



Inspection générale
des affaires sociales

Évaluation de la situation financière et des effectifs de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (exercices 2013 et 2014)

RAPPORT

Établi par

Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD Jean-Yves LAFFONT Vincent RUOL

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Juin 2015 -

2015-052R

SYNTHESE

- [1] Par lettre de mission datée du 8 Avril 2015, Madame la ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes a demandé à l'IGAS de faire le point sur l'évolution de la situation financière de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) depuis 2012, l'évolution de ses effectifs et sur la mise en fonctionnement des deux investissements importants réalisés ces dernières années (le bâtiment médico-technique ou Timone 2 et la plateforme logistique). Les constats faits par la mission doivent servir de base à l'élaboration de la lettre de mission de la nouvelle directrice générale qui a pris ses fonctions le 6 avril 2015.
- [2] La situation financière a été analysée sur trois plans : les résultats comptables 2012, 2013 et 2014 (connus mais non encore arrêtés de façon définitive), les résultats structurels des mêmes années et enfin, la situation patrimoniale de l'AP-HM. La mission constate une situation financière très dégradée, qui a continué de se détériorer sur les deux derniers exercices. Les causes en sont multiples :
- l'achèvement des deux chantiers majeurs de ces dernières années, la plate-forme logistique (PFL) et le bâtiment médico-technique (BMT), a entraîné des coûts supplémentaires dont les principaux sont le loyer de la PFL, réalisée en partenariat public-privé, l'amortissement du BMT et les frais financiers relatifs aux emprunts souscrits pour son paiement. Ces coûts auraient dû être compensés par des suppressions de postes prévues dans le plan de financement d'origine. Or, ces suppressions n'ont pas eu lieu à hauteur de ce qui était prévu, et des créations sont même intervenues dans les services de soins lors de la mise en fonctionnement de la PFL ;
 - la stagnation de l'activité qui entraîne un niveau de recettes insuffisant. La situation de l'AP-HM est sur ce plan atypique par rapport aux autres CHU dont la hausse d'activité moyenne entre 2013 et 2014 s'est élevée à 2,6% en valeur¹. Il apparaît essentiel que l'AP-HM définisse une politique volontariste et structurée de consolidation de parts de marché : meilleure organisation des parcours de soins, qualité de l'accueil des patients et de leurs proches, qualité de la communication avec les médecins traitants...
 - l'augmentation des effectifs rémunérés.
- [3] L'évolution des effectifs a fait l'objet d'une analyse approfondie. Des recrutements nombreux sont intervenus en 2012, 2013 et pendant le premier semestre 2014. Ces recrutements ont été effectués au titre de :
- la constitution de pools de remplacement visant à répondre au niveau d'absentéisme constaté à l'AP-HM. Ces créations de poste devaient être compensées par la diminution des dépenses d'heures supplémentaires et d'intérim. Outre que la simultanéité des baisses de ces charges et de la mise en place des pools n'est pas constatée, l'opportunité de procéder ainsi peut être interrogée. Cet aspect de gestion des ressources humaines aurait dû s'intégrer dans une réflexion d'ensemble : recherche d'un retour à un niveau d'absentéisme dans la moyenne des CHU, organisation des temps d'activité dans les unités de soin (fermeture d'unités les fins de semaine par exemple) ;
 - la définition d'effectifs cible dans les services de soins : elle a abouti à des créations de poste dans une institution en déficit. La méthode d'élaboration est à revoir, notamment ses hypothèses de base (taux d'occupation de 100% par exemple) ;

¹ Source : base de données inter CHU.

- la modification de l'offre de soins : ouverture de lits, transformations d'unités de semaine en unités complètes... En l'absence de projet médical validé et intégré dans un projet d'établissement, il est difficile d'inscrire ces actions dans une stratégie qui aura conduit *de facto* à des créations de postes en nombre important. À ce jour, ces augmentations de capacité n'ont pas eu d'impact sur le niveau d'activité de l'AP-HM.

[4] Au final, les investissements réalisés n'ont pas été ouverts dans le schéma prévu lors de leur autorisation. Les suppressions de poste ne sont pas intervenues. L'impact sur l'activité ne s'est pas, à ce jour, vérifié. L'analyse financière réalisée montre qu'il n'est pas possible pour l'AP-HM de lancer de nouveaux investissements d'ampleur (maternité, mise aux normes incendie). S'ils doivent être cependant réalisés, ils devront faire l'objet d'un financement adapté.

[5] En toute hypothèse, **les investissements et aides doivent être conditionnés à l'existence d'un projet médical et d'un projet d'établissement faisant l'objet d'une appropriation majoritaire au sein de l'AP-HM.** Il est primordial de conduire une réflexion institutionnelle sur l'organisation de l'offre de soins et des activités au sein d'un projet d'établissement qui doit impérativement comporter un schéma directeur immobilier.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	7
1 UNE SITUATION FINANCIERE PARTICULIEREMENT DEGRADEE	7
1.1 Le résultat comptable devrait être déficitaire de 42 M€ en 2014	7
1.2 La stagnation des produits et la hausse des charges ont conduit à une dégradation du résultat structurel, qui pourrait être encore aggravée dans la mise à niveau comptable exigée par la certification des comptes.....	9
1.2.1 Le résultat structurel déficitaire s’est très sensiblement creusé entre 2012 et 2014.....	9
1.2.2 L’aggravation du déficit provient d’une dégradation simultanée des produits et des charges	14
1.2.3 La mise à niveau des pratiques comptables en vue de la certification pourrait avoir un impact très négatif sur le déficit structurel.....	16
1.3 La situation patrimoniale de l’AP-HM est également inquiétante	18
1.4 Une trésorerie sous tension.....	22
1.4.1 La situation de trésorerie s’est progressivement dégradée	22
1.4.2 Les projections pour l’avenir ne font pas apparaître de perspective d’amélioration.....	23
2 UN ACCROISSEMENT IMPORTANT DES EFFECTIFS ET DE LA MASSE SALARIALE	25
2.1 L’évolution des effectifs rémunérés depuis 2011 a été importante mais non financée par une croissance d’activité	25
2.1.1 Une croissance lente mais continue du personnel médical	25
2.1.2 Une croissance rapide du personnel non médical	25
2.2 Un bilan contrasté en termes de productivité	27
2.3 Le défaut de projet d’établissement a conduit à une addition de décisions expliquant l’augmentation des effectifs.....	27
2.3.1 Des pools de remplacement ont été créés	28
2.3.2 Les départs en promotion professionnelle sont remplacés.....	28
2.3.3 Un encadrement administratif intermédiaire qui se renforce.....	29
2.3.4 La définition d’effectifs cible par unité a eu des conséquences inflationnistes.....	29
2.3.5 Une offre de soins modifiée : l’extension du périmètre des services de soins critiques et l’ouverture du bâtiment « Timone 2 ».....	31
2.3.6 L’ouverture de la Plate forme Logistique (PFL)	32
LETTRE DE MISSION.....	35
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	37
ANNEXE 1 : CLASSEMENT DES 10 PREMIERS CHU POUR LEUR ACTIVITE DE RECHERCHE.....	39
ANNEXE 2 : EXPLOITATION DES DONNEES HOSPIDIAG	41
ANNEXE 3 : LISTE DES POSTES CREES ET SUPPRIMES A LA SUITE DE L’OUVERTURE DE TIMONE 2	44
ANNEXE 4 : ANALYSE ANNUELLE DES VARIATIONS D’EFFECTIFS NON MEDICAUX.....	45
ANNEXE 5 : LES ASTREINTES DEPASSANT LES VOLUMES REGLEMENTAIRES.....	47

ANNEXE 6 : PROJET DE PROTOCOLE TRANSACTIONNEL DEVANT SOLDER LES DIFFICULTES DUES AUX ASTREINTES	49
--	----

RAPPORT

- [6] Par lettre de mission datée du 8 Avril 2015, Madame la ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes a demandé à l'IGAS de faire le point sur l'évolution de la situation financière de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) depuis 2012, l'évolution de ses effectifs et sur la mise en fonctionnement des deux investissements importants réalisés ces dernières années (le bâtiment médico-technique ou Timone 2 et la plateforme logistique). Les constats faits par la mission doivent servir de base à l'élaboration de la lettre de mission de la nouvelle directrice générale qui a pris ses fonctions le 6 avril 2015.
- [7] Pour répondre à cette demande, la situation financière a dans un premier temps été examinée avec une triple approche : comptable, analyse du résultat structurel et patrimoniale ; la situation dégradée de la trésorerie laisse présager des difficultés à court terme.
- [8] L'évolution des effectifs est étudiée dans un second temps. La hausse des effectifs constatée est due à des causes multiples qui s'additionnent sans cohérence d'ensemble, en lien avec l'absence de projet d'établissement formalisé : mise en place de pools de remplacement, remplacement des promotions professionnelles, renforcement de l'encadrement intermédiaire, élaboration d'effectifs cible selon une méthodologie inflationniste, modification de l'offre de soins liée à l'ouverture de Timone 2 ou encore l'entrée en service de la plateforme logistique.

1 UNE SITUATION FINANCIERE PARTICULIEREMENT DEGRADEE

- [9] Les exercices 2013 et 2014 ont vu la situation financière de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), déjà dégradée, se détériorer encore. La quasi-disparition des fonds propres, la baisse forte de la capacité d'autofinancement (CAF) et la dégradation importante de la trésorerie en sont les manifestations les plus objectives. Les causes de cette dégradation sont pour partie dues à des décisions antérieures : démarrage du loyer de la plateforme logistique (PFL), entrée en fonctionnement du Bâtiment médico-technique (BMT) également appelée Timone 2. Les deux autres causes sont la stagnation de l'activité et l'augmentation des effectifs.
- [10] La situation financière sera analysée sous trois angles afin de cerner le mieux possible la réalité de cette situation et des évolutions sur les dernières années : le résultat comptable d'abord, le résultat structurel (ou retraité) ensuite, la situation patrimoniale enfin. Au-delà de ces considérations statiques, les difficultés de trésorerie à court terme seront également évoquées.

1.1 Le résultat comptable devrait être déficitaire de 42 M€ en 2014

- [11] Les résultats comptables de l'établissement, qui incluent une reprise de provision au titre du compte 142 à hauteur de 11,8 M€ et qui fait l'objet d'une discussion détaillée *infra*, sont détaillés dans le tableau suivant :

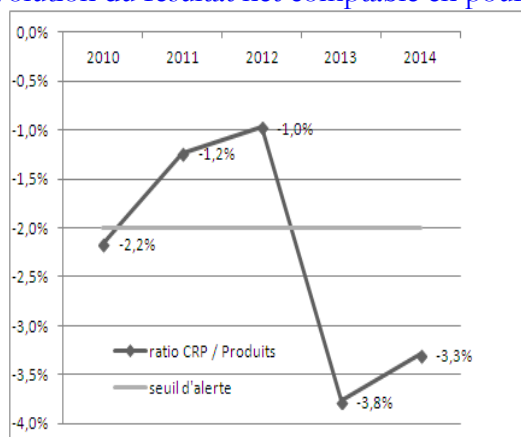
Tableau 1 : Evolution du résultat net comptable en valeur et en pourcentage 2010-2014

CRP	2010	2011	2012	2013	2014	CRP	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Charges	1 171 992	1 208 523	1 253 465	1 266 238	1 331 455	Taux d'évolution des produits	1,97%	5,33%	4,06%	3,99%	-1,70%	5,64%
Produits	1 147 211	1 193 745	1 241 408	1 220 253	1 289 024	Taux d'évolution des charges	-0,23%	4,27%	3,12%	3,72%	1,02%	5,15%
Compte de résultat principal -	24 781	- 14 778	- 12 058	- 45 985	- 42 430	Produits	1 089 126 348	1 147 211 280	1 193 744 682	1 241 407 674	1 220 252 839	1 289 024 449
ratio CRP / Produits	-2,2%	-1,2%	-1,0%	-3,8%	-3,3%	Charges	1 123 957 447	1 171 992 369	1 208 523 095	1 253 465 385	1 266 238 299	1 331 454 761
seuil d'alerte	-2,0%	-2,0%	-2,0%	-2,0%	-2,0%							

Source : AP-HM

[12] Ce tableau peut être présenté d'une manière plus graphique comme suit :

Graphique 1 : Evolution du résultat net comptable en pourcentage 2010-2014



Source : AP-HM

[13] L'ensemble des indicateurs budgétaires et comptables affichés dans le graphique ci-dessus marquent un recul sur la période récente : compte de résultat principal, compte de résultat consolidé, capacité d'autofinancement et marge brute (il s'agit de la marge brute du budget principal – ou budget H – et non de l'entité juridique).

[14] On constate dans le tableau ci-dessous une dégradation forte de la marge brute qui passe de 78,9 M€ en 2012 à 53,5 M€ en 2014. La CAF se dégrade elle aussi nettement, passant de 56,9 M€ à 13,5 M€ en 2014.

Tableau 2 : Évolution du résultat et de la marge brute (2007-2014)

k€	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat CRP	-49 766	-58 431	-34 831	-24 781	-14 778	-12 058	-45 985	-42 430
Résultat consolidé	-41 401	-53 755	-30 500	-7 877	-3 343	-479	-33 644	-40 424
Marge brute (budget principal)	17 221	43 477	31 903	60 773	65 400	78 981	52 362	53 458
CAF	305	22 904	27 782	52 924	54 786	56 936	20 532	13 472

Source : AP-HM. Données 2014 provisoires.

[15] L'exercice 2014 marque une atypie dans l'évolution des courbes : cet exercice présente une légère amélioration du résultat comptable par rapport à 2013 tout en affichant une dégradation de la CAF. Cela s'explique par des reprises de provision sans impact sur la CAF (mais avec un impact positif sur le résultat).

[16] L'AP-HM affiche en 2014 un résultat net comptable déficitaire sur le budget principal à hauteur de 3,3% des produits d'exploitation (au delà du seuil d'alerte réglementaire).

1.2 La stagnation des produits et la hausse des charges ont conduit à une dégradation du résultat structurel, qui pourrait être encore aggravée dans la mise à niveau comptable exigée par la certification des comptes

- [17] Les résultats financiers d'un établissement ne se mesurent pas exclusivement à l'aune du résultat comptable : celui-ci est formé, outre le résultat structurel, d'éléments exceptionnels tels qu'une aide non reconductible, une vente d'un bien immobilier ou bien par des dotations ou reprise des provisions. Dans le cas de l'AP-HM, ce résultat s'est sensiblement dégradé entre 2012 et 2014.
- [18] Cette dégradation trouve son origine dans deux causes :
- une stagnation de l'activité de soins ;
 - une hausse des charges, notamment salariales.
- [19] Ces deux éléments doivent interroger la communauté hospitalière de l'AP-HM qui doit construire une réponse à ces évolutions défavorables dans le cadre du projet d'établissement.
- [20] Toujours dans un registre prospectif, la mise à niveau des pratiques comptables en vue de la certification des comptes en 2016 pourrait avoir un impact négatif sur le résultat structurel.

