doter des outils et des méthodes adaptées au management décentralisé par pôles, en redéfinissant un guide de gestion clarifiant les rôles de chacun (sites, pôles, services)
- ▶ 4- Créer les conditions d'un grand effort de culture qualité et de gestion des risques en commençant par la vérification dans les services de tous les « fondamentaux » du soin, de l'accueil, de l'information et l'articulation risques/qualité
- ▶ 5- Se doter des indispensables compétences en organisation (blocs opératoires, B.Entrées, secrétariats médicaux, bionettoyage, etc)
- ▶ 6- Fonder la politique RH sur des bases totalement revues en veillant au respect de la réglementation, sous tous aspects et en retrouvant un équilibre de notre tableau des effectifs
- ▶ 7- Mettre notre direction de la communication au service de la politique de relation avec les usagers et avec nos personnels
- ▶ 8- Auditer nos achats, les réorganiser selon les recommandations et faire la chasse aux coûts beaucoup trop élevés de notre sous-traitance
- ▶ 9- Se doter des coordinations de projet et des sites qui nous font défaut
- ▶ 10- Solidifier les deux volets de notre gouvernance: DG/CME et CHU/Université garants de notre réussite

En synthèse

- ▶ Le travail à mener est considérable, il est l'affaire de tous, élus, médecins, cadres, syndicats et il nécessite, pour réussir, un dispositif de pilotage partagé et performant.

- ▶ Sans mobilisation très large sur le sens de notre action,
sans la confiance, le travail et les objectifs partagés avec la communauté médicale
Sans remise en question de plusieurs dysfonctionnements graves et porteurs de risques et de non qualité,
Sans clarification des rôles et des objectifs notamment dans les pôles
Sans outils et compétences adaptés
Sans transparence, évaluation rigoureuse et équité,
sans un effort d'organisation de grande ampleur,
sans la confiance de nos tutelles sur notre projet d'établissement
retomber dans les difficultés passées et un nouveau plan social serait inévitable

- ▶ **Mais notre grand potentiel médical, le sentiment d'appartenance et la motivation de beaucoup de nos équipes sont nos grands atouts**

- ▶ Et les conditions pour enclencher un cercle vertueux peuvent être durablement rassemblées pour retrouver notre équilibre et notre autonomie
et donner à l'AP-HM et à ses personnels la place et la reconnaissance qu'ils méritent

ANNEXE 3: NOTE RELATIVE AUX ARCHIVES DE L'AP-HM

L'organisation au sein des sites n'est pas standardisée et chaque site définit sa propre politique d'archivage : à la Conception, l'organisation est centralisée et le logiciel SESAME est utilisé. Dans les autres sites existent des « archives tampons » dans les services et les archives sont ensuite conservées dans les sites, sur palettes. Le rythme d'archivage est très variable. La numération n'est réalisée que pour les clichés (PACS-Picture Archiving and Communication System- depuis 2007). Un règlement intérieur de ce service de 2011 ne décrit qu'un mode opératoire du fonctionnement des circuits, prenant acte des différentes organisations des sites, mais ne donne aucune consigne d'harmonisation.

Globalement il n'y a pas d'informatisation ni de réelle traçabilité, l'inventaire physique est effectué au fur et à mesure de l'archivage. Dans les services de soins, certains tiennent un suivi par tableur. Dans les sites tout repose sur le savoir faire des archivistes. La gestion est peu optimisée, la recherche est souvent longue et fastidieuse et pourtant plus de 2 000 demandes de dossiers sont adressées chaque jour soit plus de 250 000/an. Le taux de réponse est de l'ordre de 98% selon les déclarations du responsable, sans que ce chiffre puisse être confirmé par un suivi d'indicateur. Le nombre de dossiers en doublon est évalué à 400 000 dont seulement 30 000 ont pu être résolus par la cellule de l'identitovigilance. Le versement aux archives départementales fait l'objet d'un enregistrement sur registre et il est procédé à la destruction des dossiers par séries en fonction des Durées d'Utilisation Administrative (DUA) après accord des archives départementales.

ANNEXE 4: THÉMATIQUES TRANSVERSES

Synthèse du diagnostic – vue générale

Les travaux avec l'ensemble des pôles a permis d'identifier des thématiques transverses à fort enjeu

Thématique	Explication et enjeux
1/ Le dimensionnement, le management et la mutualisation des lits	Nécessaire optimisation de l'organisation des plateaux de soins, avec une vision transverse. La problématique est particulièrement prégnante sur la Timone avec l'ouverture du BMT ou même avant (pôle Cardio-Vasculaire, Cervico-facial par exemple)
2/ L'organisation des consultations et de l'accueil patient	Le parcours de consultations pour les patients est très complexe (image de l'institution) et mobilise des ressources très hétérogènes (enjeu économique), malgré les spécificités des ressources qui y sont employées.
3/ L'hôpital de jour et le lien avec l'imagerie	Les pôles évoquent un frein à la réalisation d'actes d'imagerie pour les patients hospitalisés de jour (réalisation des actes d'imagerie à l'extérieur).
4/ Organisation des blocs opératoires	Améliorer l' organisation opérationnelle des blocs opératoires pour améliorer leur taux d'occupation, leur taux d'ouverture, et limiter des freins à l'ambulatoire, en lien avec l'organisation de l'anesthésie
5/ L'amélioration du codage	Bien que déjà en cours et mené par le DIM, on constate des écarts surprenant de codage sur certains pôles, qui peuvent être résorbés
6/ L'organisation et la structuration des laboratoires	La structure des laboratoires nécessite à court et moyen terme d'être rationalisée, ainsi que la mise en place d'une véritable démarche d'optimisation des demandes d'analyses par les autres pôles
7/ Le travail en filières, notamment AVC	La maîtrise de la filière pour les prises en charges représentatives de l'institution, pour les pathologies transverses , doit permettre une meilleure qualité des soins tout en optimisant les ressources allouées. On peut notamment citer les filières AVC, Insuffisance cardiaque ou psychiatrie
8/ La gestion des partenariats	Chacun des pôles tente de mettre en place des partenariats avec des institutions extérieures, tant pour réguler l'afflux de patients, que pour assurer un recrutement adapté. La vision transverse n'est pas partagée par les pôles et peu de retour d'expérience, et d'évaluation de l'efficacité de ces partenariats ne semblent être réalisés
9/ L'aval et les alternatives à l'hospitalisation	Le manque de prise en compte de l'aval est une des raisons de durées de séjours longues, notamment sur l'hôpital Nord. Deux problématiques peuvent être identifiées : l'amélioration de la sortie en SRR, et le développement d'alternatives à l'hospitalisation (SSIAD, HAD, etc...)

ANNEXE 5 : RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS RM 2012-131P DECEMBRE 2012

Liste des recommandations avec suivi

N°	Recommandations	Autorité responsable	Echéance	observations
I	<i>Recommandations relatives à la gestion des effectifs</i>			
1	Déterminer, dans le cadre des pôles, l'activité moyenne par praticien, pour la comparer, dans chaque discipline médicale, à la moyenne de celle constatée dans les CHU	Directeur Général	2013	En cours Responsabilité du DIM et de la DAM
2	Comparer la valeur moyenne d'un séjour, dans chaque spécialité médicale de l'AP-HM, à la valeur moyenne des mêmes spécialités de CHU comparables, afin de s'assurer de la validité du codage de l'activité	Directeur Général	Immédiate	En cours Responsabilité du DIM et de la DAM
3	Elaborer un plan pluri-annuel de réduction des accidents du travail, en lien avec le CHSCT	Directeur Général	2013	En cours Médecin du travail chef de projet
4	Envisager de constituer une équipe de suppléance interne, de préférence par site, financée par redéploiement d'une partie des crédits aujourd'hui consacrés au paiement du personnel intérimaire et des heures supplémentaires	Directeur Général	2013	En cours. Les 40 postes prévus sont en phase de recrutement
5	Définir, de manière urgente, l'organisation des services du bâtiment médico-technique de la Timone, ainsi que les effectifs correspondants	Directeur Général	Immédiate	Non fourni à la mission
II	<i>Recommandations relatives aux rémunérations</i>			
6	Réduire dans la mesure du possible le nombre de lignes d'astreintes	Directeur Général-Président de CME	2013	En cours. Une douzaine de lignes d'astreinte déjà supprimées
7	Augmenter le nombre de personnels participant à chaque ligne d'astreintes, au besoin en accompagnant cette mesure par des formations adaptées tendant à une plus grande polyvalence des agents concernés	Directeur Général	2013	Non réalisé
8	Mettre fin au versement des primes spécifiques ou d'objectif aux personnels contractuels	Directeur Général	Immédiate	En cours En attente d'une réponse de la direction des affaires juridiques
9	Demander au Conseil d'Etat une analyse juridique de la légalité de la distinction entre part fixe et part variable dans la rémunération des personnels contractuels de droit public	DGOS	2013	Demande faite, réponse non parvenue

