



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

Le Président

NOISIEL, le 25 JUIL. 2012

N°/G/179-171-162/12-0523 B

N° 12-0119 R

RECOMMANDE AVEC A.R.

Madame la Directrice générale,

Je vous ai adressé, par lettre du 11 juin 2012, le rapport d'observations définitives concernant la gestion de votre établissement pour les années 2008 et suivantes, que la chambre a arrêté, après contradiction, dans ses séances des 7 et 16 mai 2012.

Ce rapport a également été adressé à votre prédécesseur, M. Benoît LECLERCQ, pour ce qui le concerne.

Le délai imparti par la loi pour répondre aux observations de la chambre étant expiré, la procédure est désormais close et vous trouverez ci-joint le rapport, complété de votre réponse et de celle de M. LECLERCQ. Ce rapport est également transmis au président du conseil de surveillance de votre établissement.

Ainsi que je l'indique à ce dernier, ce rapport, accompagné des réponses reçues, doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, en application de l'article L.243-5 du code des juridictions financières. Il doit être inscrit à son ordre du jour, être annexé à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à un débat.

P.J : 1

Madame Mireille FAUGERE
Directrice générale
Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

3, avenue Victoria

75184 PARIS CEDEX 04

A compter de la date de cette réunion, que je demande au président du conseil de surveillance de me faire connaître, la communication du rapport accompagné des réponses, à toute personne en faisant la demande, est de droit. J'en transmets par ailleurs, en vertu de l'article R.241-23 du code précité, une copie au préfet de la Région Ile-de-France, Préfet de PARIS, au directeur régional des finances publiques d'Ile-de-France et du département de PARIS, ainsi qu'au directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

Jean-Yves BERTUCCI



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS (75)

-*-*-

Exercices 2008 et suivants

-*-*-

Les finances de l'AP-HP : cadre, situation et perspectives

L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) est l'un des plus grands centres hospitaliers universitaires européens. Cet établissement public assure 30 % de l'offre de soins hospitalière en région Ile-de-France.

Il connaît, depuis plusieurs années, une réorganisation importante de ses structures et ceci affecte sa gestion.

En 2010, il s'est doté d'un plan stratégique à cinq ans, visant à regrouper ses établissements en 12 groupes hospitaliers et à offrir des prises en charges graduées sur chaque territoire d'implantation, afin de gagner des parts de marché.

Son nouveau système d'information, fondé sur un partenariat innovant avec la trésorerie générale de l'assistance publique (TGAP¹) sur la base d'un partage des données comptables, permet d'améliorer la fiabilité des comptes et le suivi budgétaire des groupes hospitaliers. Sa mise en œuvre a conduit à une adaptation forte des pratiques de gestion. Un grand nombre de circuits et de procédures ont été revus, ce qui a permis d'améliorer le contrôle interne. La spécificité de cette application a induit des dérogations à la réglementation comptable des établissements publics de santé, qui sont pour l'AP-HP autant de facteurs de risques techniques et financiers.

Des évolutions sont en cours. Leurs effets sur l'efficacité de la gestion ne peuvent encore être appréhendés.

Le recours à des emprunts amortissables *in fine* et la constitution de provisions insuffisantes au regard des risques correspondants, notamment de ceux résultant du fait que l'établissement est son propre assureur, ont eu un impact sur l'équilibre des résultats financiers.

La fiabilité des comptes s'est améliorée, malgré des défaillances du circuit de facturation et de l'apurement imparfait des comptes d'attente. La constitution et le suivi comptable des provisions ne répondent à aucune procédure clairement définie et paraissent relever d'une simple politique d'ajustement des comptes.

Les objectifs de l'AP-HP en matière d'investissement immobilier, d'équipement et d'informatique sont déclinés dans des plans stratégiques. Le plan d'investissement 2005 devait résoudre les problématiques des patients. Celui de 2011 a pour but de permettre des réorganisations et des gains d'efficacité. En raison de l'importance des projets lancés en exécution du plan précédent, une partie des crédits de paiement du plan actuel sont consacrés à l'achèvement de projets décidés antérieurement.

En 2008, le besoin en fonds de roulement est devenu plus important que le fonds de roulement d'exploitation. Le déficit de l'établissement s'est aggravé, malgré une évolution de son activité et des suppressions de postes. En 2009, l'établissement a disposé d'un excédent de capitaux, par rapport au besoin de financement de ses immobilisations, excédent dû, en partie, au sur-financement des investissements et au recours à des crédits à long terme renouvelables.

¹ Direction spécialisée des finances publiques pour l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (arrêté du 12 décembre 2011).