1.2.1 Le résultat structurel déficitaire s'est très sensiblement creusé entre 2012 et 2014

- [21] La circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé précise la notion de résultat structurel et la méthodologie de son calcul :
- [22] *« Le résultat structurel est calculé en déduisant du résultat comptable enregistré lors du dernier compte financier, ou du dernier suivi d'exécution de l'EPRD, toute aide allouée qui ne correspond pas à la mise en œuvre d'une prestation identifiée. Les ajustements de fin de campagne, les aides attribuées dans le cadre de plans de retour à l'équilibre antérieurs ainsi que les aides ponctuelles attribuées par le ministre de la santé, doivent donc être soustraits.*
- [23] *Un retraitement complémentaire, en fonction de la qualité comptable, peut s'avérer nécessaire dans le cas où figurent des montants importants sur les comptes suivants : Comptes de charges/produits exceptionnels (67/77) ; Dotations ou reprises de provisions et dépréciations (notamment pour risques et charges...) ; Pertes sur créances irrécouvrables (compte 654) (il convient de ne retenir que le montant correspondant à la perte courante liée au non recouvrement probable de certaines créances).*
- [24] *Il s'agit ainsi de montrer, le cas échéant, le décalage existant entre le résultat comptable et le résultat corrigé (structurel), qui masque les réels efforts d'économies à réaliser. C'est à partir du résultat structurel de l'établissement que le plan de redressement doit se construire ».*
- [25] Le résultat 2012 peut ainsi être retraité, notamment en raison de l'insuffisance de dotation à la provision au titre des comptes épargne temps (CET). En outre, le résultat prévisible 2014 pourrait être modifié par une reprise de provision au compte 142.

[26] Le tableau ci-dessous présente les encours de provisions de 2009 à 2014 :

Tableau 3 : Évolution des comptes de provisions et dépréciations

K€	PROVISIONS et DEPRECIATIONS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
142	Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	45 846	47 646	39 104	37 363	38 502	30 973
143	Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre de CET	6 445	6 086	9 336	13 109	20 903	0
144	Provisions réglementées pour propre assureur	0	0	0	0	0	0
	Total du compte 14	52 291	53 732	48 440	50 472	59 405	30 973
151	Provisions pour risques	7 613	15 655	22 077	9 699	11 759	14 414
152	Provision pour risque sur emprunt					17 799	12 981
153	Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre de CET						21 450
157	Provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices	0	0	0	6 469	1 701	1 752
158	Autres provisions pour charges	1 709	1 709	1 709	3 300	1 444	134
	Total du compte 15	9 322	17 364	23 786	19 468	32 703	50 731
29	Dépréciation des immobilisations	0	0	0	0	0	0
39	Dépréciation des stocks et en-cours	0	0	0	0	0	0
49	Dépréciation des comptes de tiers	0	1 000	1 000	7 090	5 184	5 338
59	Dépréciation des comptes financiers	0	0	0	0	0	0
	Total des dépréciations	0	1 000	1 000	7 090	5 184	5 338

Source : AP-HM.

[27] S'agissant des amortissements, le stock passe de 69,9 M€ en 2012 à 81,7 M€ en 2014. La hausse de l'encours ne s'est pas traduite par un résultat déficitaire à due concurrence car la provision pour CET (de 21,5 M€) a été constituée par virement depuis un compte de fonds propres et n'a pas été imputée au résultat, conformément à la fiche n°4 de la Direction générale de l'offre de soins et de la Direction générale des finances publiques relative aux corrections d'erreurs commises au cours d'exercices antérieurs. En retraitant ce point, l'évolution des comptes de provisions et dépréciations marque en 2014 une régression de l'ordre de 10 M€.

[28] Les principaux mouvements concernent les points suivant :

- des reprises de provision effectuées sur le compte 142 (renouvellement d'immobilisations), le compte 152 (risque sur emprunts), le compte 158 (autre provision pour charges).
- une stagnation du solde de la provision CET (+ 547 k€) liée à une reprise quasi équivalente à la dotation ;

[29] Par ailleurs, l'AP-HM a bénéficié d'un certain nombre d'aides non reconductibles sur la période.

[30] Ces éléments ont conduit la mission à estimer le déficit structurel de l'établissement à 57 M€ en 2014.

1.2.1.1 La reprise sur provision pour renouvellement d'immobilisation fait l'objet d'interprétations divergentes entre l'établissement et l'ARS

[31] De manière générale, une reprise de provision n'a d'impact que comptable (modification du résultat), sans impact financier, puisque l'on reste dans le cadre des financements stables quelle que soit la politique de reprise de provisions retenue.

[32] S'agissant de la provision pour renouvellement d'immobilisation (voir encadré), l'instruction comptable M21 précise : « *Ces règles indispensables au bon déroulement de l'opération doivent être clairement établies entre le directeur général de l'ARS et le directeur de l'établissement.[...] La reprise s'opère selon les modalités définies par l'ARS ou à défaut, par l'établissement* ». Le non respect de cette condition de forme rend irrégulière l'ensemble de la reprise de provision au compte 142. En l'état actuel des informations transmises à la mission, il est envisagé par l'AP-HM une reprise importante (11,8 M€ lors des premiers entretiens menés par la mission, ramenée ensuite par l'AP-HM à 7,5 M€) de la provision au compte 142. Cette reprise est contestée par l'ARS d'une part, l'administration des finances publiques d'autre part. Ceux-ci préconisent une reprise lissée en fonction de la durée d'amortissement du bien concerné.

Encadré n°1 : extraits de la M21 concernant la provision pour renouvellement d'immobilisation

La M21 indique : « *Cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie.*

Au sens du présent référentiel comptable et budgétaire, les surcoûts correspondent aux coûts nouveaux liés au projet d'investissement en termes de charges financières et d'amortissement.

Ce principe repose sur l'idée que pour lisser le plus efficacement les surcoûts liés aux investissements nouveaux, les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser.

La constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements.

Ce mécanisme de « préfinancement » des surcoûts occasionnés par une opération d'investissement permet, lorsque les dotations budgétaires sont attribuées suffisamment en amont du programme d'investissement, d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt. Les provisions constituées abondent la trésorerie permettant ainsi un décalage dans la mobilisation des emprunts nécessaires à la réalisation de l'opération et ainsi de réaliser des économies de frais financiers. [...]

Il est absolument nécessaire de consacrer les dotations budgétaires attribuées dans ce cadre à la constitution de provisions au compte 142. Ces règles indispensables au bon déroulement de l'opération doivent être clairement établies entre le directeur général de l'ARS et le directeur de l'établissement. Il est rappelé que les directeurs généraux d'ARS peuvent consulter le directeur régional des finances publiques pour toute expertise économique et financière de projets d'investissement hospitaliers. [...]

L'établissement doit reprendre de sa propre initiative les provisions dès que les biens financés ont été mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement ou financières débute.

La reprise de la provision au compte de résultat a pour effet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et des charges financières liés aux biens financés au niveau des résultats de l'exercice ».

Source : Mission IGAS.

[33] Sur le fond de la méthode, un débat pourrait utilement avoir lieu sur le niveau de cette reprise (qui vient s'ajouter aux aides à la contractualisation destinées aux investissements versées en base chaque année à l'établissement) et sur son étalement. En effet, la mission estime qu'il serait cohérent que ce type d'écriture comptable ne vienne pas perturber la lecture du compte de résultat annuel ; ce qui plaide pour un lissage de la reprise, celle-ci s'opérant sur le rythme d'amortissement des biens.

[34] Au regard de ces éléments, la totalité de cette reprise dont la justification n'est pas documentée sera retraitée dans l'analyse du résultat structurel.

1.2.1.2 La provision pour risque de taux sur emprunts a été intégralement reprise

- [35] Il peut paraître surprenant, dans un le contexte des évolutions de marché intervenues courant janvier 2015 sur le taux de change EUR/CHF notamment, de constater une reprise de provisions à ce titre. Cependant, le solde de cette provision ainsi que ses mouvements budgétaires sont comptablement justifiés compte tenu de la méthode *fixing* documentée produite par l'établissement en conformité avec les prescriptions réglementaires.

1.2.1.3 La méthodologie de provisionnement du compte épargne temps n'a que récemment été définie

- [36] une forte variation de méthode semble être opérée entre 2013 et 2014. En effet, le solde du c/143 en 2013 progresse de près de 7,8 M€ sur un seul exercice ce qui semble élevé pour un flux annuel. Ceci d'autant plus que ce solde est la contraction entre une reprise de provision de 1,9 M€ (correspondant aux liquidations de droits de CET sur l'exercice comptable) et une dotation aux provisions de 9,7 M€.
- [37] Inversement, le solde du c/153 en 2014 stagne avec une évolution de +547 k€, marquant ainsi une nouvelle rupture de rythme ou de méthode par rapport aux volumes comptabilisés en 2013. En effet, cet exercice se caractérise par une reprise de provision CET de 8,4 M€ et une dotation de 8,9 M€. Or l'AP-HM n'a pas liquidé au cours de l'exercice 2014 de droits au titre des CET pour un tel volume financier (mais pour 2 M€). La reprise de provision en flux budgétaire ne paraît pas justifiée. Il y a eu à travers cette écriture 2014 une « correction d'erreur » de 2013, qui n'est pas passée par le compte de résultat mais par virement depuis les fonds propres.
- [38] Comme toutes les charges calculées, l'absence de méthodologie validée rend l'analyse de ce type d'écriture nécessairement incertaine. Compte tenu de ces éléments la reprise de provision au titre des CET ne paraît pas justifiée en totalité. Elle sera partiellement corrigée dans le calcul du résultat structurel.
- [39] Sur le point de savoir si l'exercice 2012, était exhaustif en terme de provisionnement des CET, la réponse est négative pour les raisons suivantes :
- les textes relatifs à la méthodologie de calcul (forfait versus salaires chargés) ne sont parus qu'en 2013 ;
 - en l'absence de méthodologie détaillée justifiant une correction en situation nette, il est plus prudent de ne pas procéder à ce type de correction comptable car le principe de permanence des méthodes, suite à une telle écriture de remise à niveau des stocks, exige de toujours procéder de la même façon sur chaque exercice comptable.
- [40] La mission constate que sur l'exercice 2012, l'AP-HM a doté à hauteur de 4 M€ au titre du flux annuel, ce qui marque la volonté de la structure de provisionner ce risque à cette période.
- [41] À ce jour, l'AP-HM n'a pas présenté en comité des corrections comptables de dossier pour justifier le solde inscrit au c/153, ni de méthodologie technique. Ainsi la provision CET n'est pas à ce jour documentée comme le demandera certainement la certification des comptes.

1.2.1.4 L'AP-HM a bénéficié de manière récurrente d'aides pour un montant annuel de l'ordre de 25 M€

[42] Le calcul du résultat structurel exclut les aides non reconductibles. Les aides perçues par l'AP-HM pour les exercices 2012 à 2014, de l'ordre de 25 M€ par an, sont détaillées dans le tableau suivant :

Liste des aides apportées à l'APHM

	2012	2013	2014
Aides versées en Exploitation	25 657 704	24 833 008	25 464 889
AC Investissement	23 013 838	22 733 008	21 963 489
Soutien ponctuel	2 643 866	100 000	341 400
Aide au démarrage BMT		2 000 000	1 000 000
Reliquat AC pour DPI			2 160 000
Aides versées en capital	-	-	11 200 003
c/13 - Subvention Equipements			10 000 003
c/13 - Subvention UHSA			700 000
c/13 - Subvention SAMU			500 000

Source : AP-HM

1.2.1.5 Au final, le retraitement effectué par l'ARS et l'AP-HM et la mission aboutit à un déficit structurel qui a doublé entre 2012 et 2013, et qui s'établit d'après la mission en 2014 à 57 M€

[43] Compte tenu de ce qui précède, le résultat structurel des exercices 2012 et 2013 peut être présenté de la manière suivante :

Graphique 2 : Exercices 2012-2013 retraités

Version travaillée ARS / APHM				en K€			
		2012	2013			2012	2013
Retraitement des Charges	Titre I - Charges de personnel	727 624	740 563				
	Titre 1 - compte de résultat principal	723 707	746 941				
	sous évaluation charges à payer CAP / GIPA 2012	3 517	3 517				
	glissement RAM 2012 PDSSES de quelques pôles (déploiement)	400	400				
	changement méthode RAM 2013 EVP PNM (novembre)	-	1 676				
	changement méthode RAM 2013 EVP PNM (novembre)	-	3 565				
	écritement rattachement RAM 2013 (sur c/ limitatifs)	-	1 680				
	économie sur jour de carence (traité en conjoncture)**	-	900				
	Titre II - Charges médicales & pharma	261 175	268 876				
	Titre 2 - compte de résultat principal	261 175	269 286				
	dépense exceptionnelle de PSL sur 3 patients	-	1 500				
	neutralisation RAM N-1 en atténuation de N	-	1 090				
	Titre III - Charges générales & hotelières	106 475	115 138				
	Titre 3 - compte de résultat principal	127 126	117 083				
neutralisation gestion AC Microsoft -	23 428	-					
Modification des proces	-	850					
(dotation linge et matériels sur site et PFI)	-	900					
1ère dotation magasin PFI (sans impact variation stock)	-	250					
Perte linge - fin de prestation marché (clause contractuelle)	2 776	-					
Alignement des ANV sur le flux annuel	-	964					
Surcoûts ponctuels de mise en service du BMT	-	1 018					
neutralisation RAM N-1 en atténuation de N	-	-					
Titre IV - Charges financières, amort & prov	130 054	134 927					
Titre 4 - compte de résultat principal	141 458	132 927					
amortissements anticipés sur mandats BMT -	2 789	-					
retraitement dotations provisions -	8 614	2 000					
TOTAL Charges retraitées	1 225 328	1 259 505					
Retraitement des Produits	Titre I - Produits de l'assurance maladie	948 039	937 439				
	Titre 1 - compte de résultat principal	951 821	937 687				
	dotation DAF UHSA à provisionner -	1 139	-				
	aide exceptionnelle ARS d'accompagnement -	2 644	2 000				
	sous valorisation DAM MD (bug informatique)	-	1 569				
	ouverture BMT - perte ponctuelle d'activité (déménagements)	-	183				
	Titre II - Produits non pris en charge par AM	107 429	110 774				
	Titre 2 - compte de résultat principal	107 429	110 774				
	Titre III - Produits subsidiaires	146 147	164 678				
	Titre 3 - compte de résultat principal	182 158	171 792				
	neutralisation gestion AC Microsoft -	20 990	-				
	retraitement reprises de provisions -	8 354	7 114				
	*neutralisation récupération TVA déductible 2011 -	2 679	-				
	*neutralisation de la régul du c/7718 -	6 764	-				
Alignement des ANV sur flux annuels (rep prov sur 49L)	2 776	-					
TOTAL Produits retraités	1 201 615	1 212 891					
<i>Résultat net comptable H</i>		-	12 058	-	45 985		
Résultat Principal Structurel		- 23 713	- 46 614				
Taux de résultat sur produit		-2,0%	-3,8%				

Source : ARS et AP-HM.