10	Poursuivre les contrôles d'attribution de la nouvelle bonification indiciaire et les étendre à d'autres catégories de personnels	Directeur Général	2013	Réalisé
11	Planifier le contrôle des indemnités liées à l'activité, en lien avec le receveur	Directeur Général	2013	En cours. A terminer avant le 31 12 2013
12	Etudier une évolution de la réglementation applicable à la fonction publique hospitalière, en augmentant le plafond d'heures supplémentaires pour les personnels soignants à 25 heures par mois et par agent, à l'instar du régime applicable dans la fonction publique d'Etat ou dans la fonction publique territoriale	DGOS	2013	A faire
13	Limiter à des situations exceptionnelles le recours au temps de travail additionnel	Directeur Général Président de CME	Immédiate	Compétence de la DAM
14	Soumettre au contrôle des commissions d'activité libérale le principe d'égalité d'accès aux soins, privés et publics, pour un même praticien ayant signé un contrat d'activité libérale	Directeur Général- Président de CME	Immédiate	Compétence de la DAM
III	Recommandations relatives à l'organisation de la fonction « ressources humaines »			
15	Définir clairement la répartition de compétences entre les hauts dirigeants de l'AP-HM	Directeur Général	Immédiate	réalisé
16	Stabiliser la fonction de directeur des ressources humaines	Directeur Général	Immédiate	réalisé
17	Revoir la structuration de la direction des ressources humaines en y intégrant la direction de la formation et des instituts de formations et la CLASMO	Directeur Général	Immédiate	Réalisé
18	Poursuivre la réorganisation du processus de paye afin de le sécuriser, en veillant à une transmission exhaustive des pièces justificatives au comptable	Directeur Général	Immédiate	En cours. Voir le lien avec la certification des comptes
19	Préciser la répartition des compétences et les effectifs affectés à la DRH centrale et dans les bureaux de personnels de site afin de garantir la mise en place d'un dossier unique de l'agent et l'harmonisation des procédures entre les sites	Directeur Général	2013	En cours. Urgent
20	Elaborer un nouvel organigramme de la DRH précisant les responsables par secteurs ainsi que les liens fonctionnels et hiérarchiques des différents acteurs de la gestion des ressources humaines	Directeur Général	Immédiate	Réalisé
21	Elaborer et diffuser un guide méthodologique précisant les attributions des acteurs de la gestion des ressources humaines	Directeur Général	2013	En cours. Mieux situer le rôle du directeur de site.
22	Renforcer la coordination entre ressources humaines médicales et non médicales, assise sur une coopération plus forte entre le directeur général et le président de la CME	Directeur Général- Président de CME	2013	En cours (Cf. n° 68)
23	Inscrire au dialogue social une réflexion sur les conditions de développement de l'attractivité des métiers de soin	Directeur Général	Immédiate	En cours Pas de problème de recrutement.
24	Instaurer au sein du service ressources humaines une démarche durable de gestion prévisionnelle des métiers et compétences, et en faire un axe stratégique du dialogue social renoué	Directeur Général	2013	En cours
25	Inscrire au dialogue social les modalités d'une meilleure effectivité des remplacements pour départs	Directeur Général	Immédiate	Réalisé

	en études promotionnelles			
26	Systématiser le recrutement des agents en contrat à durée déterminée dans le cadre de commissions de recrutement	Directeur Général	Immédiate	Réalisé. Conséquences à documenter
27	Généraliser la définition de profils de postes et l'organisation de tests psychologiques au moment du recrutement	Directeur Général	2013	En cours. Recensement des fiches de poste en cours
28	Appliquer la date d'effet des avancements de grades au 1er janvier, conformément à l'article L821 du code de la santé publique	Directeur Général	Immédiate	Réalisé
29	Réaliser une étude comparative des modalités d'avancement d'échelons de l'AP-HM et de celles en vigueur dans les autres CHU	Directeur Général	2013	Fait. Document à fournir.
30	Améliorer l'évaluation des agents, en développant les fiches de postes et la formalisation des objectifs	Directeur Général	2013	Non réalisé
31	Réactiver une procédure disciplinaire tombée en désuétude	Directeur Général	2013	Réalisé. Activité non documentée
32	Atteindre l'exhaustivité des personnels gérés par le logiciel de gestion du temps de travail AGILE TIME	Directeur Général	2013	Réalisé
33	Finaliser la livraison d'outils d'aide à la décision dans le domaine des ressources humaines	Directeur Général	2013	En cours
34	Revenir à une application stricte de la réglementation en matière de droits à congés annuels	Directeur Général	Immédiate	Non réalisé
35	Réviser l'accord RTT de 2002, en concertation avec les partenaires sociaux, et dans le cadre d'un respect global de la réglementation	Directeur Général	2013	Non réalisé
36	Favoriser la rémunération de jours RTT, par reprise sur la provision réglementaire, dès la parution du décret relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière	Directeur Général		Réalisé
37	Augmenter la provision relative aux comptes épargne temps, en anticipant les exigences de la certification des comptes	Directeur Général	2013	En cours. Modalités de calcul à fournir
38	Tendre à une meilleure application de la réglementation relative à la durée du travail, et assurer un meilleur respect des plannings de travail	Directeur Général	2013	En cours. Pb du temps de repas non résolu
39	Veiller à un respect de la durée maximale des astreintes dans l'ensemble des secteurs de l'établissement, en poursuivant les contrôles d'opportunité réalisés conjointement par la direction des ressources humaines et le receveur	Directeur Général	Immédiate	Réalisé. Action récurrente
IV	Recommandations relatives à l'organisation du dialogue social			
40	Assurer une présidence personnelle par le directeur général du CTE sur les sujets à enjeu	Directeur Général	Immédiate	A documenter
41	Conforter la démarche d'évaluation des risques, assurer la mise à jour régulière du document unique et le suivi par les instances représentatives du plan d'action afférent	Directeur Général	2013	En cours
42	Respecter les obligations réglementaires en matière d'établissement, pour chaque agent concerné, des attestations d'exposition aux agents chimiques dangereux puis de la fiche de prévention des expositions à certains risques professionnel	Directeur Général	Immédiate	En cours
43	Garantir le respect des dispositions légales en invitant l'ensemble des organisations syndicales représentatives aux réunions de dialogue social	Directeur Général	Immédiate	Réalisé, mais à maintenir de manière permanente

44	Etablir et afficher une répartition claire des rôles entre secrétaire général et DRHPS sur la conduite technique du dialogue social et garantir personnellement sa conduite politique	Directeur Général	Immédiate	Réalisé. Recrutement d'un DGA
45	Veiller, dans la recherche des solutions négociées, à respecter les dispositions réglementaires applicables	Directeur Général	Immédiate	En cours

ANNEXE 6 : EXTRAIT DU RAPPORT PUBLIC 2012 DE LA COUR DES COMPTES

L'autonomie laissée aux établissements publics de santé en matière de choix informatiques n'est pas sans risque dans la mesure où l'hôpital, donc l'assurance-maladie, finance un dispositif dont les enjeux financiers sont importants, sans que soient bien identifiées les procédures de prise de décision et d'évaluation.

L'échec de la mise en place du dossier patient informatisé à l'APHM illustre les difficultés rencontrées par le troisième CHU de France pour informatiser la prise en charge médicale et administrative des patients : périmètre trop ambitieux, faiblesse des équipes informatiques, recours à une société sans expérience du système français.

Cette problématique est commune à de nombreux hôpitaux qui recherchent, à travers un tel système d'information, une amélioration de la coordination des soins, une meilleure gestion de la tarification et une maîtrise plus efficiente des différentes phases du séjour hospitalier.

La Cour recommande donc :

- 1. à l'établissement de solliciter à l'avenir, pour ses projets informatiques les plus importants, l'expertise nécessaire à l'analyse et à la définition des besoins, en particulier auprès des agences créées pour soutenir et accompagner les projets informatiques hospitaliers, notamment l'ANAP et l'ASIP Santé ;*
- 2. aux autorités de tutelle, la DGOS et l'ARS, de mettre en œuvre prioritairement un suivi stratégique effectif des projets informatiques hospitaliers et de subordonner les financements octroyés au titre des plans Hôpital 2007 et 2012 à une analyse préalable argumentée et à une évaluation des réalisations déjà engagées ;*
- 3. à la DGOS d'étudier la possibilité de confier à un opérateur unique la maîtrise d'ouvrage de projets hospitaliers complexes d'informatisation médicale.*

ANNEXE 7 : EXTRAIT DU RAPPORT DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES RELATIF AU DPI

Objet et physionomie du marché

Le marché a pour objet « *l'acquisition de matériels, logiciels, prestations de service et maintenance pour la mise en œuvre d'un système de gestion des données patients informatisées* ».

Le terme « prestations de service » dans l'objet du marché manque de précision, ce qui a généré bien des déboires lors de la réception du logiciel.

Le marché se décompose en cinq phases distinctes : une phase de préparation et de cadrage (phase 0) et quatre phases de déploiement réparties en 7 chantiers et 31 modules :

- Phase 1: alimentation du dossier médical basée sur l'existant ; processus d'identification et de localisation du patient ; reporting (PMSI, T2A) pour l'ensemble des spécialités et outils permettant le recueil des informations nécessaires à la T2A ; processus de gestion des données administratives et facturation.
- phase 2 : processus de gestion des programmes de bloc opératoire ; comptes rendus d'activité d'hospitalisation et de consultation ; processus de prescription d'actes médicaux et d'analyses de laboratoire.
- phase 3 : processus de prescription, dispensation et administration de médicaments ; prescription d'actes paramédicaux.
- phase 4 : dictée numérique ; déploiement et maintenance de l'infrastructure technique.