Ce potentiel financier s'est trouvé obéré par les déficits d'exploitation structurels et semblait insuffisant par rapport aux objectifs du plan stratégique en cours. Le retour à un niveau proche de l'équilibre en 2012 ne pourra pas être obtenu, contrairement à ce qu'indique le plan global de financement pluriannuel inclus dans le budget de 2011.

Pour assurer le nécessaire redressement de ses équilibres financiers et faire face aux premières échéances d'emprunts amortissables *in fine*, l'AP-HP prévoit d'infléchir sa « *trajectoire patrimoniale* », en ralentissant ses investissements et en recourant de manière accrue aux cessions de patrimoine.

La politique du logement de l'AP-HP

Au 31 décembre 2010, l'AP-HP disposait, pour son personnel en activité, d'un parc d'un peu moins de 11 000 logements, répartis entre ses sites hospitaliers (15 % du total), son domaine privé (25 % du total), largement issu de dons et legs de personnes privées, et le parc immobilier des bailleurs sociaux (60 % du total), auprès desquels elle a acquis des droits de réservation de logements.

L'AP-HP met ce parc au service de sa politique du logement, dont l'objectif est d'améliorer son attractivité auprès des professionnels de santé et de les fidéliser au moyen d'une offre adaptée. Si cette politique n'est pas contestable dans son principe, ses modalités et ses réalisations ne sont, en revanche, pas exemptes de critiques.

Sur près de 11 000 logements recensés au 31 décembre 2010, un peu moins de 7 000 étaient occupés par des agents de l'AP-HP (les autres étant occupés par des locataires sans liens avec l'AP-HP ou parfois vacants). Ainsi, alors que le taux théorique d'agents de l'AP-HP pouvant être logés (pour raisons de service ou sur critères socioprofessionnels) dans le cadre de sa politique du logement est de 12,5 %, le taux d'agents effectivement logés n'est que de 7,8 %. Il s'ensuit qu'à coût équivalent, environ 4 000 agents supplémentaires pourraient être logés si l'offre de logements de l'AP-HP bénéficiait exclusivement à ses agents en activité. Cette hypothèse est, cependant, irréalisable, car tous les dispositifs utilisés par l'AP-HP pour les logements attribués sur critères socioprofessionnels présentent des défauts, que seules des modifications législatives ou réglementaires pourraient corriger.

Les attributions des logements de fonction souffrent de nombreuses anomalies ou irrégularités, notamment en ce qui concerne les directeurs d'hôpital. Ces derniers sont, fréquemment, logés hors de leur lieu de travail, parfois loin, ce qui est contraire au droit positif et ôte une large part de son intérêt à l'octroi de tels logements. En outre, une centaine d'entre eux (principalement affectés au siège de l'AP-HP) en bénéficient dans des conditions contestables.

Le taux de satisfaction des demandes de logements sur critères socioprofessionnels est, quant à lui, en moyenne de 25 %. Il faut donc quatre ans, toutes choses égales par ailleurs, à un agent demandeur pour obtenir un logement. Les agents des catégories A et B, notamment les personnels administratifs du siège de l'AP-HP, bénéficient plutôt des logements de son domaine privé, situés à Paris, dont les loyers sont inférieurs en moyenne de 27 % au plafond réglementaire des loyers sociaux et de près de 60 % aux loyers libres du marché parisien, tandis que les agents hospitaliers de catégorie C, aux revenus inférieurs, obtiennent davantage des logements sociaux situés en banlieue parisienne, aux loyers comparativement moins attractifs.

Eu égard au montant du loyer qu'ils paient à leur employeur, les 1 930 agents de l'AP-HP occupant des logements du domaine privé paraissent bénéficier d'un avantage en nature, qui, jusqu'à présent, n'a pas été déclaré, comme il aurait dû l'être, aux services fiscaux et à l'Urssaf².

La situation des locataires du domaine privé de l'AP-HP ne présentant pas ou plus de liens professionnels avec elle est à relever. En raison de l'ancienneté de l'occupation de leur logement et du défaut de revalorisation de leur loyer, ces derniers bénéficient de loyers qui ne dépassent pas, parfois, le quart des loyers libres du marché parisien.

Les soins de suite et de réadaptation à l'AP-HP

L'AP-HP fait partie de l'échantillon d'hôpitaux retenu par la chambre pour les besoins d'une enquête commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes sur les soins de suite et de réadaptation (SSR).

Centre hospitalier de dimension régionale, l'AP-HP présente une offre de soins de suite et de réadaptation de 4 600 lits, soit un cinquième de l'offre régionale totale, dont elle partage certaines caractéristiques : saturation en volume, déséquilibres géographiques, inégale répartition des spécialisations.