[44] S'agissant du résultat 2014, il s'établit comme suit :

Graphique 3 : Exercice 2014 retraité

en K€		2014	en K€		2014
Retraitement des Charges	Titre I - Charges de personnel retraitées	762 123	Retraitement des Produits	Titre I - Produits de l'assurance maladie retraités	956 979
	Titre 1 - compte de résultat principal	762 823		Titre 1 - compte de résultat principal	960 481
	changement méthode RAM EVP PM (13 mois de gestion TTA) -	700		aide exceptionnelle ARS -	341
				Aide ouverture BMT -	1 000
				Aide crédits DPI (régul) -	2 160
	Titre II - Charges médicales & pharma retraitées	304 779		Titre II - Produits non pris en charge par AM retraité	105 780
	Titre 2 - compte de résultat principal	304 779		Titre 2 - compte de résultat principal	105 780
	Titre III - Charges générales & hotelières retraitées	111 730		Titre III - Produits subsidiaires retraités	197 035
	Titre 3 - compte de résultat principal	113 630		Titre 3 - compte de résultat principal	222 764
	Surcouts de mise en service du BMT -	1 900		Indemnité sortie sur désensibilisations emprunts HC -	11 756
				Neutralisation de la reprise du c/142 -	7 529
				Neutralisation partielle de la reprise du c/153 -	6 444
	Titre IV - Charges financières, amort & prov retraitées	138 467		TOTAL Produits retraités	1 259 795
Titre 4 - compte de résultat principal	150 223				
Indemnité sortie sur désensibilisations emprunts HC -	11 756				
TOTAL Charges retraitées	1 317 099	<i>Résultat net comptable H</i>	- 42 430		
		Résultat Principal "Structurel"	- 57 304		
		Taux de résultat sur produit	-4,5%		

Source : Mission d'après données AP-HM.

[45] Ces différents retraitements, même motivés, peuvent toujours donner lieu à débat. C'est pourquoi il convient également de prendre en compte la situation patrimoniale (voir *infra*).

1.2.2 L'aggravation du déficit provient d'une dégradation simultanée des produits et des charges

1.2.2.1 Une stagnation de l'activité

[46] L'activité a connu une période de stagnation entre 2012 et 2014 (hausse annuelle moyenne de 0,02 % en volume et de 0,90 % en valorisation) succédant à une période d'expansion entre 2010 et 2012 (hausse annuelle moyenne de 2,86% en volume et de 4,30% en valorisation), comme le montre le tableau suivant :

Tableau 4 : Évolution de l'activité PMSI

Evolution Activité PMSI	Profil activité						
		2010	2011	2012	2013	2014	N/N-1
	Effectifs séjours valorisés	258 586	270 677	273 606	274 129	273 702	-0,2%
	dont Hospitalisation complète	112 059	112 148	113 302	113 123	113 462	0,3%
	dont Séjours sans nuitée (HDJ / ambu)	52 919	59 470	61 293	61 693	61 475	-0,4%
	dont Séjours Séances	93 608	99 059	99 011	99 313	98 765	-0,6%
	Profil Chiffre d'Affaire T2A						N/N-1
		2010	2011	2012	2013	2014	
	Hospit complète (BR 100% T2A)	452 507 192	462 003 004	486 235 076	487 815 094	491 262 241	0,7%
	Séjours sans nuitée (BR 100% T2A)	36 250 743	41 206 242	44 321 954	46 099 403	48 069 133	4,3%
Séjours Séances (BR 100% T2A)	28 489 728	30 734 050	32 024 872	33 028 341	33 466 141	1,3%	
Total CA T2A (Base remboursable 100% T2A)	517 247 662	533 943 295	562 581 902	566 942 838	572 797 515	1,0%	
Profil lourdeur						N/N-1	
	2010	2011	2012	2013	2014		
PMCT Hospit complète	4 038	4 120	4 291	4 312	4 330	0,4%	
PMCT Hospit O jour (HDJ / ambu)	685	693	723	747	782	4,6%	
PMCT Séances	304	310	323	333	339	1,9%	
PMCT Total	2 000	1 973	2 056	2 068	2 093	1,2%	

Source : epmsi Tableau 1.V.1.SV. A et B

- [47] L'exercice 2013 s'est caractérisé par une faible progression d'activité (volume de GHS valorisés à seulement +0,2 %), situation devant impliquer sur le plan budgétaire une compression immédiate des moyens. L'exercice 2014 n'a pas modifié la tendance, qui se maintient au premier trimestre 2015.
- [48] Cette stagnation de l'activité mérite une analyse qui ne peut pas se limiter à considérer qu'elle est due à l'existence d'une offre privée forte ou à une mauvaise organisation de l'offre de soins sur le territoire. Cette analyse, qui est à conduire avec la communauté médicale, doit porter sur les raisons qui motivent les patients à choisir d'autres structures que l'AP-HM : qualité de l'accueil, des relations avec le médecin traitant, lisibilité des parcours de soins, respect des heures de rendez-vous, offre ambulatoire... La mission a particulièrement été interpellée par la part de marché très faible de l'AP-HM en chirurgie (13,6% sur son territoire de recrutement défini comme étant celui où elle réalise 80% de son activité en chirurgie²).
- [49] Le projet d'établissement (qui doit prochainement être élaboré, voir *infra*) doit être l'occasion de définir une stratégie de reconquête de parts de marché afin qu'elles s'établissent au moins au niveau généralement constaté dans les CHU.

Recommandation n°1 : Intégrer au projet d'établissement une stratégie institutionnelle visant à améliorer l'attractivité de l'AP-HM.

1.2.2.2 Les charges de personnel ont augmenté

- [50] Les charges de personnels ont progressé entre 2012 et 2014 de 39 M€ en lien avec une progression des ETP moyens rémunérés importante sur la période (voir *infra*). Il s'agit d'un choix stratégique de l'établissement de ne plus piloter la masse salariale selon une approche budgétaire mais au contraire de définir des effectifs cibles dans chaque unité de soins et de remplacer ainsi les diverses absences. C'est le pari du soutien à l'activité qui a ainsi été opéré mais qui n'a pas suscité les effets attendus sur les recettes.
- [51] Cette évolution des effectifs fait l'objet d'une analyse spécifique *infra*.

² Projet de CREF – juin 2014.

- [52] Par ailleurs, la mission rappelle que le service de l'indemnité de résidence entraîne un surcoût non pris en compte dans les ressources ordinaires de l'établissement. En effet, Marseille étant classé dans la première zone d'indemnité de résidence, son taux s'élève à 3%. La question de la compensation de cette charge exceptionnelle reste en débat³.

1.2.2.3 Les autres charges ont sensiblement crû

- [53] Les charges à caractère médical et pharmaceutique ont également connu en 2013 une évolution importante (+8,1 M€ soit +3,1%) en particulier sur :
- la sous-traitance à caractère médical : progression de +7,5% (+1 M€) dont la principale source est liée aux analyses de laboratoires externalisées. Ce point mériterait une analyse dans la mesure où l'AP-HM dispose d'un plateau technique de biologie développé ;
 - les dépenses de maintenance biomédicale (+2,2 M€, soit +21%) ;
 - le titre 3 relatif aux charges à caractère hôtelier et général s'établit, hors variations de stocks, à 115,9 M€ soit + 13,2% par rapport à 2012 retraité en particulier par la neutralisation des charges de l'accord cadre Microsoft. Les principales évolutions sont les suivantes :
 - surcoûts ponctuels liés à la difficile ouverture de la plate-forme logistique : + 3 M€ ;
 - loyer de la plate-forme logistique (ouverture avril 2013) : + 5,1 M€ ;
 - dépenses de démarrage du Bâtiment Médico-technique Timone 2 avant installation des services médicaux : +1,2 M€ ;
 - augmentation des dépenses d'énergie (hausse des tarifs : +0,6 M€ hors BMT), de gardiennage dans le cadre du Plan de Prévention de la Violence (+0,6 M€), de bionettoyage (+0,3 M€).
 - le titre 4 diminue en 2013 de 8,5 M€ (- 6%). La progression des charges financières (+ 5,5 M€), non négligeable, intègre un évènement nouveau lié au 1er loyer financier de la plate-forme logistique ouverte en Partenariat Public-Privé (PPP) : + 2,6 M€.

1.2.3 La mise à niveau des pratiques comptables en vue de la certification pourrait avoir un impact très négatif sur le déficit structurel

- [54] La partie calculée du résultat (bonifications, provisions, dépréciations et amortissements) a un impact fort sur le résultat de l'établissement sans que sa situation patrimoniale en soit modifiée. Ainsi, du point de vue d'un organisme non assujéti à une imposition assise sur le résultat, il importe peu que certaines dépenses futures soient comptabilisées en fonds propres (par le report à nouveau négatif) ou en provisions, la seule différence étant le calendrier des décaissements et leur impact sur le résultat.
- [55] Pour autant, certains postes peuvent faire l'objet de discussions, particulièrement sensibles dans la perspective de la certification des comptes de l'établissement, en principe à compter de l'exercice 2016 :
- les créances sur la CPAM ;
 - les bonifications à constituer au titre des emprunts contractés à taux variable ;
 - la politique d'amortissement, notamment immobilière, de l'établissement.

³ Voir notamment les rapports de l'IGAS RM 2012-131P de décembre 2012 et 2013-065R de janvier 2014.

1.2.3.1 Le recouvrement de créances à hauteur de 14,5 M€ sur l'assurance maladie reste en débat

[56] L'AP-HM comptabilise pour 14,5 M€ à son actif des créances sur les caisses d'assurance maladie afférentes à des titres émis entre 1998 et 2013 et rejetés par ces dernières.

[57] Ces créances sont de natures différentes et devraient faire l'objet de trois traitements différents de la part de l'AP-HM :

- pour une première part, l'établissement partage les arguments de l'assurance maladie considérant ces créances comme prescrites ; elles devraient donc être retraitées comme créances irrécouvrables et apurées de l'actif ;
- pour une seconde part, le règlement par la caisse primaire d'assurance maladie nécessiterait une annulation et réémission des titres. Afin de simplifier cette opération portant sur une masse importante de titres, l'AP-HM privilégie la voie transactionnelle. Il apparaît⁴ toutefois que « lors de la dernière réunion du 21 janvier 2015 entre les services de l'AP-HM et de la CPAM, cette dernière a excipé d'une réponse négative de la Caisse nationale pour fermer définitivement la piste [...] de la voie transactionnelle » ;
- enfin, pour une dernière partie des créances, l'établissement envisage la voie contentieuse. D'un point de vue comptable, cette voie implique la constitution d'une provision pour litige à due concurrence.

[58] Au total, ces opérations pourraient se traduire par une contribution au résultat 2015 négative comprise jusqu'à hauteur de 14,5 M€.

1.2.3.2 Les bonifications au titre des emprunts à taux variable sont désormais comptabilisées

[59] L'AP-HM a souscrit de manière significative des emprunts comportant deux phases :

- une phase dite de bonification (ou parfois de mobilisation), pendant laquelle l'emprunt bénéficie « d'un taux bonifié conduisant à différer sa charge d'intérêt annuelle »⁵.
- une phase d'amortissement, pendant laquelle l'emprunt bénéficie d'un autre taux, *a priori* moins favorable.

[60] Dans cette hypothèse, l'avis n° 2012-04 du 3 juillet 2012 du Conseil de normalisation des comptes publics précise que « le différé de paiement des intérêts est une facilité de trésorerie et non une économie de charge ».

[61] Conformément à la fiche n°12 de la Direction générale de l'offre de soins et de la Direction générale des finances publiques⁶, cette bonification est constatée en dette (compte 1688, intérêts courus non échus) mais est calculée.

⁴ Note 22/2015 du 22 avril 2015 du receveur de l'AP-HM.

⁵ 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.

⁶ Comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés - Provisions pour risques et charges sur emprunts - Comptabilisation des indemnités de remboursement anticipé (IRA).

[62] L'AP-HM a repris ses comptes 2013 afin de constater cette bonification pour un montant de 18,7 M€. Conformément à la fiche n°4 de la Direction générale de l'offre de soins et de la Direction générale des finances publiques relative aux corrections d'erreurs commises au cours d'exercices antérieurs, cette écriture s'est faite par virement depuis les réserves de l'établissement⁷ et n'a donc pas eu d'impact sur le compte de résultat.

[63] S'agissant de l'exercice 2014, dans le cadre du jeu normal des constitutions et reprises de bonifications, une reprise de 474 k€ et une dotation de 1 066 k€ devraient être constatés, contribuant ainsi à hauteur de 592 k€ au résultat déficitaire de l'exercice.

1.2.3.3 La politique d'amortissement doit être revue dans la perspective de la certification des comptes

[64] Lors de l'arrêté des comptes 2013, les bâtiments étaient amortis sur une durée de 50 ans alors qu'il est d'usage de retenir une durée de 30 ans⁸. Le tableau suivant présente le montant de l'amortissement qui devrait s'imputer chaque année sur le résultat comptable pour les constructions, en les supposant intégralement amortissables linéairement :

Tableau 5 : Évaluation de l'impact sur le résultat d'un raccourcissement de la durée d'amortissement des constructions

Exercice	Constructions (actif)	Amortissement (50 ans)	Amortissement (30 ans)	Écart
2013	1 442,3	28,8	48,1	19,2
2014	1 496,4	29,9	49,9	20,0

Source : Mission IGAS sur la base des comptes 2013 et des comptes provisoires 2014. Chiffres en M€.