ANNEXE 8 : SUIVI DES PROVISIONS

ELEMENTS CLES SUR LES PROVISIONS		
Provisions pour risques et charges		
<p>Passifs <u>certain</u>s dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise.</p>		
<p>3 conditions cumulatives :</p>	<p>1/ Il existe une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement vis-à-vis d'un tiers</p> <p>2/ Il est certain ou probable qu'elle entraînera une sortie de ressources au profit de ce tiers, sans contrepartie au moins équivalente attendue de celui-ci</p> <p>3/ La sortie de ressources peut être estimée de manière fiable</p>	
<p>Différence entre provisions pour charges et charges à payer :</p>	<p>Les charges dont l'échéance ou le montant sont précis ne doivent pas être comptabilisées comme une provision mais comme une dette, via le procédé comptable des charges à payer. Celles qui se rapportent à plusieurs exercices doivent être comptabilisées comme des charges constatées d'avance. Seules doivent être provisionnées les charges qui entraînent une sortie probable ou certaine de ressources sans contrepartie équivalente et sans que leur échéance ou leur montant puissent être fixés de manière précise.</p>	
<p>Différentes catégories de provisions pour risques et charges</p>	<p>provisions pour risques (c/151)</p>	<p>provisions pour litiges (c/1511)</p> <p>provisions pour pertes de change (c/1515)</p> <p>autres provisions pour risques (c/1518)</p>
	<p>provisions pour risques et charges sur emprunts structurés (c/ 152 créé à compter de janvier 2013)</p>	
	<p>provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices (c/157)</p>	<p>provisions pour gros entretien ou grandes révisions (c/1572)</p>
	<p>autres provisions pour charges (c/158)</p>	
Définition de la provision réglementée		
<p>Provisions qui ne correspondent pas à l'objet normal d'une provision. Elles sont comptabilisées en application de dispositions législatives ou réglementaires. Elles peuvent, par dérogation au règles du plan comptable général, avoir le caractère de réserves.</p>		

3 types de provisions réglementées :	provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisations (c/142)	
	provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET (c/143)	
	provisions réglementées pour propre assureur (c/144)	responsabilité civile (c/1441)
		autres (c/1448)
Enjeux pour la certification des comptes		
Point d'attention majeur des certificateurs compte tenu des enjeux financiers significatifs et de l'utilisation des provisions à des fins de pilotage budgétaire		
Le directeur et le comptable doivent donc dès 2012 :	lister les montants provisionnés à tort au regard de la nomenclature de la M21	
	s'assurer de la correcte évaluation des sommes provisionnées, en lien avec les services gestionnaires responsables	
	réunir les pièces justificatives à l'appui de chaque provision et les faire figurer au dossier permanent sur le suivi des provisions	
	constituer un dossier de révision spécifique permettant de justifier chacune des écritures correctives qui seront passés par situation nette	
Documents de référence		
M21		
Référentiel DGFIP sur les provisions en cours de finalisation		

Comptes Prov	LB source de l'écriture	PROVISIONS	Gestionnaire	SOLDE 2011	REPRIS ES 2012	Provisions 2012	SOLDE 2012	SOLDE 2013	SOLDE 2014	SOLDE 2015	SOLDE 2016	SOLDE 2017
14		PROVISIONS REGLEMENTEES		48 439 938,27	6 803 878,27	8 836 352	50 472 412	50 472 412	50 472 412	50 472 412	50 472 412	50 472 412
142		Renouvellement d'immobilisations		39 103 878,27	6 803 878,27	5 063 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044	37 363 044
143		Charges de personnel liées au CET		9 336 060,00	-	3 773 308	13 109 368	13 109 368	13 109 368	13 109 368	13 109 368	13 109 368
144		Propre assureur		-	-	-	-	-	-	-	-	-
151		PROVISIONS POUR RISQUES		22 076 723,12	14 721 78,12	2 344 188	9 698 933	9 698 933	9 698 933	9 698 933	9 698 933	9 698 933
1511		Litiges		11 129 371,87	9 129 371,87	1 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158	3 219 158
1515		Pertes de change		-	-	-	-	-	-	-	-	-
1518		Autres provisions pour risques		10 947 351,25	5 592 606,25	1 125 030	6 479 775	6 479 775	6 479 775	6 479 775	6 479 775	6 479 775
152		PROVISIONS POUR RISQUES SUR EMPRUNTS STRUCTURES		-	-	-	-	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700
152	H	Risque de taux sur emprunts Hors Charte	DAF				-	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700	7 132 700
157		PROVISIONS POUR CHARGES A REPARTIR		-	-	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000
1572		Gros entretien ou grandes révisions		-	-	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000	6 469 000
158		AUTRES PROVISIONS POUR CHARGES		1 708 68,00	1 708 868,00	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962	3 299 962
		PROVISIONS POUR DEPRECIATIONS		1 000 00,00	1 000 000,00	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349
29		Dépréciation des immobilisations		-	-	-	-	-	-	-	-	-
39		Dépréciation des stocks et en-cours		-	-	-	-	-	-	-	-	-
							-	-	-	-	-	-
							-	-	-	-	-	-

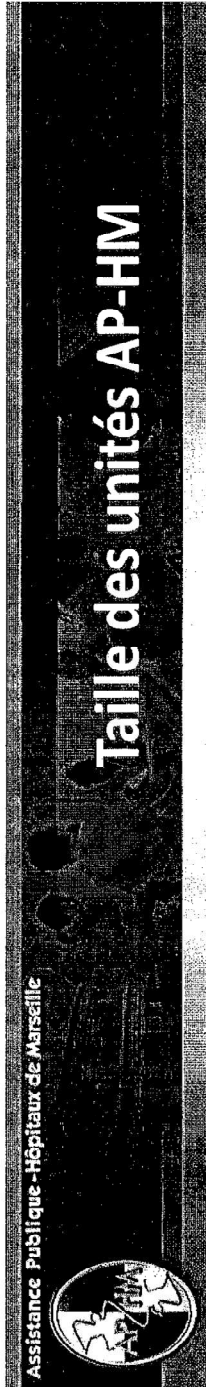
49		Dépréciation des comptes de tiers		1 000 000,00	1 000 000,00	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349	7 090 349
491	H	Dépréciation des comptes de redevables	DAF	1 000 000,00	1 000 000,00	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349	5 590 349
496	H	Dépréciation des comptes de débiteurs divers	DAF	-	-	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
496	H	Algérie - Créances sur organismes et Etat	DAF	-	-	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
496	H	Autres créances dans Etats tiers	DAF	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59		Dépréciation des comptes financiers		-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL				73 225 529,39	24 234 724,39	28 039 851,00€	77 030 656,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €	84 163 356,00 €
Evolution N/N-1							3 805 126,61 €	7 132 700,00 €	- €	- €	- €	- €

ANNEXE 9 : EVOLUTION DES CHARGES DE PERSONNEL DE 2010 A 2012

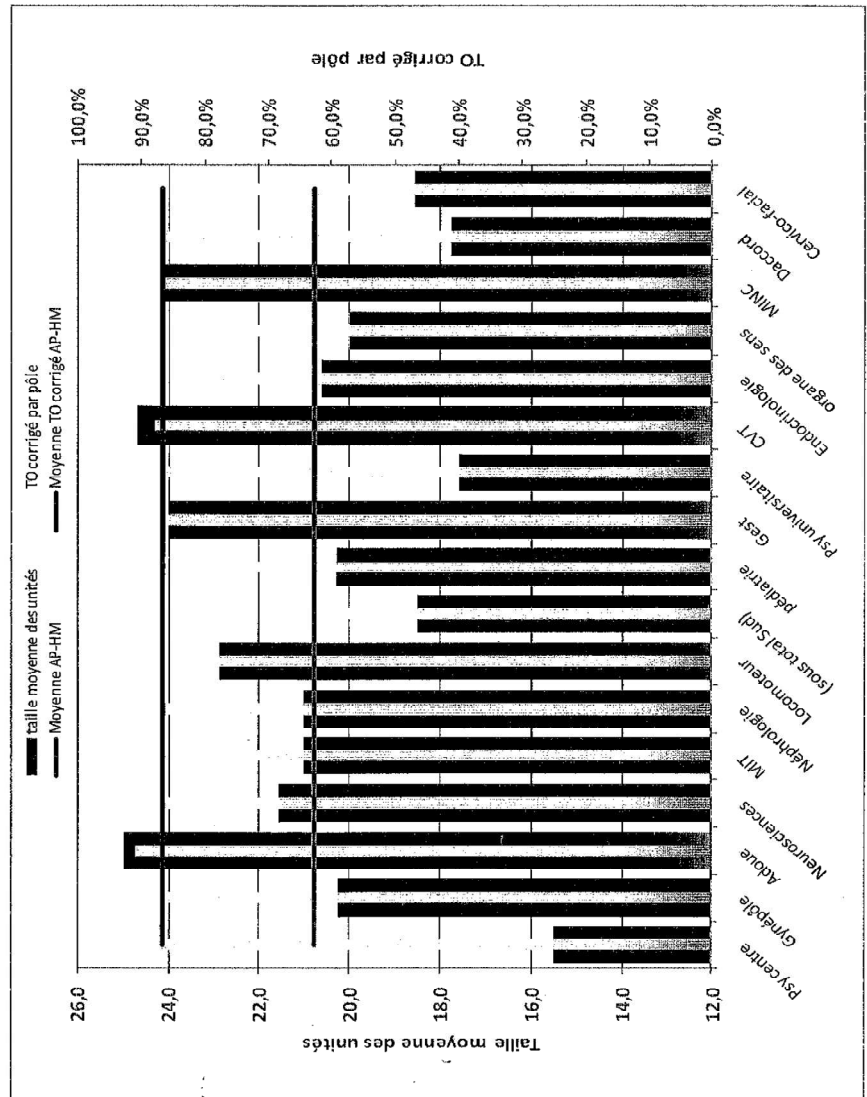
En €	2010	2011	2012	Variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Total titre 1	11 440 661	716 570 603	723 706 594	5 129 943	0,7%	7 135 991	1,0%	12 265 933	1,7%
Charges de personnel									
Personnel extérieur à l'établissement	6 587 716	6 432 014	6 618 355	-155 702	-2,4%	186 341	4,5%	30 639	0,5%
Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations	66 794 314	7 457 326	67 911 636	663 011	1,0%	454 310	,7%	1 117 322	1,7%
Rémunérations du personnel non médical (autres)	2 117 661	1 359 035	1 024 546	-758 627	-35,8%	-334 489	-2,0%	-1 093 115	-51,6%
Personnel titulaire et stagiaire	326 812 700	333 050 521	336 333 223	6 237 821	1,9%	3 282 702	1,0%	9 520 523	2,9%
Personnel sous CDI	8 986 378	9 824 427	9 814 266	838 050	9,3%	-10 161	-0,1%	827 888	9,2%
Personnel sous CDD	17 345 139	13 465 736	12 403 182	-3 879 403	-22,4%	-1 062 554	-8,4%	-4 941 957	-28,5%
Rémunérations du personnel médical (autres)	36 067 413	36 879 395	37 870 040	811 983	2,3%	990 645	3,6%	1 802 627	5,0%
Praticiens temps plein et temps partiel	50 789 274	50 309 723	50 170 906	-479 551	-0,9%	-138 817	-0,3%	-618 368	-1,2%
Praticiens attachés renouvelables de droit	6 462 188	6 308 395	6 469 845	-153 793	-2,4%	161 450	2,4%	7 657	0,1%
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	10 996 430	12 905 115	12 959 541	1 908 685	17,4%	54 426	0,8%	1 963 111	17,9%
Permanences des soins	9 885 242	9 973 184	10 984 709	87 941	0,9%	1 011 525	6,7%	1 099 467	11,1%