[65] Ce chiffrage doit être envisagé avec prudence, c'est à dire en ordre de grandeur. Pour autant, c'est l'ensemble des éléments d'actif (et non les seules constructions) qui doivent voir leurs durées d'amortissement confrontées aux bonnes pratiques préconisées par la M21.

[66] Surtout, d'un point de vue prospectif, ce changement de méthode comptable, préalable à la certification des comptes, entraînera une dégradation récurrente du résultat comptable de l'établissement sans que sa situation patrimoniale en soit affectée.

1.3 La situation patrimoniale de l'AP-HM est également inquiétante

[67] Le bilan de l'AP-HM peut se décomposer selon les soldes intermédiaires de gestion comme suit :

⁷ Note du 31 janvier 2015 relative au traitement comptable des phases d'intérêts bonifiés pour emprunts.

⁸ Le chapitre 3.2.1 du tome II de la M21 mentionne des taux d'amortissement indicatifs compris entre 3,33% et 5%, soit une durée d'amortissement comprise entre 20 et 30 ans.

Tableau 6 : Les éléments du bilan de l'AP-HM (2012-2014)

ACTIF				PASSIF			
	2 012	2 013	2 014		2 012	2 013	2 014
Immobilisations incorporelles	55 046 374	57 739 232	60 179 061	Apports	197 977 087	199 420 728	199 642 733
Charges à répartir				Excédents affectés à l'investissement	63 865 947	73 584 120	75 527 986
Immobilisations corporelles	1 810 836 733	1 972 057 642	2 016 916 754	Subventions	8 591 658	11 014 971	22 502 938
Immobilisations financières	1 127 807	1 300 126	1 276 396	Provisions réglementées	50 472 412	59 404 059	30 972 823
				Amortissements	952 285 907	988 782 720	1 038 866 074
Créance de la sectorisation psychiatrique	326 338	326 338	0	Emprunts & dettes assimilées	883 588 893	1 013 158 875	1 009 835 013
Créances dites de l'art.58	2 970 861	2 970 861	2 970 861	Réserve de trésorerie (ant. à DGF)	54 877 301	54 877 301	54 877 301
				Provisions pour risques & charge	19 467 895	32 702 675	50 730 946
				Résultat	-479 142	-33 643 919	-40 424 247
				Report à nouveau	-273 485 553	-297 109 107	-342 095 572
				Report à nouveau excédentaire	7 209 146	9 069 542	10 068 536
				Report à nouveau déficitaire	-280 694 699	-306 178 648	-352 164 108
I - Biens stables	1 870 308 114	2 034 394 200	2 081 343 072	I - Financements stables	1 957 162 405	2 102 192 423	2 100 435 996
FDR NET GLOBAL (négatif)				FDR NET GLOBAL (positif)	86 854 292	67 798 224	19 092 924
Stocks	11 814 204	13 805 869	11 963 730	Dettes Fournisseurs exploit	73 251 318	60 290 982	84 261 368
Hospitalisés & consultants	33 232 309	34 409 913	38 743 194	Dettes Fournisseurs immo	3 801 257	4 422 988	6 901 713
Sécurité Sociale	129 175 319	135 854 036	125 507 130	Dettes fiscales & sociales	43 039 505	46 498 539	45 743 710
Autres tiers payant	60 857 769	49 522 159	52 304 521	Avances reçues	40 834	47 634	21 828
Autres	17 601 829	18 831 108	21 368 674	Produits constatés d'avance	8 150 496	12 740 249	16 495 324
Créances diverses	28 261 052	27 534 556	33 187 279	Autres	6 356 337	8 035 663	3 129 929
Dépenses à classer	1 007 684	1 472 738	1 874 808	Dépréciations d'actifs circulants	7 090 349	5 184 486	5 338 420
Créances irrécouvrables	0	0	0	Recettes à classer	8 962 801	19 748 413	3 689 296
II - Créances	281 950 168	281 430 380	284 949 336	II - Dettes	150 692 897	156 968 954	165 581 588
BFR	131 257 270	124 461 425	119 367 748	EFE			
Valeurs de placement				Fonds déposés	1 064 883	884 920	902 268
Disponibilités	107 525	1 267 664	6 368 569	Concours bancaires	37 950 000	50 110 000	78 500 000
dotations attendues				ICNE	5 495 621	6 935 947	27 241 124
III - Liquidités	107 525	1 267 664	6 368 569	III - Financements à court terme	44 510 504	57 930 867	106 643 393
TRESORERIE POSITIVE				TRESORERIE NEGATIVE	44 402 979	56 663 203	100 274 824
TOTAL DES BIENS	2 152 365 806	2 317 092 244	2 372 660 977	TOTAL DES FINANCEMENTS	2 152 365 806	2 317 092 245	2 372 660 977

Synthèse équilibres (K€)	2012	2013	2014
FRI	289 771	314 268	298 975
FRE	-202 917	-246 470	-279 882
FRNG	86 854	67 798	19 093
BFRE	165 619	174 593	154 922
BFR	131 257	124 461	119 368
Trésor	44 403	56 663	100 275

Source : AP-HM.

[68] Ce bilan permet d'avoir une approche structurelle de la santé financière de l'établissement indépendamment des questions budgétaires et comptables.

[69] La synthèse des principaux soldes intermédiaires de gestion est présentée dans le graphique ci-dessous :

Graphique 4 : Synthèse des soldes intermédiaires de gestion

Synthèse équilibres (K€)	2012	2013	2014
FRI	289 771	314 268	298 975
FRE	-202 917	-246 470	-279 882
FRNG	86 854	67 798	19 093
BFRE	165 619	174 593	154 922
BFR	131 257	124 461	119 368
Trésor	44 403	56 663	100 275

Source : AP-HM.

[70] Les principaux enseignements du bilan fonctionnel 2014 sont les suivants :

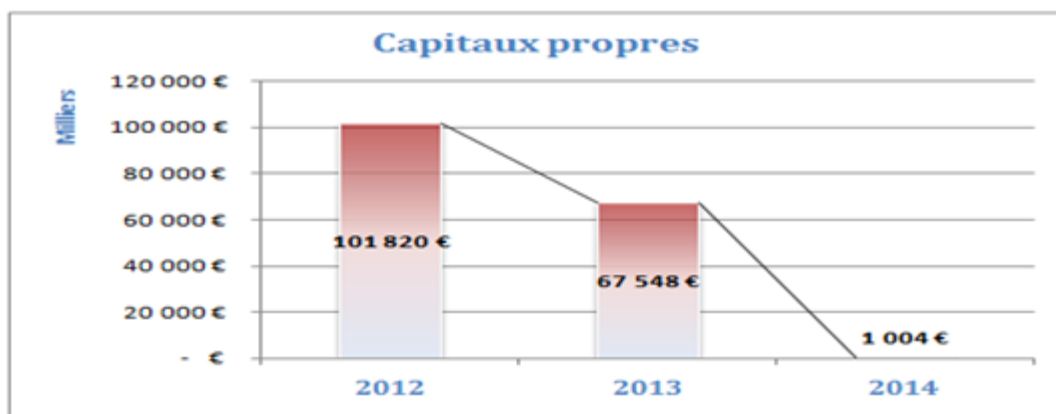
- pour la 2^{ème} année consécutive, le fonds de roulement net global (FRNG), de 19 092 k€ en 2014, chute de -71,8 %, les financements stables ayant régressé à l'inverse des biens stables (-0,1 % contre +2,3 %). Son ratio de 0,1 jours de charges courantes l'éloigne de la médiane des CHU⁹ (33,4 jours en 2013) et le place dans une situation alarmante. Cette chute brutale trouve sa source dans 2 phénomènes conjugués :
 - l'équilibre du tableau de financement 2014 a été réalisé par un prélèvement sur le FRNG (- 40 433 k€) ;
 - une correction d'écriture (ainsi qu'un flux budgétaire) relative à une reconstitution des bonifications sur emprunts complexes est venue diminuer les fonds propres (c/10682) au profit du bas de bilan – financements court terme (c/1688) pour 19,3 M€.
- l'évolution des soldes de haut de bilan :
 - l'actif de la structure ne présente plus la créance de la sectorisation psychiatrique (326 k€) soulignée par la précédente mission IGAS. Cette situation a pu être régularisée avec une dotation spécifique versée par l'ARS PACA ;
 - l'évolution importante des subventions (+104 %) est le résultat d'aides financières externes et notamment celle de 10 M€ en fin d'année 2014 ;
 - l'évolution des soldes des comptes de provisions indiquent d'une part un mouvement de transfert entre les comptes 14 et 15 (lié au changement d'imputation comptable des CET) et d'autre part un effet de reprise sur provision au cours de l'exercice budgétaire.
- le besoin en Fonds de Roulement (119 367 k€) diminue de 4.1%. C'est principalement dû à la progression importante des dettes (+ 5.5 %) et en particulier des dettes fournisseurs (+ 41 % ; + 26 449 k€ / N-1). Cela souligne les fortes tensions de trésorerie rencontrées par l'établissement sur la fin d'exercice 2014 qui a ainsi compensé son manque de liquidités par du « crédit fournisseur » en allongeant ses délais de paiement. ;
- le ratio très faible sur les dépréciations d'actifs (2% des actifs circulants) indique que l'établissement n'a pas encore abouti sur la méthodologie à adopter pour apprécier l'intensité du risque d'irrecouvrabilité de ses créances douteuses ;
- le besoin en fonds de roulement exprimé en nombre de jours de charges courantes s'établit à 36 jours nettement en dessous de la médiane des établissements comparables qui se situe à 28 jours en 2013 ;
- la trésorerie diminue de 77 % et demeure négative à - 100 274 k€. Son ratio de 30,5 jours de charges place l'AP-HM parmi les 10 % des CHU ayant le plus faible niveau de trésorerie (la médiane est à 3,43 jours en 2013). Au 31/12/2014, l'établissement compte dans ses financements court terme 78 500 k€ de crédits de trésorerie (son plafond de ligne de trésorerie à 70 M€ a été ponctuellement complété par des entrées d'emprunts revolving pendant leur phase de mobilisation) ;

⁹ Source : base de données inter CHU.

- les équilibres bilantiels sont très dégradés. La structure financière de l'établissement rend nécessaire plus encore qu'en 2013, non seulement un plan de redressement, mais aussi une surveillance étroite des variables de court terme.

[71] Les fonds propres (composés des apports, subventions, réserves et excédents affectés, résultat et reports à nouveau, provisions réglementées du c/14) disparaissent en 2014 (1 M€) dans la structure bilancielle du fait du changement d'imputation comptable des provisions pour CET (21 M€) mais surtout du poids dominant et toujours croissant du report à nouveau déficitaire (- 342 095 k€ au 31/12/2014) en sus du compte de résultat courant (- 40 424 k€) comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique 5 : Evolution des fonds propres



Source : AP-HM. Les montants sont en k€ et non en € comme indiqué sur le graphique.

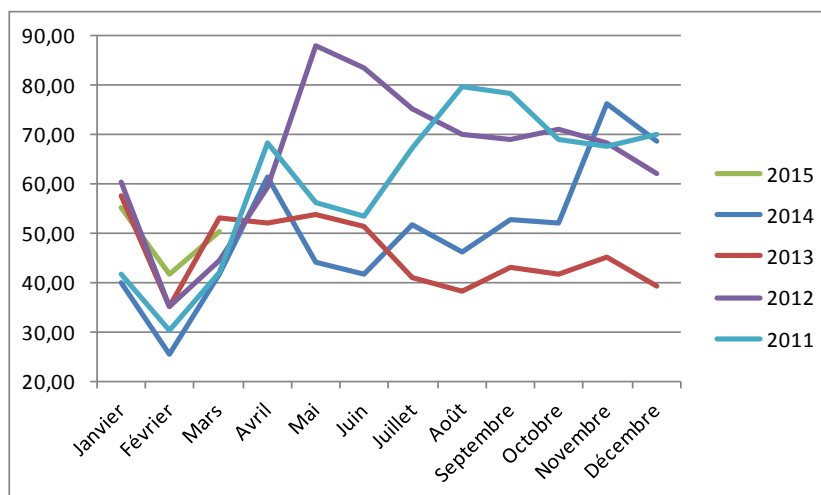
- [72] La conclusion du diagnostic financier figurant dans la première proposition de CREF demeure d'actualité.
- [73] Il ressort de l'analyse des postes du bilan une structure financière déséquilibrée que l'accumulation des déficits successifs a rendue critique pour la gestion des variables de court terme.
- [74] Le haut de bilan se caractérise par une politique d'investissement soutenue qui ne trouve pas de contrepartie équilibrée dans les financements stables. En effet, la faiblesse des capitaux propres due aux déficits cumulés, laisse une place prépondérante à la dette long terme. Ceci accentue la dépendance de la structure aux banques.
- [75] Le renforcement des fonds propres constitue l'une des priorités afin de soutenir le FRNG :
- l'AP-HM doit, sur le très court terme, mettre en œuvre un plan d'action ayant un effet notable sur sa marge brute et son autofinancement en s'efforçant de dégager des apports successifs au FRNG ;
 - à l'appui de cet objectif prioritaire et incontournable, l'établissement devra poursuivre et accélérer les cessions d'actifs en essayant de les accélérer à l'inverse du résultat décevant de l'exercice 2014 ;
 - à défaut, les investissements devront être fortement ralentis voire stoppés car la dette, trop élevée, est à réduire progressivement.

1.4 Une trésorerie sous tension

1.4.1 La situation de trésorerie s'est progressivement dégradée

[76] Le délai global de paiement (DGP) s'est dégradé entre 2013 (DGP moyen de 46,77 jours) et 2014 (DGP moyen de 53,34 jours), les premiers mois de 2015 ne démentant pas la tendance. Malgré cette dégradation, la situation demeure plus satisfaisante qu'en 2011 et 2012 (DGP moyens de 61,15 et 67,68 jours) comme le montre le graphique suivant :

Graphique 6 : Délai global de paiement (en jours)



Source : Données AP-HM.

[77] Il apparaît toutefois que l'amélioration constatée entre 2012 et 2013 traduit surtout la mobilisation de lignes de trésorerie afin de régler les dettes fournisseurs. Sur 2014, on constate simultanément une augmentation des dettes fournisseurs et des lignes de trésorerie ouvertes, ce qui montre que les dernières n'ont pas été mobilisées pour régler les premières comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Postes de financement financiers et fournisseurs

Montants en €	2012	2013	2014
Emprunts bancaires	836 788 744,20	836 788 744,20	836 149 534,56
Emprunts et dettes financières	5 607 114,45	98 305 638,60	115 926 163,28
Trésorerie (passif)	37 950 000,00	50 110 000,00	78 500 000,00
Dettes fournisseur	73 251 318,28	60 290 981,95	84 261 367,59
Total trésorerie + dettes fournisseurs	111 201 318,28	110 400 981,95	162 761 367,59

Source : Comptes AP-HM. Les chiffres 2014 sont issus des comptes provisoires non approuvés par le conseil de surveillance.

[78] Le diagnostic posé par la mission est pour l'essentiel partagé par la Direction régionale des finances publiques qui, dans sa note sur la situation de la trésorerie de l'AP-HM du 11 mai 2015, constate une « trésorerie passive à hauteur de 81M€ au bilan 2014 (notamment composé dans le passif circulant de dettes fournisseurs à 91M€ soit +41% / N-1) illustrant, dès l'approche patrimoniale, une situation financière très fortement dégradée que même la mobilisation intégrale des lignes de trésorerie (dont le plafond est actuellement à 70M€), ne pourra pas couvrir suivant les périodes de l'année ». Elle conclut que la situation lui impose « de financer son déséquilibre courant principalement par recours au crédit fournisseur (c'est-à-dire allongement du délai de paiement au-delà du seuil réglementaire) ».

[79] Enfin, on constate que les dépenses à court terme n'ont pas été financées par des emprunts à long terme, l'encours d'emprunts bancaires restant stable sur la période. Par ailleurs, l'augmentation de l'encours d'emprunts et dettes financières est dû pour l'essentiel à la comptabilisation des loyers restant dus au titre du partenariat public / privé finançant l'acquisition de la plateforme logistique.

1.4.2 Les projections pour l'avenir ne font pas apparaître de perspective d'amélioration

[80] La plateforme ANCRE, gérée par l'ATIH, recueille, entre autres éléments, les plans de trésorerie des établissements de santé publics ou à but non lucratif. Le plan de trésorerie établi à fin avril était le suivant :

Tableau 8 : Plan de trésorerie – mai à novembre 2015

Chiffres 2015 (en M€)	Encaissements			Décaissements				Solde
	Recettes maladie) (assurance	Autres d'exploitation recettes	Total encaissements	Salaires chargés	Mandats fournisseurs	Remboursements emprunts	Total décaissements	
Mai	92,0	23,9	115,9	64,0	31,3	4,9	109,9	+6,1
Juin	66,2	21,6	90,4	64,0	15,0	7,8	90,0	+0,4
Juillet	77,8	21,8	99,6	64,0	26,5	6,1	99,4	+0,2
Août	76,7	23,2	99,9	64,0	33,0	1,6	101,0	-1,0
Septembre	86,2	17,5	103,7	64,0	32,0	5,0	103,3	+0,4
Octobre	76,2	17,5	93,7	64,0	19,0	10,4	95,2	-1,6
Novembre	75,2	20,2	99,4	64,0	20,0	4,0	97,8	+1,6

Source : AP-HM, extraction ANCRE.

[81] Le solde de trésorerie apparaît donc équilibré. En pratique, l'échéancier des décaissements dépend des hypothèses faites sur le mandatement des fournisseurs. Il apparaît que l'échéancier anticipe un allongement des délais fournisseurs comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 9 : Prévisions de reste à payer – mai à novembre 2015

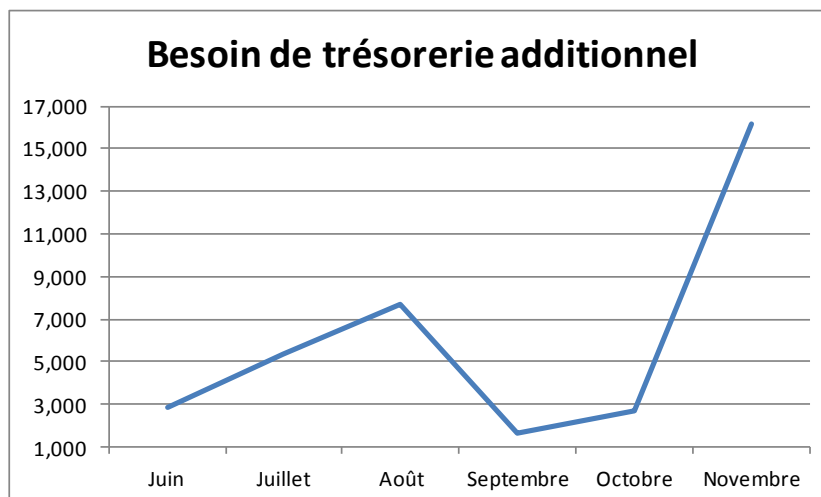
Chiffres 2015 (en €)	Reste à payer (début de mois)	Dont fournisseurs au delà du délai réglementaire	Part des dettes fournisseurs au- delà du délai réglementaire
Mai	78 983 086	17 038 641	21,6%
Juin	81 834 753	19 890 308	24,3%
Juillet	87 228 770	25 284 325	29,0%
Août	94 895 436	32 950 992	34,7%
Septembre	96 562 103	34 617 659	35,9%
Octobre	99 228 770	37 284 325	37,6%
Novembre	115 395 436	53 450 992	46,3%

Source : AP-HM, extraction ANCRE.

[82] On constate donc que le reste à payer, composé pour l'essentiel de dettes fournisseurs, connaissent une augmentation significative (augmentation de 46% entre mai et novembre), avec comme corolaire un triplement de l'encours de dettes fournisseurs restant à régler au delà du délai réglementaire (soit 50 jours¹⁰).

[83] En se basant sur ces hypothèses, on peut chiffrer les besoins de trésorerie comme le montant permettant de stabiliser le reste à payer (ou, par construction, l'encours de dettes fournisseurs au-delà du délai réglementaire). Le graphique suivant représente les injections mensuelles d'argent frais nécessaires à un simple maintien du reste à payer :

Graphique 7 : Besoin de trésorerie additionnel



Source : *Calculs mission sur la base de l'extraction ANCRE.*

[84] Par ailleurs, s'agissant des intérêts moratoires, dont le taux¹¹ est égal « au taux d'intérêt appliqué par la Banque centrale européenne à ses opérations principales de refinancement les plus récentes, en vigueur au premier jour du semestre de l'année civile au cours duquel les intérêts moratoires ont commencé à courir, majoré de huit points de pourcentage » (soit 8,05% lors de la rédaction de ce rapport) représentent les montants suivants :

Tableau 10 : Chiffrage des intérêts moratoires

Période (montants en €)	Reste à payer au-delà du délai réglementaire	Intérêts moratoires
Mai	17 038 641	110 288,57
Juin	19 890 308	128 746,99
Juillet	25 284 325	163 661,65
Août	32 950 992	213 286,84
Septembre	34 617 659	224 074,93
Octobre	37 284 325	241 335,86
Novembre	53 450 992	345 980,27

Source : *Mission IGAS. Intérêts moratoires dus au titre de la période, calculés au taux actuariel de 8,05% (base $\frac{30}{360}$), sur l'assiette des montants dus en début de période et sans composition des intérêts.*

¹⁰ Article premier du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.

¹¹ Article 8 du décret précité.

2 UN ACCROISSEMENT IMPORTANT DES EFFECTIFS ET DE LA MASSE SALARIALE

2.1 L'évolution des effectifs rémunérés depuis 2011 a été importante mais non financée par une croissance d'activité

2.1.1 Une croissance lente mais continue du personnel médical

[85] Comme le montre le tableau ci-dessous, la croissance de l'effectif du personnel médical est lente mais continue. Depuis 2011, elle représente un accroissement de 2,6 % des ETP médicaux, hors internes.

Tableau 11 : Evolution de la moyenne mensuelle de l'effectif médical rémunéré (tous statuts)

Année	2011	2012	2013	2014	2015
moyenne mensuelle	1135,65	1142,68	1150,20	1160,04	1165,15

Source : AP-HM. Chiffres 2015 sur un trimestre.

[86] S'agissant de personnels médicaux, pour lesquels le coût unitaire moyen est élevé, cela représente une masse salariale supplémentaire de plus de 3 millions d'euros, que ne viennent compenser ni l'accroissement d'activité, ni une amélioration de l'activité de recherche.

Encadré n°2 : éléments concernant la recherche à l'AP-HM

Le classement des 10 premiers CHU de France en termes de publications ou de participation aux essais cliniques (détaillé en annexe 1) montre que l'AP-HM est positionnée en troisième rang pour le nombre et la, qualité de ses publications. Elle est cependant loin derrière le second, les Hospices civils de Lyon. Pour ce qui est de la participation aux essais cliniques, l'AP-HM n'est qu'en sixième position, talonnée par les CHU de Clermont Ferrand et Bordeaux.

Source : Mission IGAS.

2.1.2 Une croissance rapide du personnel non médical

[87] Les effectifs rémunérés de l'APH-M ont évolué de 474 ETP entre 2011 et 2014 et de 414 ETP entre 2011 et le premier quadrimestre 2015, comme le montre le tableau suivant :

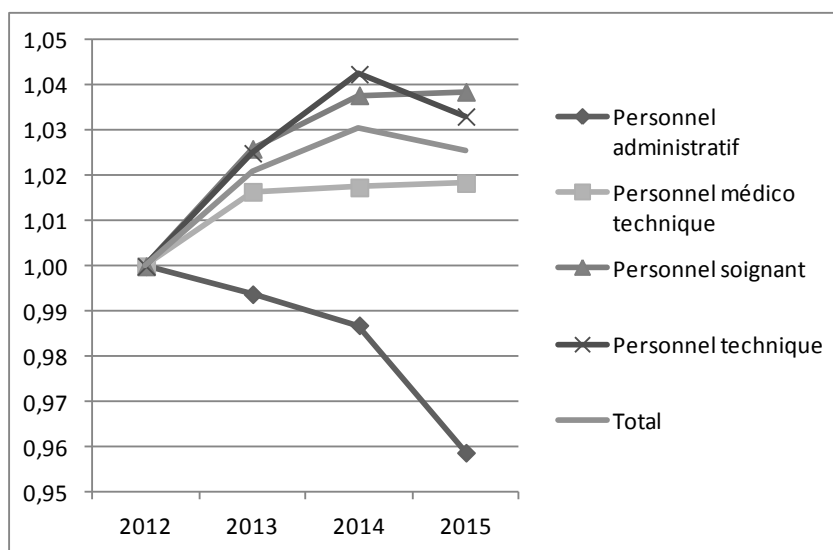
Tableau 12 : Personnel non médical : évolution 2011-2015 de l'effectif mensuel rémunéré

Exercice	2011	2012	2013	2014	2015
Personnel administratif	1 461	1 455	1 446	1 436	1 395
Personnel médico technique	1 034	1 032	1 049	1 050	1 051
Personnel soignant	7 748	7 853	8 057	8 150	8 156
Personnel technique	1 589	1 600	1 640	1 668	1 653
Total	11 831	11 940	12 191	12 305	12 245

Source : AP-HM.

[88] Les différentes catégories d'effectifs ont connu des évolutions différenciées comme le montre le graphique suivant :

Graphique 8 : Évolution des effectifs non médicaux par catégorie (base 100=2012)



Source : Mission d'après données AP-HM.

[89] Sur la période 2012-2014, les effectifs administratifs ont diminué alors que les effectifs techniques et soignants ont augmenté sensiblement. Le début 2015 a été marqué par une diminution des effectifs à l'exception des soignants et médico-techniques.

[90] S'agissant de la masse salariale, elle évolue de la manière suivante :

Tableau 13 : Évolution du cumul des salaires des personnels non médicaux 2011-2014 (en euros)

Exercice	2011	2012	2013	2014
Dépenses PNM	552 496 746	556 002 186	570 760 588	580 345 094
HS hors astreintes	7 555 613	5 974 214	4 685 271	3 959 933
Intérim	3 898 682	3 048 845	1 593 018	1 254 579
Astreintes déplacées	1 485 580	1 527 304	1 608 567	1 762 582
Total	565 436 621	566 552 549	578 647 443	587 322 188

Source : AP-HM, Calcul IGAS.

[91] Les dépenses de personnel non médical (en ce compris les dépenses d'heures supplémentaires, d'astreintes et d'intérim) ont augmenté de 21,9 M€ sur la période 2011-2014, malgré une diminution de 6,2 M€ des heures supplémentaires et de l'intérim.

[92] Au total, la diminution récente des effectifs a été rendue possible par :

- la décision de centraliser les affectations au sein de la DRH, et ne plus laisser la possibilité aux directions de site de procéder aux mouvements de personnel sans vacance de poste validée institutionnellement comme par le passé ;
- le non remplacement de 60 ETP administratifs et techniques.

[93] Par ailleurs, la rémunération des astreintes pose des difficultés particulières qui font l'objet de l'annexe 5.

2.2 Un bilan contrasté en termes de productivité

- [94] Selon les résultats d'hospidiag¹², qui permettent de mettre en perspective les résultats de l'AP-HM avec ceux d'autres établissements comparables, les coûts du personnel médical et du personnel des services de soins seraient plutôt inférieurs à la moyenne, quand les coûts du personnel médico-technique et du personnel administratif, logistique et technique seraient bien supérieurs.
- [95] **Pour les personnels médicaux et des services de soins**, ils se situent en dessous de 2^{ème} décile, c'est-à-dire que l'AP-HM fait partie des 20% des établissements les plus performants, que ce soit au sein des établissements de la région, de la même catégorie (établissements publics) ou de la même typologie (établissements universitaires de grande taille).
- [96] Sur cette catégorie de personnels, la mission a constaté que l'AP-HM disposait de 70,3 postes d'infirmiers de coordination et de 19 infirmiers tuteurs de stage dont les fonctions ne semblent pas toujours indispensables et qui ne participent à la production de soins. Pour une partie d'entre eux, il s'agit d'agents qui ne sont plus en capacité d'exercer une fonction complète de personnel infirmier et qu'ils trouvent dans ces postes une forme de reclassement.
- [97] Cette pratique coûte plus de 4,3 M€ à l'APH-M. Il conviendrait sans doute de revoir les raisons pour lesquelles ces personnels bénéficient de cet avantage et le limiter au strict nécessaire.

Recommandation n°2 : Diminuer le nombre de postes transversaux dans les unités de soins.