Charges de sécurité sociale- personnel non médical	125 210 091	124 990 419	126 920 526	-219 672	-0,2%	1 930 107	1,5%	1 710 435	1,4%
Charges de sécurité sociale- personnel médical	29 338 287	31 060 198	32 209 559	1 721 911	5,9%	1 149 361	4,2%	2 871 272	9,8%
Autres charges sociales - personnel non médical	8 255 042	6 984 245	6 811 721	-1 270 797	-15,4%	-172 524	-2,4%	-1 443 321	-17,5%
Autres charges sociales - personnel médical	824 900	831 369	812 513	6 470	0,8%	-18 856	-1,9%	-12 387	-1,5%
Autres charges de personnel	4 967 887	4 739 501	4 392 026	-228 386	-4,6%	-347 475	-6,4%	-575 861	-11,6%
s/total charges PNM (yc charges SS)	471 381 871	476 208 647	480 904 282	4 826 776	1,0%	4 695 635	1,0%	9 522 411	2,0%
s/total charges PM (yc charges SS)	144 363 733	148 267 379	151 477 113	3 903 646	2,7%	3 209 734	2,4%	7 113 380	4,9%
Total des charges de personnel net des remboursements	702 297 707	708 568 896	714 949 743	6 271 189	0,9%	6 380 846	0,9%	12 652 036	1,8%

ANNEXE 10 : TAILLE DES UNITES AP-HM



Hors unités spécifiques Réa, SC, SI, HTCD) l'AP-HM dispose de 2516 lits en HC+HS répartis en 121 unités. La taille moyenne est de 20,6. Le taux d'occupation moyen corrigé est de 86,6%



ANNEXE 11 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE MEDICAL

En €	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 1 - Charges à caractère médical	234 353 972	239 798 408	250 909 946	5 444 436	2,3%	11 111 537	4,6%	16 555 974	7,1%
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical (hors liste en sus et rétrocession)	57 403 430	55 148 522	56 696 054	-2 254 907	-3,9%	1 547 532	2,8%	-707 375	-1,2%
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical (liste en sus et rétrocession)	51 670 776	53 108 185	55 304 984 ¹	1 437 409	2,8%	2 196 799	4,1%	3 634 208	7,0%
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique (hors liste en sus)	45 987 953	49 264 428	54 193 443	3 276 475	7,1%	4 929 015	10,0%	8 205 489	17,8%
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique (liste en sus)	22 470 743	22 072 732	21 354 350	-398 011	-1,8%	-718 382	-3,3%	-1 116 393	-5,0%
Fournitures médicales	33 715 622	36 695 938	38 590 179	2 980 316	8,8%	1 894 240	5,2%	4 874 557	14,5%
Sous-traitance générale	13 070 925	13 414 942	14 122 569	344 016	2,6%	707 627	5,3%	1 051 644	8,0%
Locations à caractère médical	99 459	74 595	511 464	-24 865	-25,0%	436 870	585,7%	412 005	414,2%
Entretiens et réparations de biens à caractère médical	9 935 063	10 019 066	10 136 903	84 003	0,8%	117 837	1,2%	201 839	2,0%
Titre 2 hors en liste en sus et rétrocession	160 212 453	164 617 491	174 250 612	4 405 038	2,7%	9 633 120	5,9%	14 038 159	8,8%

Source : Comptes financiers et rapports d'activité de l'AP HM

¹ Ce compte a été corrigé en fonction des erreurs d'imputations

ANNEXE 12 : EVOLUTION DES CHARGES A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL

En €	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	97 531 619	95 121 902	103 710 381	-2 409 717	-2,5%	8 588 479	9,0%	6 178 762	6,3%
Achats stockés ; autres approvisionnements	13 201 065	12 849 244	14 047 113	-351 822	-2,7%	1 197 869	9,3%	846 047	6,4%
Achats non stockés de matières et fournitures	19 925 045	19 419 559	20 088 759	-505 486	-2,5%	669 200	3,4%	163 713	0,8%
Services extérieurs	26 323 832	25 563 825	31 283 443	-760 007	-2,9%	5 719 618	22,4%	4 959 611	18,8%
Autres services extérieurs (hors Microsoft)	36 434 670	35 585 418	36 718 925	-849 252	-2,3%	1 133 507	3,2%	284 255	0,8%
Impôts, taxes et versements assimilés	233 501	148 180	224 733	-85 322	-36,5%	76 554	51,7%	-8 768	-3,8%
Autres charges (hors pertes sur créances irrécouvrables)	1 413 504	1 555 676	1 347 408	142 172	10,1%	-208 268	-13,4%	-66 096	-4,7%

Source : Comptes financiers et rapports d'activité de l'AP HM

ANNEXE 13 : EVOLUTION DE PRODUITS VERSES PAR L'ASSURANCE MALADIE

	2010	2011	2012	variation 2011/2010		variation 2012/2011		variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	935 303 474	931 294 898	959 650 240	-4 008 576	-0,4%	28 355 341	3,0%	24 346 765	2,6%
Produits de la tarification des séjours (hors LAMDA)	515 203 216	516 833 767	542 961 423	1 630 552	0,3%	26 127 656	5,1%	27 758 208	5,4%
Produits des médicaments facturés en sus des séjours	39 901 590	42 009 765	41 658 265	2 108 175	5,3%	-351 500	-0,8%	1 756 674	4,4%
Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	21 722 871	17 907 814	20 803 316	-3 815 057	-17,6%	2 895 501	16,2%	-919 556	-4,2%
Forfaits annuels	13 281 956	13 245 146	14 765 426	-36 810	-0,3%	1 520 280	11,5%	1 483 470	11,2%
Dotation annuelle de financement hors aide	53 843 749	55 778 082	55 486 563	1 934 333	3,6%	-291 519	-0,5%	1 642 814	3,1%
Dotations MIGAC hors aide	218 751 058	218 886 219	216 547 552	135 161	0,1%	-2 338 667	-1,1%	-2 203 506	-1,0%
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	58 392 235	61 356 692	61 215 138	2 964 456	5,1%	-141 553	-0,2%	2 822 903	4,8%
Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie (Lamda)	14 206 799	5 277 413	6 212 557	-8 929 386	-62,9%	935 144	17,7%	-7 994 242	-56,3%
Titre 1 hors LAMDA	921 096 675	926 017 485	953 437 683	4 920 810	0,5%	27 420 197	3,0%	32 341 007	3,5%

Source : Comptes financiers et rapports d'activité de l'AP HM

ANNEXE 14 : NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

Les MO/DMI et médicaments sous ATU génèrent une dépense d'environ 60 M€ par an pour l'AP-HM, soit 5% du budget total. Depuis la mise en place de la T2A, les MO et DMI sont remboursables en sus du séjour sur déclaration de la dispensation aux tutelles. Compte tenu de ce système de remboursement spécifique, les établissements ne devraient pas enregistrer de pertes budgétaires sur ce poste.

Pourtant, en 2012, un écart a été constaté entre les achats de MO/DMI enregistrés sur des comptes de classe 6 et les remboursements de MO/DMI en classe 7. Un premier écart facial de 11 460 551€ existe entre le montant total des achats sur les comptes concernés (73 917 127€) et le montant des remboursements (62 456 576€). Toutefois, ce montant doit être retraité de la vente au public qui fait l'objet d'une facturation distincte, même si les produits sont achetés sur les mêmes comptes. C'est ainsi que l'écart entre les achats hors VP (63 694 721€) et les remboursements (62 456 576€) s'élève à **1 238 145€** (compte financier 2012).

1

La présente note a ainsi pour objet d'établir, à la demande de la direction générale, un diagnostic chiffré sur le montant de ces écarts et d'identifier les principaux facteurs explicatifs. Elle s'inscrit dans le cadre d'une démarche plus globale d'analyse de la chaîne de remboursement des MO-DMI engagée fin 2012 qui pourrait justifier la mise en place d'un plan d'action propre à cette question.

1. UN PREMIER PROBLEME D'EXHAUSTIVITE ET DE FIABILITE COMPTABLE SE POSE CONCERNANT LE REFERENTIEL DES MO-DMI

Il s'agit de s'assurer, dans un objectif plus global de qualité comptable, que tous les produits inscrits sur les comptes des MO-DMI correspondent aux produits qui devraient y être inscrits si le référentiel national était parfaitement transposé en interne.

La reconstitution d'une base de données par ligne de produits, réalisée à partir du référentiel de l'ATIH, a permis d'identifier deux éléments qui interrogent le montant des dépenses inscrits en classe 6, et partant, l'exactitude de l'écart budgétaire constaté.

- Certains produits de MO-DMI ne sont pas imputés sur les comptes 602 121 ou 602 261 alors qu'ils le devraient au regard des référentiels nationaux et des dates de validité en cours ; le montant s'élève à 3 394 979€ et concerne principalement en 2012 deux molécules, le Myozyme et le Yondelis¹.
- A l'inverse, d'autres produits non typés MO/DMI suivant les référentiels sont inscrits sur les comptes sus mentionnés pour un montant de 652 771€.

⇒ Au final, **2 742 208€** d'achats de MO-DMI ne sont pas retracés dans les comptes adéquats, ce qui fausse la lecture du compte financier 2012 et minore le montant des achats constatés. Ce problème d'exhaustivité et de qualité comptable doit être résolu dans le cadre de la certification des comptes de l'institution, et plus particulièrement dans l'analyse des cycles achats et recettes.

2

¹ Toutefois, cette erreur d'imputation comptable n'engendre pas de pertes en recettes car ce n'est pas le compte qui conditionne la remontée des informations dans le PMSI via le Fichcomp mais le produit topé T2A dans Pharma et dans Cora. Il s'agit donc d'un problème d'imputation comptable.


NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

Proposition : engager un travail relatif à la gestion et à l'actualisation du référentiel des produits en interne : acteurs, procédures, changement d'imputation comptable en cours d'année et mise à jour des logiciels. Responsables : DSIO et Pôle Pharmacie (SCOP/SCQIP)


2. SOUS CES RESERVES, LES FACTEURS EXPLICATIFS DES ECARTS SONT MULTIPLES ET JUSTIFIENT L'ELABORATION D'UN PLAN D'ACTION DEDIE A CETTE QUESTION

Il est proposé de se fonder sur les montants d'achats et consommations reconstitués à partir du typage des produits selon les référentiels et non des montants inscrits dans les comptes, qui ne sont pas exhaustifs.


Les écarts sont de plusieurs natures :

 Un écart est tout d'abord constaté entre les achats (66 436 929€) et les consommations (65 404 707€), pour un montant de **1 032 222 €**. Cela signifie que des stocks sont réalisés sur certains MO-DMI.


Proposition : comprendre pourquoi du stock est constaté et identifier les produits concernés.
Responsable : Pôle pharmacie

 Un écart est ensuite constaté entre les consommations typées MO-DMI (65 404 707€) et les dépenses déclarées sur la plateforme (64 455 561€), pour un montant de **949 146€**. Deux éléments d'explications peuvent à ce stade être apportés : d'une part, certains MO/DMI sont délivrés à des patients qui ne relèvent pas d'une unité d'hospitalisation et donc d'un séjour et les produits concernés ne sont donc pas éligibles au remboursement ; d'autre part, le traitement des rejets CORA n'est peut être pas systématique.

Proposition : analyser les causes de la délivrance de MO-DMI à des patients non hospitalisés et affiner les données chiffrées sur ce point ; mettre en place une procédure de traitement des rejets CORA. Responsables : Pôle pharmacie - DIM/SSPIM - DSIO

 Par ailleurs, un écart de **1 062 060€** est constaté entre les dépenses déclarées sur la plateforme (64 455 561€) et les dépenses retenues pour le calcul du remboursement (ou dépenses au tarif de responsabilité = 63 393 501€). Deux explications sont possibles : le volume de MO-DMI délivrés à des patients non assurés sociaux d'une part, la remontée de produits MO-DMI non inscrits sur liste d'autre part.

Proposition : réaliser des requêtes spécifiques sur ces deux points pour valoriser les montants.
Responsables : DIM-DAF

 Enfin, un dernier écart de **936 925€** est constaté entre les dépenses retenues pour le calcul du remboursement (63 393 501€) et le montant perçu en remboursement (ou dépenses T2A accordées = 62 456 576€), ce qui interroge la politique d'achat des MO-DMI et principalement les cas dans lesquels les prix d'achat sont très supérieurs aux tarifs de responsabilité. Par ailleurs, il se peut que des tarifs soient mal déclarés, certaines anomalies

NOTE DE PROBLEMATIQUE SUR LA CHAINE DE REMBOURSEMENT DES MO-DMI

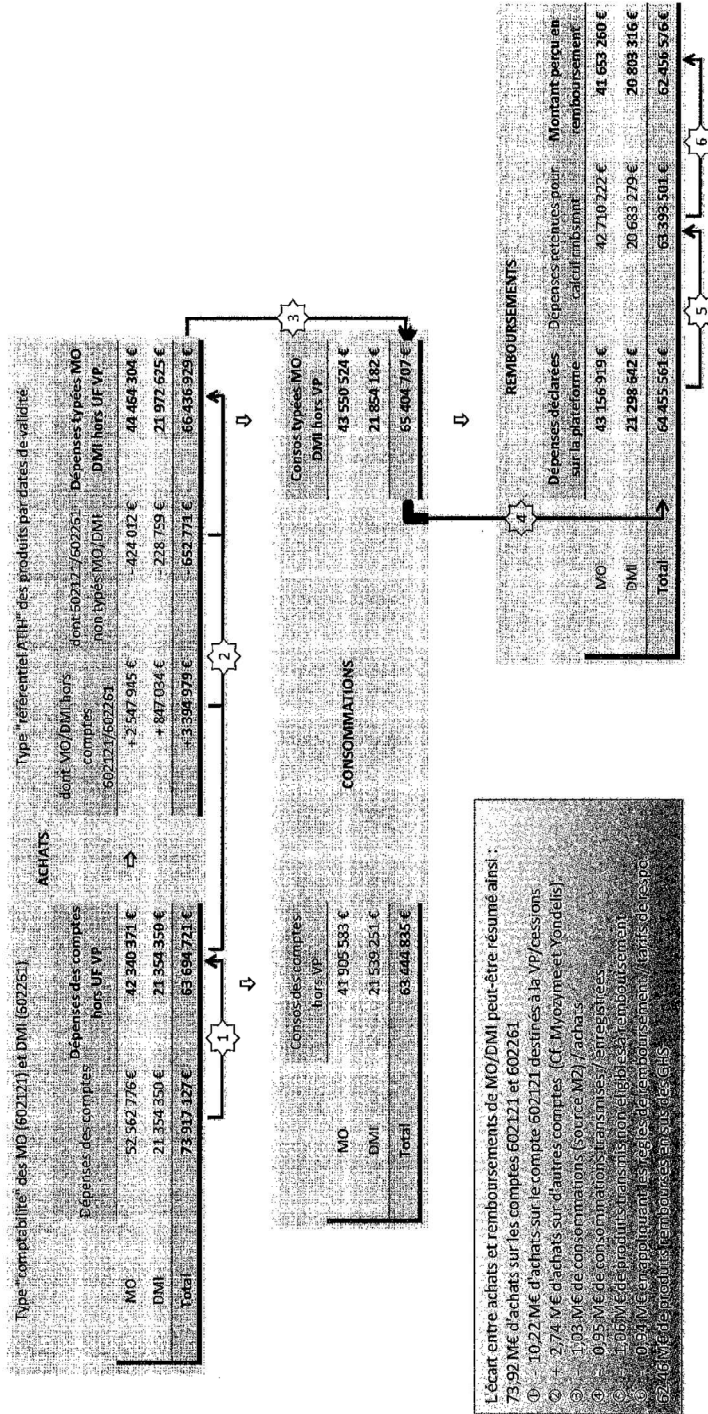
ayant été repérées en 2012 avec des écarts majeurs entre le prix d'achat et le montant remboursé².

Proposition : engager un travail sur la politique d'achat des MO DMI et les marchés engagés sur ces produits. Responsable : SCOP (en lien avec UniHa le cas échéant).

Cette note constitue une première étape de l'analyse qui démontre la nécessité d'engager un travail opérationnel sur la chaîne de remboursement des MO-DMI, dans la continuité de l'analyse réalisée fin 2012, impliquant l'ensemble des acteurs concernés (pôle pharmacie, DCG, DIM, DAF, DSIO), car un simple rapprochement des montants inscrits en classe 6 et en classe 7 au compte financier n'est pas de nature à retranscrire l'intégralité du problème.

² Exemple : code LPP 313 283 : prix unitaire : 7,45€, tarif LPP : 185,23€

Synthèse



L'écart entre achats et remboursements de MO/DMI peut être résumé ainsi :
 73,92 M€ d'achats sur les comptes 602121 et 602261
 ① 10,22 M€ d'achats sur le compte 602121 destinés à la VP/cessions
 ② 2,74 M€ d'achats sur d'autres comptes (Cf. Myozyme et Yondelis)
 ③ 1,03 M€ de consommations (source M2) / achats
 ④ 0,95 M€ de consommations transmises / enregistrées
 ⑤ 1,06 M€ de produits transmis non éligibles au remboursement
 ⑥ 0,24 M€ ne rapportant pas les règles de remboursement / achats des produits
 ⑦ 45 M€ de produits remboursés au SH de CHS

Les réserves à apporter dans l'interprétation des données portent essentiellement sur les dates de valeur des différents montants :
 - dans la partie intitulée "Type référentiel ATIH des produits" il s'agit de déterminer produit par produit, en fonction de la date de valeur d'achat ou de consommation, s'il est éligible à remboursement en comparaison aux dates de validité du produit sur la liste UCD remboursable / LPPR. Or les données d'achats / consommations de produits disponibles dans le SH de l'APHM sont agrégées mensuellement, ne permettant pas d'avoir la meilleure finesse de comparaison des périodes ;
 - De même les règles d'éligibilité à remboursement des produits s'appliquent à la transmission du dossier, donc après la sortie du patient. Par défaut nous appliquons les mêmes règles sur les achats et les consommations mais un décalage incompressible existera toujours entre l'achat, la consommation et la déclaration : constitution d'un stock pour les nouvelles MO, délais post-opératoires pour les DMI etc.