- [98] **Pour les autres catégories de personnel** (administratifs, techniques et médico-techniques), l'AP-HM se situe au dessus du 8^{ème} décile, c'est-à-dire fait partie des 20% des établissements les moins performants.
- [99] Les conclusions doivent toutefois être nuancées, car des disparités existent aussi au sein des grandes familles de personnel. C'est ainsi que l'AP-HM est classé en dessous du 2^{ème} décile pour le nombre d'accouchements par gynécologue - obstétricien et par sage-femme, et que le nombre d'indice de complexité relative (ICR) par anesthésiste et par infirmière anesthésiste diplômée d'État (IADE) est très en dessous de la moyenne.
- [100] Afin d'affiner le diagnostic ainsi posé, une analyse partagée par l'ensemble des acteurs de la communauté hospitalière devra être menée sur la formation des coûts de personnel (effectifs et coût de la masse salariale) dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement afin de participer à l'efficience de l'AP-HM.

Recommandation n°3 : Intégrer dans le volet social du projet d'établissement une analyse médico-économique des coûts de personnel

2.3 Le défaut de projet d'établissement a conduit à une addition de décisions expliquant l'augmentation des effectifs

- [101] La mission s'est efforcée de rechercher les raisons qui ont conduit à cette augmentation importante des effectifs. Deux grands ensembles émergent :
- des mesures de gestion des ressources humaines (mise en place des pools de remplacement ; définition des effectifs cible ; renforcement de l'encadrement administratif ; remplacement des départs pour formation) ;
 - les effets non maîtrisés de la mise en service du BMT et de la PFL.

¹² Voir annexe 2

- [102] L'absence de projet d'établissement formalisé, partagé et diffusé, n'a pas permis de bénéficier d'une stratégie cohérente. Les mesures prises n'étaient pas intégrées dans une démarche institutionnelle claire.

2.3.1 Des pools de remplacement ont été créés

- [103] Des pools de remplacement ont été mis en place au cours de l'été 2013. Une diminution des dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires a été constatée de 2014 sur 2013 à hauteur d'environ 1 M€. Cette diminution s'inscrit toutefois dans une dynamique antérieure à la mise en place des pools, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 14 : **Évolution 2011-2014 du volume des dépenses d'heures supplémentaires et d'intérim (en euros)**

Exercice	2011	2012	2013	2014
Heures Supplémentaires	7 555 613	5 974 214	4 685 271	3 959 933
Intérim	3 898 682	3 048 845	1 593 018	1 254 579
Total	11 454 295	9 023 059	6 278 289	5 214 512
<i>Ecart/N-1</i>		- 2 432 226	-2 744 770	-1 063 777

Source : AP-HM, calcul IGAS

- [104] Le pool comprend 110 ETP rémunérés fin avril 2015. Par rapport à l'objectif cible, il resterait 45,8 postes à recruter en 2015, principalement dans le grade infirmier, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 15 : **Tableau des emplois des pools (cibles et effectifs rémunérés)**

	Cible (en ETP)	Effectif au 30/04/2015
Total Pool	157,00	111,20
pool spécialisé IDE (réanimation, psychiatrie)	66,00	37,90
pool spécialisé AS (réanimation, psychiatrie)	12,00	4,40
pool généraliste IDE	49,00	37,10
Pool généraliste AS	30,00	31,80

Source : AP-HM.

- [105] Le bilan de l'opération n'apparaît pas positif sur le plan financier : 157 postes à 47 600 euros de coût moyen¹³ représentent une dépense totale de 7,5 M€, donc sensiblement plus que l'économie réalisée depuis la mise en place des pools.

Recommandation n°4 : Dans l'attente d'une définition de la stratégie fixée par le projet d'établissement, ne pas recruter les 45,8 postes prévus pour 2015.

2.3.2 Les départs en promotion professionnelle sont remplacés

- [106] Jusqu'en 2012, les départs en promotion professionnelle n'étaient pas remplacés au sein des unités de soins. Il a été décidé de procéder au remplacement de ces départs, mesure qui a été suivie d'effet lors de la rentrée de septembre 2013.

- [107] Cela représente l'équivalent de 56 postes pour lesquels, par rapport à la situation antérieure, aucun financement n'est prévu.

¹³ Source : DGOS.

- [108] En situation de déficit, il apparaît pertinent de revenir à la situation antérieure ou de minorer le montant des formations prévues, le projet d'établissement devant traiter de la politique de remplacement dans le cadre d'une approche globale.

Recommandation n°5 : Diminuer voire supprimer à brève échéance les remplacements pour promotion professionnelle.

2.3.3 Un encadrement administratif intermédiaire qui se renforce

- [109] Le personnel administratif a décliné entre 2011 et 2015 (voir *supra*). Cette décroissance n'a pas touché l'encadrement intermédiaire, qui est passé de 33,2 ETP en 2011 à 41,5 en 2014, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Effectif Attachés Administration Hospitalière

Lettre Budg.	Statut			Total 2011	Statut			Total 2012	Statut			Total 2013	Statut			Total 2014
	C.D.D	C.D.I	TIT./STAG		C.D.D	C.D.I	TIT./STAG		C.D.D	C.D.I	TIT./STAG		C.D.D	C.D.I	TIT./STAG	
A						1		1		1		1		1		1
C		0,8	0,9	1,7			0,9	0,9								
H	1,7	3	26,8	31,5	4,8	5,6	24,4	34,8	4,8	8,8	23,2	36,8	4	12,8	23,7	40,5
Total	1,7	3,8	27,7	33,2	4,8	6,6	25,3	36,7	4,8	9,8	23,2	37,8	4	13,8	23,7	41,5

Source : AP-HM.

- [110] On observera que la proportion des différents statuts a évolué puisqu'en 2011, les contractuels (CDD et CDI) ne représentaient que 17% de l'effectif, alors qu'ils en représentent 42% en 2014.
- [111] Il n'a pas été possible, compte tenu des délais, de faire une évaluation du coût engendré par cette évolution, notamment du fait de l'incidence sur les salaires des personnes recrutées par contrat.

2.3.4 La définition d'effectifs cible par unité a eu des conséquences inflationnistes

- [112] La direction de l'AP-HM a souhaité établir un tableau des effectifs cibles permettant de réaliser l'activité de soins.
- [113] La réflexion a concerné les 31 pôles de l'établissement (23 pôles de soins, 4 centres de gestion qui correspondent aux blocs opératoires, 4 pôles médico-techniques) pour les soins infirmiers, les activités médico techniques et le bionettoyage. Elle s'appuyait sur des recommandations de l'ANAP. La méthodologie présente deux caractéristiques conduisant à une majoration de l'effectif cible requis :

- c'est toujours le niveau bas de la fourchette des effectifs et du nombre de lits qui a été retenu. Le calcul se faisait ainsi sur la base de un tandem une infirmière-une aide soignante pour 12,5 lits en hospitalisation complète de jour et pour 25 lits la nuit ;
- c'est sur la base d'un taux d'occupation à 100% que les calculs ont été menés.

- [114] Un troisième élément est venu se surajouter : les unités médicales de l'AP-HM, ne correspondant pas pour la plupart à un multiple du nombre de lits servant de base aux calculs, les effets de structure et d'arrondis ont gonflé mécaniquement le nombre de postes à créer, alors même qu'aucune augmentation de l'activité réellement constatée ne permette de les financer.

Tableau 17 : Conséquences sur les créations de poste de l'application des calculs des effectifs cibles

MOTIFS	AUGMENTATIONS	DIMINUTIONS	ECARTS ETP PNM
Modifications de périmètres	+150.8	- 63.1	+ 87.7
Mise aux normes SSPI	+ 21.8		+ 21.8
Mesures spécifiques	+ 38.13		+ 38.1
Analyse des organisations de mai 2014 à mai 2015	-83.3		- 83.26
Sous TOTAL	+ 210.8	- 146.4	+ 64.37
Défaut d'enregistrement en mai 2014 (0.0025 %)	+22.89		+ 22.89
Imagerie	+7.5	2 lignes astreinte et heures sup. jour + nuit	+7,5
Centre gestion bloc T2	+9.5	3 lignes astreinte et heures sup. jour + nuit	+9,5
TOTAL	250,7	-146,6	+ 104,3

Source : AP-HM

- [115] La diffusion du tableau des effectifs cibles par pôle réalisée en avril 2014 conduit aujourd'hui à cinq écueils :
- à titre liminaire, seules les organisations soignantes ont été travaillées. Les organisations autres que soignantes auraient dû également être évaluées ;
 - les organisations soignantes ont été calibrées sur le principe d'un taux d'occupation des unités de soins à 100%. La prise en considération des variations d'activité est un paramètre à intégrer impérativement, afin essentiellement de corrélérer la répartition des ressources au regard de l'activité ;
 - les tableaux des effectifs cibles ont été diffusés à chaque pôle, tout statut et tout métier confondus. Les seules organisations soignantes ayant été travaillées, les références sur les autres métiers (AMA, psychologues,...) sont celles constatées au 31 mars 2014. Les tensions institutionnelles sont importantes dans la mesure où, sans organisation travaillée, à de rares exceptions près, les départs ne sont pas remplacés depuis quelques mois.
 - il existe actuellement un écart entre les effectifs soignants pourvus et effectifs soignants cibles : (50 postes sur les pools, 100 pour l'ouverture de lits et la mise aux normes des unités de réanimation et surveillance continue). Cet écart est également générateur de tensions. Pour autant la mission recommande de ne pas procéder aux recrutements (cf *supra*) ;
 - par définition, l'effectif cible représente l'effectif nécessaire au fonctionnement. Toute absence est donc ressentie comme devant être remplacée. Or les pools et l'intérim ne permettent de couvrir que 40% de l'absentéisme de l'établissement. La direction de l'AP-HM a défini des effectifs cibles qu'elle n'était pas en mesure de mettre en place, en particulier sur le plan financier.
- [116] La mission recommande donc de revoir la méthode de fixation des effectifs cibles
- en retenant des ratios effectifs/lits moins uniformes pour tenir compte de la lourdeur réelle des patients ;

- en abandonnant la prise en compte systématique d'un taux d'occupation à 100% et en intégrant le taux d'occupation réel et ses éventuelles variations saisonnières ;
- en limitant l'application du raisonnement aux services dont le nombre de lits est un multiple entier du nombre de lits retenu pour servir de base aux calculs pour éviter tout effet de structure et arrondis ;
- en n'intégrant pas, comme cela a été fait pour les réanimations, l'absentéisme dans la dotation en personnel car cela conduit à remplacer les agents qu'on avait déjà recrutés dans le service pour remplacer les absents (voir *infra*) ;
- en conditionnant tout recrutement à l'existence de ressources pour le financer ;
- en prenant toutes dispositions pour lutter contre un absentéisme anormalement élevé qui classe l'AP-HM comme le deuxième plus mauvais des CHU Français pour ce qui est de l'importance de l'absentéisme ordinaire¹⁴ qui coute plus de 50 M€ par an¹⁵.

Recommandation n°6 : Réviser la méthodologie d'établissement du tableau des effectifs.

2.3.5 Une offre de soins modifiée : l'extension du périmètre des services de soins critiques et l'ouverture du bâtiment « Timone 2 »

[117] De 2013 à 2015, l'AP-HM a prévu une création nette (créations – suppressions) de 198 postes supplémentaires qui se décomposent comme suit :

- l'ouverture de Timone 2 a eu pour conséquence la création de 133 postes supplémentaires¹⁶ ;
- l'extension des activités de réanimation et surveillance continue a eu pour conséquence la création de 103 postes à terme¹⁷.
- l'ensemble n'est compensé que par une diminution de 38 ETP du fait de regroupement de spécialités sur le site Conception.

[118] En avril 2015, c'est une centaine d'ETP supplémentaires qui est effectivement pourvue¹⁸, l'augmentation d'effectifs liée à l'extension des services de réanimation et surveillance continue n'ayant pas encore été réellement engagée sur la phase 2015.

[119] Comme indiqué *supra*, le mode de calcul de l'effectif cible est inflationniste. Pour des services normés, il intègre en base une augmentation de postes pour compenser par avance un absentéisme évalué à 10 %. Par exemple l'augmentation des capacités de réanimation conduit à estimer le besoin à hauteur de 94 ETP¹⁹. Le taux d'absentéisme moyen de l'AP-HM étant de près de 10%, 9 ETP supplémentaires ont ainsi été ajoutés, ce qui conduit à une prévision de création de 103 postes.

[120] À ce jour, aucune augmentation de l'activité sur l'ensemble de l'établissement ne permet de financer ces créations de postes, l'augmentation du nombre des patients sur le site de Timone 2 se faisant pour l'instant par prélèvement sur l'activité des autres sites.

[121] La mission observe que :

- le démarrage du projet d'ouverture de Timone 2 date du milieu des années 2000. Le programme a évolué à de nombreuses reprises et les conséquences de l'ouverture ont été

¹⁴ Source : base de données inter CHU. L'AP-HM se classe au 26^{ème} rang (sur 27 répondants) avec un taux d'absence de 8,57% et au 25^{ème} rang s'agissant de la durée moyenne d'absence (33,6 jours).

¹⁵ Note relative à la prévention et la lutte contre l'absentéisme au sein de l'AP-HM – avril 2015 – AP-HM.

¹⁶ Voir en annexe 3 la liste des postes créés et supprimés

¹⁷ Note relative à l'ouverture de Timone 2 – évolution des effectifs – mai 2015 – AP-HM.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Ibid.

insuffisamment anticipées, comme le souligne un rapport²⁰ de l'IGAS réalisé en septembre 2013 : « *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.* » Les conséquences de l'ouverture de Timone 2 n'ont donc pas fait l'objet d'une évaluation complète ni sur le plan fonctionnel ni sur le plan financier ;

- les ouvertures de services nouveaux ne s'appuient pas sur un projet d'établissement régulièrement approuvé. Le dernier projet médical date de 2010. Bien que non intégré dans un projet d'établissement, il se met en œuvre sans que ses conséquences, notamment en termes médico économiques, aient été évaluées et financées, et sans que les critères qui permettent son évaluation et les corrections nécessaires aient été élaborés ou diffusés.

[122] Il semble donc urgent de différer la création de la centaine de postes restants jusqu'à ce que le projet d'établissement inscrive le cas échéant ces ouvertures dans une stratégie institutionnelle validée et partagée.

Recommandation n°7 : Geler les ouvertures d'activité en l'attente de l'élaboration du projet d'établissement.

2.3.6 L'ouverture de la Plate forme Logistique (PFL)

[123] L'ouverture de la plateforme logistique n'a pas, contrairement à ce qui était initialement annoncé, permis la suppression d'effectifs à hauteur de 135 ETP. En 2012, avant l'ouverture de la PFL, les effectifs rémunérés étaient de 434 ETP (pour un effectif théorique fixé en 2009 à 533 ETP).

[124] Cet effectif est aujourd'hui de 427 ETP²¹ (avec une cible validée à 441 ETP) sur la seule PFL. Parallèlement, les équipes de distribution sur site ont vu leur effectif augmenter de 29,5 ETP.

[125] Par conséquent, par rapport à l'effectif théorique de 2009, seuls 62,5 ETP ont été supprimés sur l'ensemble de la chaîne logistique au lieu de 135. Par rapport à l'effectif rémunéré fin 2012, l'ouverture de la PFL a conduit à la création de 36,5 ETP.

[126] Même si l'internalisation progressive de la blanchisserie (nettoyage et location de linge) a entraîné une économie de 1 362 k€ après une révision du *process* logistique, les objectifs de retour sur investissement ne sont pas atteints.

[127] La mission souligne l'imprécision dans la préparation du projet, les études n'ayant par exemple porté que sur la réalisation de la fonction (fonction linge, fonction restauration...) dans son aspect technique, et insuffisamment sur son aspect fonctionnel : la construction de cet ensemble à une dizaine de kilomètres des sites hospitaliers a entraîné dans un premier temps la création d'une soixantaine de postes de coursiers, chauffeurs, livreurs. À ce jour, ce chiffre a été ramené à 24 créations nettes²².

[128] Aujourd'hui, l'AP-HM propose de réaliser des prestations logistiques au profit d'autres établissements de santé. À ce jour, aucun partenariat de ce type n'a été conclu.

²⁰ Contrôle de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), rapport IGAS n° 2013-065R - Septembre 2013.

²¹ Note sur les effectifs de la plateforme logistique et des équipes de distribution de site – mai 2015 – AP-HM.

²² Idem.

Signataires du rapport

Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD

Jean-Yves LAFFONT

Vincent RUOL

LETTRE DE MISSION



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le 8 AVR. 2015

CAB – PP/FV/IT/Me D15-467

Note

A l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER,

Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : mission sur l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

En application de l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, et à la suite du précédent rapport de contrôle de l'AP-HM de janvier 2014 (IGAS 2013-065 R), je vous remercie de bien vouloir diligenter une mission portant sur la situation financière de l'établissement (évolution par rapport à 2012, analyse des comptes définitifs 2013, et des comptes anticipés 2014, perspectives 2015-2018 dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) en cours d'élaboration sur la base des orientations demandée par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins COPERMO d'octobre 2014) et sur la mise en œuvre des principales recommandations du rapport cité.

Il sera procédé pour cette période 2012/2015 à un examen de l'évolution des emplois rémunérés, de la masse salariale, des investissements importants concernant les réalisations récentes (plateforme logistique et bâtiment médico-technique : retour sur investissement et caractère effectif ou non des optimisations économiques attendues), de la faisabilité financière des nouveaux projets demandés (mise en sécurité des immeubles de grande hauteur (IGH) Timone et hôpital Nord et transfert de la maternité Conception).

Votre rapport servira de base à l'élaboration de la lettre de mission de la nouvelle directrice générale de l'AP-HM en lien avec l'Agence régionale de santé.

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

Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de Mme la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Raymond	LE MOIGN	Directeur adjoint
Bruno	MAQUART	Directeur
Philippe	PUCHEU	Conseiller en charge des établissements sanitaires et médico-sociaux

Direction générale de l'offre de soins

Jean	DEBEAUPUIS	Directeur général
Yannick	LEGUEN	Sous-directeur du pilotage de la performance
Yann	LEQUET	Chargé de mission
Yann	LHOMME	Adjoint au chef de bureau efficience des établissements de santé publics et privés

Agence régionale de santé de Provence Alpes Côte d'Azur

Paul	CASTEL	Directeur général
Dr Marie-Claude	DUMONT	Conseillère médicale
Anthony	GELIN	Responsable du pilotage médico-économique
Bernadette	L'HUILLIER	Chargée de mission
Martine	RIFFART-VOILQUÉ	Directrice de l'organisation des soins

Direction régionale des finances publiques de Provence Alpes Côte d'Azur

Luc	ESTRUCH	Adjoint au directeur du pôle Gestion publique
Jean-Luc	LASFARGUES	Directeur du pôle Gestion publique
Claude	SUIRE-REISMAN	Directrice régionale

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Conseil de surveillance

Jean-Claude	GAUDIN	Président
-------------	--------	-----------

Direction générale

Catherine	GEINDRE	Directrice générale
Hervé	LÉON	Directeur général adjoint
Loïc	MONDOLONI	Directeur des ressources humaines
Anthony	VALDEZ	Directeur des affaires financières
Jean-Marc	VIGUIER	Secrétaire général

Commission médicale d'établissement

Pr. Guy	MOULIN	Président
---------	--------	-----------

Organisations syndicales*CNI - Coordination nationale infirmière :*

Éric	AUDOUY
Paul	ESCARRAS
Valérie	HELBOIS

FO - Force Ouvrière :

Elisabeth	ISOARD
Audrey	JOLIBOIS
Stéphanie	LUCCIONI

CGT - Confédération générale du travail :

Colette	BISCALDI
Danièle	CECCALDI

CFDT - Confédération française démocratique du travail :

Eva	CLÉMENT
Pierre	DRUART
Christine	LOLLIO

SUD - Union syndicale solidaires :

Gérard	AVENA
Bernadette	MAYAN
Sophie	PAPACHRISTOU
Solange	TEULIÈRER

SMPS - Syndicat des manageurs publics de santé :

Philippe	ARAMINI
Christian	BEVERAGGI
Elisabeth	GIRARD

ANNEXE 1 : CLASSEMENT DES 10 PREMIERS CHU POUR LEUR ACTIVITE DE RECHERCHE

Tableau 18 : Classement des 10 premiers CHU : publications

	Libellé	Région	Score brut 2010	Score brut 2011	Score brut 2012	Score brut 2013	Indicateur publications 2010-2013 (% production nationale)
1	APHP	Ile-de-France	103356	109251	118185	121030	29,702
2	Hospices civils de Lyon	Rhône-Alpes	18462	20269	22830	23238	5,554
3	AP-HM	PACA	13968	13907	18471	18234	4,208
4	CHRU de Lille	Nord-Pas-de-Calais	11160	12703	14117	15041	3,464
5	CHU - de Bordeaux	Aquitaine	11120	12490	13805	13137	3,320
6	CHU de Toulouse	Midi-Pyrénées	9447	10642	13921	15262	3,185
7	CHU de Montpellier	Languedoc-Roussillon	9648	11622	12504	14361	3,135
8	CHU de Nantes	Pays de la Loire	9015	9210	10426	10669	2,581
9	H. U. de Strasbourg	Alsace	7908	8301	9821	9701	2,340
10	CHU de Nancy - Maternité Pinard	Lorraine	6263	7049	9206	9193	2,058

Source : DGOS

Tableau 19 : Classement des 10 premiers CHU : Participation aux essais cliniques

	Libellé	Région	Score brut 2011	Score brut 2012	Score brut 2013	Indicateur essai 2011-2013 (% production nationale)
1	A P - Hôpitaux de Paris	Ile-de-France	3775,000	3443,000	3661,000	14,094
2	Hospices civils de Lyon	Rhône-Alpes	1193,000	1222,000	1377,000	4,901
3	CHRU de Lille	Nord-Pas-de-Calais	994,000	1019,000	1172,000	4,115
4	CHU de Montpellier	Languedoc-Roussillon	767,000	880,000	1041,000	3,467
5	CHU de Nantes	Pays de la Loire	815,000	919,000	887,000	3,395
6	AP-Hôpitaux de Marseille	PACA	749,000	800,000	1002,000	3,289
7	CHU de Clermont-Ferrand	Auvergne	772,000	793,000	910,000	3,198
8	CHU de Bordeaux	Aquitaine	858,000	804,000	793,000	3,184
9	CHU de Grenoble	Rhône-Alpes	721,000	743,000	798,000	2,926
10	CHU de Toulouse	Midi-Pyrénées	800,000	669,000	721,000	2,839

Source : DGOS

ANNEXE 2 : EXPLOITATION DES DONNEES HOSPIDIAG

Tableau 20 : Coût du PNM des services cliniques rapporté aux recettes (P4)

	Région		Catégorie		Typologie		
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2009</u>	21.5	21.8	29.8	22.3	27	22.6	24.6
<u>2010</u>	21.4	21.8	29.8	22.5	26.3	22.5	24.1
<u>2011</u>	20.8	21.1	29.8	22.3	24.8	23.1	23.9
<u>2012</u>	21	21.9	30	22.5	25.7	22.4	24.7
2013	21.9	22.9	31.5	23.1	25.8	23	24.1

Source : Hospidiag. Nota : L'ANAP émet sur cet indicateur le commentaire suivant : « Cet indice peut être artificiellement minoré : les équipes volantes sont souvent rattachées aux dépenses administratives et logistiques. Les comptes épargne temps et les heures supplémentaires ne sont pas toujours provisionnés (et peuvent représenter 3 4 % de la masse salariale) Un biais peut apparaître avec le poids des activités réglementées (normes de personnel réglementaires) Il est intéressant, en second niveau d'analyse, de s'intéresser aux coûts de personnel par spécialité ou par pôle, ainsi qu'au personnel intérimaire qui peut être important ».

Tableau 21 : Coût du PM des services cliniques rapporté aux recettes (P5)

	Région		Catégorie		Typologie		
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2009</u>	6.5	6.7	13.4	6.4	7.7	6.5	6.7
<u>2010</u>	6.7	7.3	12.2	6.5	7.7	6.6	6.7
<u>2011</u>	6.6	6.9	12.4	6.4	7.5	6.6	6.8
<u>2012</u>	6.5	6.9	10.9	6.6	7.7	6.5	7.1
2013	6.7	7.6	12.1	6.9	8.2	6.9	7.3

Source : Hospidiag

Tableau 22 : Coût du personnel des services médico-techniques rapporté aux recettes (P6)

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2009</u>	18.6	12.3	21.7	15.3	17.8	14.9	16
<u>2010</u>	18.5	12.4	21.4	15.4	17.9	14.7	16.4
<u>2011</u>	18.7	12.9	21	15.1	17.3	15.1	16
<u>2012</u>	17.2	12.5	21.2	14.7	16.5	15.3	15.8
<u>2013</u>	18	13.2	24.3	15.2	16.9	15.6	16.2

Source : Hospidiag.

Tableau 23 : Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques (P7)

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2009</u>	21.6	18.4	24.4	16.5	21.2	17.7	19.6
<u>2010</u>	21.2	17.9	23.9	16.2	20.5	17.2	19.3
<u>2011</u>	19.9	18.8	26.6	16.3	20.4	17.8	19.2
<u>2012</u>	20.5	18.5	24.8	16.7	20.3	17	18.9
<u>2013</u>	19.6	17.7	27.4	16.4	19.9	17.7	18.6

Source : Hospidiag

Tableau 24 : Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme (RH1)

	Région		Catégorie		Typologie		
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2009</u>	35	0	48	26	44	32	40
<u>2010</u>	32	0	48	23	138	32	38
<u>2011</u>	30	0	47	27	42	31	38
<u>2012</u>	30	0	44	28	44	31	40
<u>2013</u>	29	0	47	0	43	32	42

Source : Hospidiag

Tableau 25 : Nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE (RH2)

	Région		Catégorie		Typologie		
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2009</u>	12572.9	11991.8	104529.2	12250.8	18395.1	14603.5	17222.4
<u>2010</u>	12644.4	12149.8	112455	12454.8	19298.6	15053.5	17192.2
<u>2011</u>	12547.4	13195.4	114716.7	13103.7	19421.3	16016.7	18316.9
<u>2012</u>	12727.2	13533	120258.2	12956	19603	16081.9	18338.5
<u>2013</u>	12481.4	12302	98641.8	12953	20093.8	16523.8	19155.7

Source : Hospidiag.

ANNEXE 3 : LISTE DES POSTES CREES ET SUPPRIMES A LA SUITE DE L'OUVERTURE DE TIMONE 2

- Imagerie, avec l'ouverture d'une salle hybride : + 6 ETP.
- Neurochirurgie, avec l'extension de capacités de 17 lits d'hospitalisation complète sur l'IGH Timone permise par l'ouverture de Timone 2 : + 20,32 ETP
- La création d'un service d'urgences post-infectieux de 10 lits : + 16 ETP.
- L'ouverture d'une filière traumatologie aux urgences : +2,8 ETP
- Blocs opératoires Conception et Timone : + 39,5 ETP avec :
- 12,3 ETP d'agents d'accueil et régulateurs de flux
- 21,8 ETP pour mise aux normes des SSPI (avec trois vacations d'aide soignants matin et après-midi)
- 5,4 ETP liés à la substitution de présence sur place d'IADE et IBODE à des astreintes (afin de revenir à la réglementation).
- Constitution des équipes de bio nettoyage : + 44 ETP
- Augmentation de l'effectif de brancardiers : + 4,3 ETP
- L'urologie sur Conception, avec la mutualisation d'un hôpital de semaine avec le service de gynécologie obstétrique : - 5,2ETP (-1,1 ETP urologie, et -4,1 ETP gynécologie)
- Réorganisation des activités d'endocrinologie des sites Timone, Nord et Sud sur le site Conception : -5 ETP
- Fusion sur le site Conception des activités d'ORL, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale des sites Timone et Nord (et donc suppression de 34 lits d'hôpital de semaine, création de 15 lits d'hospitalisation complète) : - 38 ETP

ANNEXE 4 : ANALYSE ANNUELLE DES VARIATIONS D'EFFECTIFS NON MEDICAUX

2.3.6.1 Evolution des effectifs entre 2011 et 2012

- [129] Les ETPR ont augmenté de 109 ETPR entre 2011 et 2012. Cette augmentation est principalement liée au fait que l'année 2012 a connu exceptionnellement deux sorties d'écoles, ce qui a permis un recrutement progressif de 250 IDE entre août et décembre 2012. Ce sont ces recrutements qui ont permis la diminution importante du volume de dépenses d'heures supplémentaires et d'intérim entre 2011 et 2013 (à hauteur de 5 millions d'euros). L'ensemble ne permet toutefois de couvrir à moyens constants que moins de la moitié des nouveaux recrutements effectués.
- [130] Pour le reste, il s'agit de postes qui ont été pourvus dans les unités de soins afin de compléter les roulements ou en vue de ré ouvrir certains lits et unités.