ANNEXE 15 : EVOLUTION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE, NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

	2010	2011	2012	Variation 2011/2010		variation 2012/2011		Variation 2012/2010	
				en valeur	en %	en valeur	en %	en valeur	en %
Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière	95 186 062	99 798 298	107 428 883	4 612 237	4,8%	7 630 585	7,6%	12 242 821	12,9%
Produits de la tarification en hospit. complète	31 705 382	35 345 245	38 827 048	3 639 863	11,5%	3 481 803	9,9%	7 121 666	22,5%
Produits de la tarification en hospit. incomplète	3 631 730	4 572 172	5 631 361	940 442	25,9%	1 059 189	23,2%	1 999 631	55,1%
Produits de la tarification en hospit. à domicile		15 318	90 839	15 318		75 521	493,0%	90 839	
Produits des prestations faisant l'objet d'un tarif. spécifique	12 712 224	14 827 349	15 092 007	2 115 125	16,6%	264 658	1,8%	2 379 783	18,7%
Forfait journalier MCO	12 311 519	12 047 180	12 336 031	-264 338	-2,1%	288 850	2,4%	24 512	0,2%
Forfait journalier SSR	159 426	245 178	304 218	85 752	53,8%	59 040	24,1%	144 792	90,8%
Forfait journalier psychiatrie	1 048 829	1 051 083	1 022 362	2 255	0,2%	-28 721	-2,7%	-26 467	-2,5%
Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers, non assurés sociaux en France	30 860 596	28 772 718	30 971 294	-2 087 879	-6,8%	2 198 577	7,6%	110 698	0,4%
Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	2 756 356	2 922 056	3 153 724	165 700	6,0%	231 668	7,9%	397 368	14,4%

Source : Comptes financiers de l'AP HM

ANNEXE 16 : LETTRE RELATIVE A LA VENTE DE L'HOTEL DIEU

Fax reçu de : 04 91 55 31 16

DIVISION FONCIERE

06/06/03 09:32 Pg: 2



DIRECTION DES SERVICES FISCAUX
DU CHEF LIEU DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR
DIRECTION DES SERVICES FISCAUX
DES BOUCHES-DU-RHONE - MARSEILLE
3, PLACE SADI CARNOT
13224 - MARSEILLE CEDEX 1
DIVISION III
DOSSIER SUIVI PAR MONSIEUR BOULAMERY
TELEPHONE : 04.91.89.13.83
TELECOPIE : 04.91.99.91.32

Marseille, le 28 MAI 2003

03 JUIN 2003
VILLE DE MARSEILLE
DIRECTION DE L'ACTION FONCIERE
ET DU PATRIMOINE
32 BIS RUE FONGATE - 13006 MARSEILLE
2003/06/07/23
DC-5/16/03-DB

LE DIRECTEUR DES SERVICES FISCAUX,

à

MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL
VILLE DE MARSEILLE
DIRECTION DE L'ACTION FONCIERE ET DU PATRIMOINE
32BIS, RUE FONGATE
13006 MARSEILLE

OBJET : Actualisation de la valeur vénale de l'ensemble immobilier « Hôtel Dieu » situé Place Daviel 13002 Marseille, cadastré Hôtel de Ville B 4-86-87 pour 15 185 m²
VOS REFERENCES : lettre du 7 mars 2003 reçue le 21 mars complétée par courrier du 7 mai, dossier n°2003/4/35241 – DC/MB, affaire suivie par D. CARLON
NOS REFERENCES : avis 03/699 rattaché à l'avis 02/611, enquêteur : R. PELOUSE

Monsieur le Directeur Général,

Par lettre citée en référence, vous m'avez demandé de réactualiser la valeur vénale de l'ensemble immobilier visé ci-dessus, la parcelle B87 conservant son affectation de place publique.

La valeur vénale de « Hôtel Dieu » qui avait été évaluée, par mes services, le 12 juin 2002, dans l'intervalle valeur de 9 150 000 € à 9 900 000 € demeure d'actualité jusqu'au 31 décembre 2003.

Si l'opération n'était pas réalisée avant cette date (31 décembre 2003), une nouvelle consultation du Domaine serait nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de ma considération.

Pour le Directeur des Services Fiscaux,
Et par délégation,
Le Directeur Départemental,

Michel GIUSTI

ANNEXE 17 : RESTES À RECOUVRER



DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES
RECETTE DES FINANCES DE MARSEILLE-ASSISTANCE PUBLIQUE
IMMEUBLE « LE GRAND PRADO »
6, ALLEE TURCAT MERY
13285 Marseille cedex 08
TÉLÉPHONE : 04 91 83 29 00
MÉL. : t013019@dgfp.finances.gouv.fr

Marseille , le 29 mars 2013

Monsieur le Directeur Général
De l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

POUR NOUS JOINDRE :

Jours et heures d'ouverture :
Du lundi au vendredi
8H30-12H et 13H00-16H00
Réception : Avec ou sans rendez-vous
Affaire suivie par : Sandrine Raynaud
sandrine.raynaud@dgfp.finances.gouv.fr
Téléphone : 04.91.83.29.25
Télécopie : 04.91.79.78.53

Objet : Restes à recouvrer CPAM

Monsieur le Directeur Général,

Je me permets d'attirer votre attention sur le dossier des titres non recouverts émis au nom des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et notamment celles des Bouches du Rhône.

Un nombre très important de créances datant de 1998 à 2012 restent , en effet , non soldées et ce, pour un montant établi à ce jour , à **21 327 303,18 €** uniquement pour la CPAM 13. Les caisses des départements extérieurs restent quant à elles, redevables de plus de **2 000 000,00 €**.

Cette situation résulte principalement de l'absence de traitement des rejets dits B2 des caisses par vos services.

Je vous rappelle que je suis dans l'impossibilité d'engager des poursuites contentieuses contre les caisses et que la prescription quadriennale en recouvrement ainsi que la prescription d'assiette courent et pourront être opposées tant par le juge des comptes que par les caisses elles-mêmes.

Ces restes à recouvrer ne peuvent, en tout état de cause, pas perdurer dans la comptabilité de l'APHM.

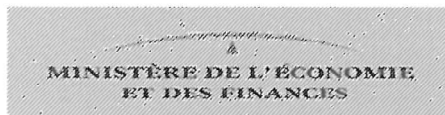
Eu égard les enjeux financiers, l'ancienneté et les difficultés de traitement rencontrées par le passé sur ce dossier, il s'agit, je pense que vous en conviendrez, d'une problématique majeure qu'il est nécessaire d'étudier et de résoudre dans la perspective de la certification des comptes.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et toute action que vous jugerez utile.

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

L'Inspecteur Divisionnaire, chargé de l'intérim
De la Recette des Finances de l'Assistance Publique,

Guy FRANCILLON



DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

V/correspondant
Anthony VALDEZ
Tél. : 04 91 38 19 78

JPS/AV/MT-60-2012

Monsieur Gérard BERTUCCELLI
Directeur général de la CPCAM
des Bouches du Rhône
56, Chemin Joseph Aiguier
13297 MARSEILLE Cedex 9

Marseille, le 28 mars 2012

Objet : Créances anciennes à recouvrer/traitement des rejets B2

Monsieur le Directeur général,

Je fais suite à nos différents échanges de courriers relatifs aux restes à recouvrer et notamment la dernière correspondance en date du 7 mars 2012 issue de la commission de recours amiable.

Suite à votre proposition en date du 16 septembre 2011, nos services ont pu se rencontrer rapidement afin de mettre en œuvre la démarche d'accompagnement de la CPAM13. A cet effet, un agent du GPH a été détaché à hauteur d'une journée par semaine pendant 24 semaines afin d'aider nos bureaux des entrées dans les situations délicates, procéder à des rappels réglementaires et se rendre compte à cette occasion de la complexité des circuits patients et de la circulation d'informations au sein d'une grosse structure comme l'APHM. Compte tenu du déploiement de notre nouveau logiciel de facturation, cette assistance a provisoirement été suspendue pendant quelques semaines.

Je veux à cet égard remercier la CPCAM de ce soutien et souligner les bonnes relations qu'entretiennent nos services respectifs, ce qui constitue un point fondamental dans la dynamique d'amélioration de notre chaîne de facturation.

En revanche, pour ce qui concerne la demande de protocole transactionnel formulée par l'APHM, je ne partage pas tout à fait l'analyse détaillée dans vos courriers successifs.

En effet, un certain nombre de remarques, justes sur le plan théorique, ne répondent pas intégralement à la situation qui motive la demande de protocole.

Le principal élément qui s'opposerait pour la CPAM à la conclusion d'un tel protocole tient au fait que les factures concernées seraient prescrites.

Vous soulignez le délai de 2 ans et trimestre courant (pour les soins antérieurs au 1^{er} janvier 2012) et précisez d'ailleurs qu'une partie d'entre elles n'ont pas fait l'objet de recyclage notamment en ce qui concerne l'AME et les Migrants.

Ce délai de prescription n'est évidemment valable que dès lors que la facture initiale était erronée car dans le cas contraire celui-ci n'est pas opposable à l'établissement ; c'est alors la prescription quadriennale du Trésor Public qui s'applique. Celle-ci s'interrompt à chaque acte de procédure de mise en recouvrement.

- Pour ce qui concerne l'AME : l'une des problématiques principales tient à la télétransmission d'un code acte erroné en norme B2, ce qui provoquait un rejet de la CPAM alors même que la facture est juridiquement correcte et opposable. C'est seulement sa transmission technique selon la norme B2 qui était fautive sur un champ. Il s'agit là d'un problème lié à l'éditeur du logiciel qui n'a jamais fait l'objet de modification. Ceci explique que ces factures ne puissent pas être techniquement redressées. Dans ce contexte la prescription d'assiette

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES

des 2 ans n'est pas opposable puisque la facture est correcte dès l'origine. Sur cette question nos services respectifs semblent avoir trouvé un point d'entente.

- Pour ce qui concerne les Migrants : la situation est assez similaire sur la participation forfaitaire des 18€; certaines de ces factures étaient correctes mais leur télétransmission a longtemps été erronée (les 18€ étaient bien déduits du montant mais il n'y avait pas de télétransmission du code acte lié à la participation forfaitaire dans le champ concerné). C'est seulement en 2011 que nous avons été en capacité de redresser ces factures pour vous les télétransmettre correctement. Toutefois, là encore les factures concernées sur les exercices anciens ont été pour partie mal télétransmises techniquement mais étaient majoritairement correctes. C'est pourquoi le délai de 2 ans ne me paraît pas opposable pour les factures dans cette situation.
- Pour ce qui concerne les « paiements à 0€ » : vous soulignez le fait qu'une partie de ces factures n'a pas été annulée par l'APHM. Il s'agissait là encore d'un problème technique côté éditeur résolu mi 2011. J'attire toutefois votre attention sur le fait que ce problème n'a vraiment été identifié que courant 2010 ; période à compter de laquelle la CPAM a fourni des fichiers à l'issue de chaque mandatement afin de pouvoir isoler ces factures. Mais avant cela, l'APHM ne pouvait pas recycler des rejets qu'elle n'avait jamais reçus ; et que la CPAM elle-même ne classait pas dans la catégorie « rejet » mais « paiement ».

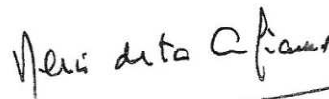
Enfin, il ne faut pas omettre de citer également les paiements partiels de la CPAM sur certaines périodes anciennes liés à des tarifs de prestation intégrés en tables par la CARSAT avec plusieurs mois de retard. A l'époque la CPAM procédait à des paiements partiels de factures et non des rejets ; là encore, et même très anciennes, ces factures restent opposables dans leur intégralité.

Par ailleurs, je suis étonné des chiffres annoncés sur les factures payées et rejetées dans votre courrier du 16 septembre 2011, je ne crois pas que ces statistiques prennent en compte les annulations réémission de factures mais cumulent le tout ce qui expliquerait ces chiffres. A cet égard, et en dépit de nombreuses collisions de lots B2 et 1€ générant des rejets injustifiés, je me félicite des résultats des rejets B2 sur l'année 2011 (9%), qui expriment les efforts entrepris par l'APHM sur sa chaîne de facturation.

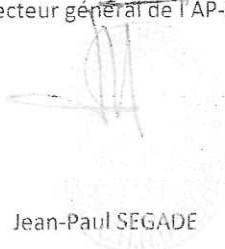
Aussi, pour toutes les raisons évoquées, il semble toujours légitime d'entreprendre un travail de rédaction d'un protocole transactionnel afin de trouver un point d'équilibre satisfaisant la CPAM, le Trésor Public et l'APHM.

Je reste évidemment à votre disposition pour évoquer cette question.

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



Le Directeur général de l'AP-HM



Jean-Paul SEGADE



BOUCHES-DU-RHÔNE

Le Directeur Général

Contact : Frédéric MENASSEYRE
721 - SOUS DIRECTION
DU CONTRÔLE CONTENTIEUX

☎ 04.88.77.74.61.
☎ 04.91.77.74.40.

Dossier suivi par Monique Abadie
811 - M.J.L.R.
☎ 04.91.83.72.51.

V.Réf. Direction des Affaires Financières
Dossier suivi par Anthony VALDEZ

Marseille, le 16 septembre 2011

OBJET : - CREANCES ANCIENNES A RECOUVRER
- TRAITEMENT DES REJETS B2

Monsieur le Directeur Général,

C'est avec la plus grande attention que j'ai pris connaissance des courriers que vous m'avez successivement adressés en date des 4 mai et 28 juin 2011.

Concernant la négociation d'un protocole transactionnel relatif à l'apurement des créances anciennes émises par l'AP-HM et évaluées à un montant forfaitaire de 4,2 M€, je regrette de ne pouvoir réserver une suite favorable à cette proposition au regard des éléments suivantes :

1°) Les créances dont il s'agit s'échelonnent sur les exercices 2000 à 2008 et correspondent en général à des rejets de factures non recyclées identifiant des bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (A.M.E.), l'action en paiement de l'AP-HM s'avère aujourd'hui forclosée en application des articles L252-1 à L252-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

En effet, il est énoncé à l'article L253-3 : « Les demandes en paiement des prestations fournies au titre de l'aide médicale par les ...établissements de santé...doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans un délai de deux ans à compter de l'acte générateur de la créance ».

Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône
56, chemin Joseph Aiguier - 13297 Marseille Cedex 9
Tél. : 04 91 83 70 00 - Fax : 04 91 83 73 39 - www.ameli.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE
HÔPITAUX DE MARSEILLE

28 SEP. 2011

Cabinet du Directeur Général

N° 24111M

ARRIVE LE :
N° :

29 SEP. 2011

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
DIRECTION DES FINANCES

Monsieur Jean-Paul SEGADE
DIRECTEUR GENERAL DE
L'AP-HM
80, rue BROCHIER
13354 MARSEILLE CEDEX 05

Un numéro tout simple
pour nous joindre
36 46
Pour un appel local enroulez le poste fixe



La même remarque peut être formulée pour les rejets de factures non recyclées identifiant tous les autres bénéficiaires de soins, auquel cas l'action en paiement de l'AP-HM se trouve forclosée par référence à l'article L332-1 du Code de la Sécurité Sociale.

2°) Quand bien même de telles factures auraient été présentées au paiement dans les délais précités, leurs rejets non traités par vos services qui n'ont pas produit les pièces justificatives ou les éléments d'information demandés, font que l'action en recouvrement dont dispose le comptable du Trésor, laquelle est soumise au délai quadriennal prévu à l'article L274 du Livre des Procédures Fiscales, est également prescrite.

seul si relance TP

3°) S'agissant des créances se rapportant aux bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat, le mode de financement de cet avantage ne permet pas aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie d'affecter le budget de l'année en cours au règlement des créances hospitalières des exercices passés.

En effet, les crédits pour l'A.M.E. sont votés chaque année par la loi de finances et les dépenses d'aide médicale font l'objet d'une convention financière entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, conformément à l'article L182-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Aux termes de l'article 15 de cette convention type, il est stipulé : « Les dépenses d'aide médicale sont payées trimestriellement par le ministère chargé de l'aide médicale à la CNAMTS qui les répartit entre les CPAM assurant la gestion de l'aide médicale. Ces dépenses sont imputées, dans la limite des crédits votés, sur le chapitre 46-82 - article 20 - du budget du ministère...Le cas échéant, une régularisation au titre de l'année précédente intervient en même temps que le versement relatif au dernier trimestre de cette même année ».

4°) S'agissant par ailleurs des créances identifiant des « Débiteurs relations internationales - dossiers RI » qui sont également visées dans votre premier courrier du 4 mai 2011, elles se rapportent à des assurés qui ont le statut de « migrant ». Les intéressés sont en fait des salariés étrangers qui travaillent en France pour le compte d'entreprises étrangères et qui sont donc identifiés par régime et numéro d'immatriculation.

Théoriquement, aucun problème ne peut se poser si ce n'est encore une fois -- l'absence de traitement par vos services de factures à recycler qui s'avèrent aujourd'hui nécessairement prescrites.

Par ailleurs, après examen des états qui ont été transmis par vos services à la Caisse Primaire, il apparaît que :

↳ Des factures payées n'ont pas été prises en compte par l'AP-HM et figurent donc sur le fichier des « Restes à Recouvrer (RAR) »;

↳ Concernant un nombre important de factures réclamées « non payées », la CPCAM a effectué le traitement informatique et a apporté tous les éléments d'information nécessaires pour l'exploitation des retours par les techniciens de l'AP-HM.

Aucune suite n'a été a priori donnée à ces retours. En conséquence, le Trésor Public qui gère le suivi du recouvrement et qui est initialement destinataire des informations correspondant à l'ordonnancement des factures par l'AP-HM n'est pas tenu informé des rejets ainsi émis par la CPCAM puisque ces derniers ne sont pas exploités. Il en résulte que les bases détenues par le Trésor Public demeurent figées et que les factures non payées en raison de leur irrégularité sont assimilées au final à des « Restes à recouvrer » ;

↳ S'agissant des factures « paiement à 0€ », elles doivent être annulées par l'AP-HM car elles se rapportent à des dossiers pour lesquels il n'est pas possible de régler la part complémentaire réclamée en l'absence d'enregistrement de l'avantage de CMU-C;

↳ Vos fichiers « RAR début 2011 » comportent des factures « paiement à 0€ » de 2007 et 2008 non annulées par l'AP-HM alors même que cette annulation aurait dû être effectuée ;

↳ Des factures sont inconnues sur les bases de la CPCAM car elles n'ont jamais été télétransmises ;

↳ Malgré les actions d'accompagnement mises en place depuis 2009, les rejets de factures intervenus depuis n'ont pas été traités par l'AP-HM. Ainsi, sur la base du focus informatique de mai 2009 à avril 2011, les données qui doivent être retenues sont les suivantes :

▫ Montant réclamé par l'AP-HM : 16 761 885,43 €, y compris les flux informatifs 1€ et les honoraires globalisés, soit 21020 factures

Nombre de factures trouvées : 19793 (soit 94,1%)

Nombre de flux informatifs : 1227 (soit 5,9%)

▫ Sur les 19793 factures identifiées, seules 2468 facturations régulières ont pu être payées (soit 12,4%) pour un montant de 3 103 047 €.

Pour le reste :

- 13692 ont été rejetées, soit 69,2% ;

- 2411 correspondent à des règlements égal à 0€ (soit 12,2%), c'est-à-dire à des factures pour lesquelles il n'est pas possible à la Caisse de régler la part complémentaire en l'absence d'un avantage de CMU-C enregistré) ;

- 1222 n'ont pas été réglées (soit 6,2%) : ces factures n'ayant été ni réglées, ni rejetées, ni télétransmises, l'AP-HM doit les télétransmettre.