2.3.6.2 Evolution des effectifs entre 2012 et 2013

- [131] Les effectifs ont évolué de 250 ETP rémunérés entre 2012 et 2013. Cette augmentation est principalement liée à :
- l'absorption en année pleine des recrutements soignants de 2012 (à hauteur de 120 ETP),
 - la sortie d'écoles de l'été 2013 à hauteur de 80 ETP (dont 40 destinés au pool nouvellement constitué), et 50 destinés à la mise en œuvre du projet médical (les recrutements ont été lissés au cours de l'année) :
 - Ouverture d'une salle d'angiographie : 3 ETP de manipulateurs en électroradiologie.
 - Extension de l'unité de chirurgie ambulatoire du pôle cervico-facial : 4 ETP IDE.
 - Ouverture des lits de surveillance continue pédiatrique : 10 IDE, 5 AS.
 - Extension des capacités en SSR : 8 IDE.
 - Ouverture des soins intensifs en cardiologie, Hôpital Nord : 10 IDE, 4 AS.
 - Ouverture de 5 lits de surveillance continue, Hôpital Nord : 5 IDE, 5 ASH.
 - l'augmentation des effectifs techniques de 60 ETP du fait de l'ouverture de plateforme logistique en avril 2013. Les difficultés de mise en place des nouveaux circuits logistiques a conduit à pourvoir de nouveaux postes en vue d'accompagner ce projet institutionnel majeur.
 - l'augmentation des effectifs médicotéchniques de 17 ETP (en électroradiologie principalement).

2.3.6.3 Evolution des effectifs entre 2013 et 2014

- [132] L'évolution des effectifs entre 2013 et 2014 a été de 114 ETP rémunérés, et principalement liée aux évènements suivants :
- une augmentation nette de 100 ETP rémunérés soignants, constituant pour l'essentiel l'absorption en année pleine des recrutements de 2013 (soit 190 soignants supplémentaires en janvier et décembre 2013)
 - une augmentation de 28 ETP techniques, soit l'effet en année pleine des recrutements validés sur la PFL en 2013

- [133] L'ensemble s'est légèrement compensé par une baisse des effectifs administratifs. Depuis juillet 2014, une décélération progressive des effectifs est amorcée. Elle est principalement liée à:
- la centralisation des affectations des personnels, permettant la gestion réelle des effectifs au sein de l'établissement
 - la diffusion des tableaux des effectifs cibles, permettant de réguler les demandes de recrutement.
 - la constitution d'un comité de recrutement et mobilités présidé par le Directeur Général Adjoint et composé de membres de l'équipe de direction, ayant en charge l'instruction des demandes de recrutement et remplacement de personnels relevant de secteurs d'activité autres que soignants. C'est dans ce cadre que les décisions de suppression de poste sont prises régulièrement (soit 5 à 10 postes par mois en moyenne).
- [134] En Décembre 2014 il est constaté cependant une augmentation ponctuelle d'effectifs : elle est liée à des recrutements anticipés en vue de départs réalisés en cours ou en fin de mois. La synthèse des effectifs en janvier 2015 permet de le démontrer, puisque les départs remplacés par anticipation se sont réalisés.

2.3.6.4 Evolution des effectifs entre 2014 et 2015

- [135] Depuis le second semestre 2014, la régulation des effectifs s'est renforcée :
- par la mise en œuvre effective de décisions de non remplacement de personnels
 - par une régulation mensuelle des recrutements au regard du TPER afin de se conformer au niveau de la masse salariale attendu en 2015.
- [136] C'est ainsi qu'au terme du premier quadrimestre 2015, et au regard de l'année 2014 :
- les effectifs administratifs ont diminué de 40 ETP.
 - les effectifs techniques ont diminué de 15 ETP
 - les effectifs soignants et médicotechniques se sont stabilisés
- [137] La tendance 2015 devrait se poursuivre ainsi, en remplaçant les départs soignants et médicotechniques en premier lieu.

ANNEXE 5 : LES ASTREINTES DEPASSANT LES VOLUMES REGLEMENTAIRES

- [138] Pour organiser la permanence des soins l'AP-HM a recours à un système de gardes et d'astreinte. À ce jour, certains tableaux d'astreinte ne sont pas dotés des effectifs suffisants pour assurer leur bon fonctionnement de manière réglementaire : certains personnels dépassent régulièrement les plafonds d'indemnisation des heures d'astreinte déplacées et réalisent de ce fait un service non valorisé. Enfin, la durée légale du travail est dépassée dans certaines situations.
- [139] En 2010, la direction avait tenté de régler cette difficulté en rémunérant ces astreintes sous forme de prime, par prélèvement sur le reliquat de la prime de service, ce qui avait entraîné des réactions syndicales. Une mission de l'IGAS²³ était intervenue sur le sujet.
- [140] Le CTE du 29 mai 2015 et le CHSCT central qui suivra le 15 juin sont saisis de propositions susceptibles de régler les difficultés. Ces propositions sont de trois ordres :
- l'élargissement de l'assiette des personnels participant au tableau d'astreinte ;
 - la substitution d'une présence sur place à l'astreinte la nuit et le week-end ;
 - la révision du mode de gestion des plannings et des roulements des personnels pour définir de nouveaux cycles de travail.
- [141] Parallèlement, un protocole transactionnel²⁴ a été élaboré afin de solder soit sous forme de jours de récupération, soit en numéraire le paiement des astreintes réalisées au delà du plafond d'indemnisation possible.

²³ Rapport RM 2012-131P de décembre 2012.

²⁴ Voir annexe 6.

ANNEXE 6 : PROJET DE PROTOCOLE TRANSACTIONNEL DEVANT SOLDER LES DIFFICULTES DUES AUX ASTREINTES

PROTOCOLE TRANSACTIONNEL PORTANT SUR LES ASTREINTES REALISEES PAR
M. Mme..... JUSQU'A LA DATE DU XX YY ZZZZ

Entre les soussignés :

Nom, prénom :

Matricule :

Grade :

Adresse :

Ci-après dénommé « l'agent »

D'une part,

ET

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
Représentée par sa Directrice générale Catherine GEINDRE
ci-après dénommée « l'AP-HM »
D' autre part,

Etant préalablement exposé,

Qu'un établissement public de santé assure la continuité des soins 24 heures sur 24 et 365 jours par an ;

Que de cette mission de service public découle une obligation de prendre en charge à tout instant les usagers ;

Qu'il n'est pas nécessaire que le personnel hospitalier soit en permanence présent dans tous les secteurs d'activité et qu'il est donc nécessaire d'organiser le service pour faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions notamment la nuit, les week-ends et les jours fériés ;

Que la réglementation a prévu pour ce faire de recourir à des astreintes à domicile avec déplacement sur site en cas de besoin ;

Que le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 définit la réglementation relative aux astreintes dans ses articles 20 à 25, et précise que le recours aux astreintes a pour objet de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leur mission de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, étant considérée comme du temps de travail effectif ;

Que le temps de trajet et d'intervention qui constituent du temps de travail effectif réalisé par l'agent, et qui a vocation à être rémunéré ou récupéré ;

Que l'article 15 du décret du 4 janvier 2002 définit les plafonds d'heures supplémentaires qui ne peuvent être dépassées en précisant que, « lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail, dans la limite de 15 heures par mois ou 180 heures par an, et de façon limitative pour certains corps dans la limite de 18 heures par mois ou 220 heures par an »

Que le même article 15 du décret du 4 janvier 2002 indique que la seule dérogation possible aux plafonds mensuels ou annuels mentionnés ci-dessus concerne les heures supplémentaires effectuées dans le cadre des astreintes réalisées par les personnels participant aux activités de prélèvement et de transplantation d'organes ;

Que ce même article précise également que les heures supplémentaires font l'objet soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation ;

Que pour autant, et dans tous les cas, les garanties mentionnées à l'article 6 du décret du 4 janvier 2002 doivent être respectées : « durée hebdomadaire maximale de travail, heures supplémentaires comprises, fixée à 48 heures pour une période de 7 jours, repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum, le nombre de jours de repos étant fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux au moins devant être consécutifs dont un dimanche » ;

Qu'en ce qui concerne les astreintes, l'article 23 du décret du 4 janvier 2002 précise « qu'un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans les limites d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois » et que la durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours (limite portée à 120 heures pour les services organisant les activités de prélèvement et de transplantation d'organes ;

Que l'ensemble de ces garanties, traduites dans le droit français sont par ailleurs régulièrement rappelées par le Conseil de l'Union Européenne ;

Que les organisations du travail mises en œuvre à l'AP-HM ne respectent pas ces garanties réglementaires, notamment parce qu'ont été traitées en parallèle d'une part l'organisation du travail à travers les cycles de travail (application de la réglementation à l'intérieur de plannings prévisionnels devenant définitifs à l'issue de la période concernée) et d'autre part l'organisation d'astreintes ayant une organisation propre, indépendante de la première ;

Qu'il est donc nécessaire de revenir à un strict respect des dispositions réglementaires puisque la conséquence directe de sa mauvaise application est l'impossibilité de rémunérer les agents concernés par les dépassements constatés, ou de leur donner droit à récupération du temps de travail, alors que le service a été fait ;

Que pour revenir à la réglementation, par décision du (...) toutes les lignes d'astreintes affectant le personnel hospitalier ont été revues et réorganisées de manière à ne pas engendrer de distorsion au regard des dispositions réglementaires applicables ;

Que les réorganisations en découlant ne peuvent avoir d'effet que pour le futur ;

Qu'un nombre important d'agents ont effectué, dans le cadre des astreintes telles qu'organisées antérieurement, des dépassements de temps de travail qui n'ont pu être ni indemnisés ni récupérés alors que le service fait a été justifié ;

Qu'il convient de prévenir toute contestation pouvant déboucher sur un contentieux en soldant ce passif en appliquant les dispositions de l'article 2044 du code civil relatif à la procédure de transaction qui précise que « la transaction est un contrat par lequel les parties terminent une

contestation née, ou préviennent une contestation à naître. Ce contrat doit être rédigé par écrit. », et celles de la circulaire du 6 avril 2011 relative au développement du recours à la transaction pour régler amiablement les conflits.

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la transaction

L'objectif de la présente transaction demeure exclusivement la valorisation du service fait des agents ayant participé aux astreintes de l'AP-HM :

- Sans avoir été indemnisés
- Sans avoir pu récupérer les heures non indemnisées

La transaction a ainsi pour objet de mettre un terme définitif, dans les conditions ci-après exposées, à tous les différends et toutes contestations naissantes connues à ce jour, entre les parties signataires, nés et exhaustivement récapitulés dans l'annexe n°1.

Plus généralement, le protocole met un terme définitif à tous litiges nés ou à naître entre les parties à raison d'un fait générateur connu des parties au jour des présentes et relatif aux astreintes dont la réalisation n'a pas été complètement rémunérée ou récupérée alors que le service fait a été régulièrement justifié.

Les parties conviennent que l'agent, à la demande de l'AP-HM, a effectué un temps de travail de (...) heures (temps d'intervention et temps de trajet) qui n'ont été, au jour de la transaction, ni récupérées, ni rémunérées.

La preuve de la réalisation de ces heures est rapportée en annexe 1, qui stipule :

- La désignation de l'intéressé au(x) tableau(x) d'astreinte ;
- La preuve de son rappel, à la date donnée, pour effectuer le travail demandé ;
- Le décompte des heures de travail effectuées

Article 2 : Concessions réciproques des parties

2.1. L'agent accepte que (...) heures comptabilisées à l'annexe 1 soient compensées sous forme de récupération à prendre dans les 12 mois qui suivent la signature du présent protocole transactionnel ou à verser dans un compte épargne temps.

2.2. L'AP-HM concède que le restant des heures comptabilisées à l'annexe 1 soit compensé sous forme de paiement d'heures supplémentaires selon les modalités suivantes :

- Heures de jour : nombre
- Heures de nuit : nombre
- Heures de dimanche ou jour férié : nombre

Il est retenu le coût horaire en vigueur à la date de signature du présent protocole transactionnel, soit les montants suivants :

- Heures de jour : X euros bruts
- Heures de nuit : X euros bruts
- Heures de dimanche ou jour férié : X euros bruts

Article 3 : Paiement

Le paiement des sommes dues à l'agent, soit xx euros bruts, sera versé en deux moitiés sur les deux paies du mois suivant la signature du présent protocole transactionnel.

Il sera soumis aux charges patronales et ouvrières relatives aux heures supplémentaires et en vigueur à la date de signature du présent protocole transactionnel.

Ces indemnisations entrent dans le revenu imposable des bénéficiaires et sont soumises aux cotisations sociales classiques.

Article 4 : Conséquences et Renonciation à recours

Il est parfaitement entendu entre les parties signataires que cette indemnisation globale emporte solde de tout compte.

En contrepartie de ces concessions mutuelles, les parties renoncent réciproquement à engager tout recours, réclamation, de quelque nature que ce soit portant sur l'objet du présent protocole transactionnel, rappelé à l'article 1 et dans l'exposé des faits qui fait partie intégrante de la transaction. Plus généralement les parties renoncent réciproquement à engager tout recours, réclamation, de quelque nature que ce soit relatifs à tout fait générateur connus des parties au jour des présentes et relatif aux astreintes réalisées à la date du xx yy zz

Article 5 : Portée de l'Engagement

Les parties déclarent que le présent protocole transactionnel reflète le résultat de leurs discussions préalables et de leur accord et qu'il comprend l'objet intégral de leur consentement. Elles déclarent avoir disposé de tout le temps matériel nécessaire pour l'étude, la négociation et la signature du présent protocole transactionnel. Elles déclarent agir conformément aux lois et règlements en vigueur, et n'obtenir du fait du présent protocole transactionnel aucun enrichissement sans cause.

Le présent protocole transactionnel a valeur de transaction conformément aux dispositions des articles 2044 et suivants du Code civil.

Les Parties reconnaissent expressément qu'en application de l'article 2052 du Code civil, le présent protocole transactionnel a entre elles, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort et ne saurait être attaquée pour quelque cause que ce soit, notamment pour cause d'erreur ou de lésion.

Les Parties s'engagent à exécuter de bonne foi le présent protocole transactionnel qui forme un tout indissociable et reconnaissent en avoir apprécié la nature et la portée.

Article 6 : Intégralité de l'Accord

Le présent protocole transactionnel constitue l'intégralité des engagements existant entre les Parties à ce jour.

Fait à Marseille, en deux originaux, sur cinq pages et une annexe récapitulative signée.

Le.....,

Pour l'AP-HM,

Catherine GEINDRE Directrice générale