A l'évidence, le recensement des créances anciennes restant à recouvrer par l'AP-HM n'impacte absolument pas la C.P.C.A.M., mais s'explique par le manque d'information de vos techniciens sur le processus de facturation puisque vous soulignez vous-même « un taux de rejet B2 encore très élevé à la fin mai 2011 » et la nécessité pour votre Direction des Ressources Humaines de « mobiliser les ressources métiers » pour pallier à de telles difficultés.

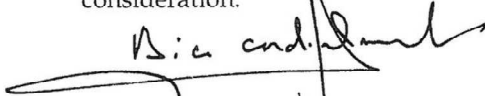
C'est d'ailleurs à ce titre, que vous sollicitez, dans le cadre de la constitution d'une cellule experte, le détachement d'agents de la CPCAM.

Compte tenu de l'intérêt commun et de l'enjeu que représente le projet FIDES, je vous propose de vous apporter une aide ponctuelle se traduisant par l'intervention d'un agent du département Gestion Hospitalière deux demi-journées par semaine, pendant une période de six mois, à compter du 1^{er} octobre.

Cet agent aurait notamment pour mission, au-delà du rappel des textes réglementaires et des conditions de recyclage des rejets, d'apporter une aide technique à la facturation et de superviser l'exploitation des retours NOEMIE.

Afin de définir les modalités de mise en œuvre de notre intervention, j'invite vos services à contacter Madame Monsecchi, responsable du département Gestion Hospitalière aux numéros suivants : 04.86.94.02.48 ou 04.86.94.02.49.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, en l'assurance de ma parfaite considération.


Gérard Bertuccelli

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

V/correspondant
Anthony VALDEZ
Tél. : 04 91 38 19 78

JPS/AV/MT-165-2011

Monsieur Gérard BERTUCCELLI
Directeur Général de la CPCAM13
56, Chemin Joseph Aiguier
13297 MARSEILLE CEDEX 9

Marseille, le 28 juin 2011

Objet : traitement des rejets B2 et restes à recouvrer

Monsieur le Directeur Général,

Les échanges entre nos deux Institutions lors de la rencontre du 24 juin 2011 ont été une nouvelle fois très enrichissants et je souhaite encore vous en remercier.

A cette occasion, nous avons notamment évoqué la problématique du traitement des rejets B2 dans la perspective notamment du passage en FIDES.

Depuis plus d'un an, nos équipes ont établi des relations de travail très étroites avec des échanges quasi quotidiens. Par ailleurs, un représentant de la CPAM est présent aux réunions mensuelles des responsables des bureaux des entrées des différents hôpitaux afin de répondre aux interrogations des cadres de sites et évoquer certains dysfonctionnements. Enfin, un comité de pilotage CPAM-APHM (DAF)-Trésor Public a été instauré afin de faire un point régulier sur des difficultés rencontrées de part et d'autre.

La qualité des échanges B2 s'est d'ailleurs nettement améliorée ces derniers mois, ce qui nous encourage à poursuivre et amplifier ce partenariat gagnant.

Pour autant, le taux de rejets B2 est encore très élevé à fin mai 2011 (9% sur l'exercice comptable) et le « stock » important de titres non soldés au cours des années antérieures, m'incite à mettre en œuvre un plan d'urgence ayant vocation à régler la problématique des années antérieures tout en préparant l'avenir proche de la facturation au fil de l'eau. A cet égard j'ai rappelé aux Directions de chaque site l'impérieuse nécessité de traiter en temps réel les rejets B2. De même, j'ai demandé à la DRH et à la DSI0 de mobiliser leurs ressources métier autour de ces questions.

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES

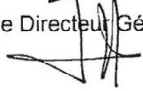
Face à cette problématique majeure, je souhaite vous proposer également un plan d'action concerté :

1. Négociation d'un protocole transactionnel pour apurer les exercices anciens (2000 – 2007, éventuellement 2008)
2. Constitution pour 1 an d'une cellule experte composée de 4 personnes sous la responsabilité de la DAF destinée à reprendre tous les titres de recettes non prescrits afin de les recycler et les re télétransmettre (en plus des cellules des sites). A cet effet, je souhaiterais intégrer les compétences métier d'agents de la CPAM13 rompus aux impératifs de la norme B2, qui, outre le traitement rapide et correct des rejets, pourront également transmettre leurs connaissances aux agents des bureaux des entrées et des soins externes des sites. Bien évidemment ces mises à disposition seraient intégralement remboursées par l'APHM à la CPCAM.

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

*Merci de ta
Confiance*

Le Directeur Général



Jean-Paul SEGADE

DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

V/correspondant
Anthony VALDEZ
Tél : 04 91 38 19 78

Monsieur Gérard BERTUCCELLI
Directeur Général de la CPAM
56, chemin Joseph Aiguier
13297 MARSEILLE CEDEX 9

JPS/AV/MT-97-2011

Marseille, le 4 mai 2011

Objet : créances anciennes

Monsieur le Directeur Général,

Dans le cadre du Plan de Retour à l'Equilibre Financier de l'APHM, du Contrat Performance signé avec l'ANAP, de la Convention des services comptables et financiers mais également dans la perspective de la certification des comptes, mes services ainsi que ceux du Trésor Public se sont engagés dans un lourd travail de recensement des créances anciennes toujours non recouvrées à ce jour.

Cet axe de travail constitue l'une des priorités de notre Institution eu égard notamment aux volumes de restes à recouvrer en cause impactant directement le niveau de Trésorerie.

A cet égard les créances émises à la CPCAM13 non soldées constitue une source d'attention particulière (4.2M€ pour des créances émises entre 2000 et 2008). Il est à noter au sein de ces créances que les débiteurs Relations Internationales et Aide Médicale d'Etat représentent la majeure partie.

Cette situation est principalement liée à des questions de paramétrages de nos systèmes informatiques respectifs dans le cadre des échanges B2.

Au cours de l'année 2010, les équipes renouvelées de la CPAM, du Trésor Public et de l'APHM se sont rencontrées à plusieurs reprises afin de se coordonner davantage et parvenir à régler tous ces problèmes de facturation. Pour autant ces 3 Institutions ne peuvent que constater une situation lourde à porter notamment sur les exercices anciens avec, chacun de leur côté, quasiment aucun élément permettant d'analyser les rejets des années 2000 à 2007.

Par ailleurs, au-delà des questions techniques, je note que toutes les prestations de soins en cause ont bien été dispensées générant des charges à l'APHM. C'est pourquoi je souhaiterais que l'on puisse échanger sur la possibilité d'un protocole transactionnel portant sur les exercices 2000 à 2007 à partir d'états de restes présentés par le Trésor Public, permettant aux différents partenaires de préserver leurs intérêts respectifs.

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

Le Directeur Général de l'AP-HM
POUR LE DIRECTEUR GENERAL

Par délégation

Le Directeur Général Adjoint

Jean-Paul SEGADE



Copie : Monsieur le Receveur des Finances de l'AP-HM

Jean-Michel BUDET

ANNEXE 18 : ETATS DEBITEURS

Principaux Etats débiteurs vis-à-vis de l'AP-HM (mai 2013)

En €

Etats	Etats, caisses de sécurité sociale	Particuliers	Mutuelles, assurances, hôpitaux..	Total général	% du total
ALGERIE	2 774 732	815 625	150 253	3 740 610	45,6%
TUNISIE	693 543	25 314		718 857	8,8%
CAMEROUN	362 276	102 660		464 936	5,7%
ITALIE		433 228		433 228	5,3%
COMORES	317 109	9 610	8 106	334 824	4,1%
BELGIQUE		162 695	46 206	208 901	2,5%
IRLANDE		195 551	555	196 106	2,4%
ESPAGNE		170 343	7 201	177 544	2,2%
ROUMANIE		154 667	0	154 667	1,9%
MAROC	36 086	107 193	109	143 388	1,7%
USA		86 026	39 175	125 201	1,5%
CANADA		95 067	18 059	113 127	1,4%
MEXIQUE		109 781		109 781	1,3%
ROYAUME UNI		30 253	72 827	103 080	1,3%
Autres	264 079	809 562	112 213	1 185 855	14,4%
Total général	4 447 826	3 307 575	454 704	8 210 106	100,0%

Source : DAF de l'AP HM

ANNEXE 19 : ACTIVITES PREVUES AU BMT

Répartition prévue des activités au sein du BMT

La répartition des activités et services au sein du Bâtiment médico technique (BMT) peut se décrire comme suit :

Sous sol : Parking de 330 places

Rez -de-jardin : Accueil des urgences adulte dimensionné pour recevoir 250 passages/24 heures ; 32 boxes, 4 lits de Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), 10 lits de réanimation d'urgence, 11 lits de surveillance continue et 19 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

8 lits dont 2 d'isolement d'Urgences psychiatriques.

Rez-de-chaussée : plateau d'imagerie adulte (conventionnelle, 3 scanners, 3 IRM, échographie)

Bloc opératoire sous imagerie interventionnelle : 10 salles (pour la coronarographie, l'électrophysiologie, la cardio-pédiatrie, l'angiographie)

9 salles d'endoscopie (digestif, pneumologie, ETO cardio)

Salles de réveil : 6 places enfants et 12 places adultes

1^{er} étage : 19 salles d'opération (7 pédiatriques, 8 cardio vasculaires, 4 salles pour le digestif)

Salles de réveil : 13 places enfants et 14 places adultes

20 lits de réanimation et 12 lits de surveillance continue

2^{ème} étage : 11 salles d'opération (5 salles de neurochirurgie, 2 salles rachis, 2 salles traumatologie, 2 salles chirurgie de la main)

3^{ème} étage : 20 lits de réanimation pédiatrique et 14 lits de surveillance continue pédiatrique

4^{ème} étage : 117 lits d'hospitalisation (101 lits pour les secteurs cardio-vasculaire adulte et 16 lits pour les cardiopathies enfants)

Une hélisation est positionnée en toiture et le BMT est relié aux deux Immeubles de Grande Hauteur du site de la Timone par 7 liaisons horizontales.