Dans l'adaptation de son offre à la demande de SSR, l'établissement poursuit une stratégie ambiguë. Ainsi, tout en recherchant l'efficacité de ses services de court séjour, il cherche à répondre à ses propres besoins. Il poursuit, concomitamment, une démarche de proximité, en prenant davantage en compte les besoins des territoires de santé et du schéma régional d'organisation des soins.

Compte tenu des orientations restrictives de la tutelle en matière de SSR depuis 2010, le redéploiement des lits devrait se faire à moyens constants. Il semble insuffisant pour rééquilibrer l'offre de SSR et, de ce fait, le développement des coopérations avec les établissements hors AP-HP est souhaitable.

L'activité et les taux d'occupation des services de SSR sont globalement satisfaisants, mais très variables d'un site à l'autre. La longueur excessive de la durée moyenne de séjour pénalise la performance du secteur.

Le séjour en SSR, maillon intermédiaire entre le court et le moyen séjour, est un élément clé de la fluidité du parcours du patient. Au sein de l'AP-HP, la procédure d'admission en SSR, peu formalisée, est perfectible et les taux de refus sont importants. Cette procédure devrait bénéficier du déploiement du logiciel « *Trajectoire* », prévu fin 2011.

La sortie des patients rencontre des difficultés majeures, en raison de l'insuffisance des structures d'aval et de leur mode de financement, qui constitue un obstacle pour les patients en situation précaire. L'inadéquation des séjours dans les unités de SSR de l'AP-HP est principalement liée à ces difficultés et, dans une moindre mesure, au manque de diversification des spécialités.

² Urssaf : union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

La dotation de financement perçue par l'établissement au titre des SSR s'élève à 463 M€³ en 2011, soit 38 % de l'enveloppe régionale consacrée aux SSR. Au regard de l'indice de modulation, introduit pour préparer au financement des SSR par la tarification à l'activité (T2A), l'AP-HP apparaît sur-dotée à hauteur d'environ 32 M€

Les pré-requis pour que la T2A puisse être mise en place et contribuer à une plus grande efficacité de l'établissement semblent partiellement remplis par l'établissement, notamment en matière de recueil des données informatiques.

³ M€: million d'euros.

S O M M A I R E

1. Les finances de l'AP-HP : cadre, situation et perspectives	10
1.1. Une structure hospitalière de référence	10
1.2. Evolutions ayant un impact sur les processus financiers	11
1.2.1. Passage de l'établissement sous un statut de droit commun	11
1.2.2. Modification de l'organisation interne	12
1.2.2.1. Les groupes hospitaliers universitaires (GHU) : un début de coordination	12
1.2.2.2. Les groupes hospitaliers (GH) : une profonde réorganisation	12
1.2.3. Accélération de la recherche d'efficience	14
1.2.4. Mise en place d'un système d'information de gestion structurant	15
1.2.4.1. Un choix technique ambitieux, des coûts mal maîtrisés	15
1.2.4.2. Des impacts significatifs pour la gestion	18
1.2.4.3. Des risques qualité inhérents aux spécificités du système d'information	21
1.3. Particularités de gestion affectant les résultats	22
1.3.1. Recours au marché obligataire	22
1.3.2. L'établissement est son propre assureur	22
1.3.3. Existence d'une aide contractuelle spécifique	23
1.3.4. Des prêts consentis à des tiers	23
1.4. Une inflexion de la politique d'investissement	24
1.4.1. Des reports de crédits d'investissements importants	24
1.4.2. Un suivi des investissements à améliorer	25
1.4.3. Une nouvelle stratégie d'investissement	25
1.5. Sincérité du budget	27
1.5.1. Poids de chaque structure budgétaire dans la constitution des résultats	27
1.5.2. Sincérité du budget principal	28
1.5.2.1. Charges	28
1.5.2.2. Produits	31
1.5.2.3. Evolution comparée des charges et des produits	34
1.6. Fiabilité des comptes	34
1.6.1. Reports de charges et de produits	35
1.6.1.1. Charges sur exercices antérieurs	35
1.6.1.2. Produits sur exercices antérieurs	36
1.6.2. Créances irrécouvrables	37
1.6.2.1. Les créances irrécouvrables admises en non-valeur sont régulièrement apurées	37
1.6.2.2. Leur montant témoigne, néanmoins, de difficultés de recouvrement	37
1.6.2.3. Des recettes diverses difficiles à recouvrer	38
1.6.3. Les comptes de bilan : des comptes dont la fiabilité ne s'est améliorée que partiellement	38
1.6.3.1 Immobilisations en cours	38
1.6.4. Comptes d'attente : les recettes à régulariser	39
1.6.5. Rattachement des produits et des charges	41
1.6.5.1. Rattachement des charges	41
1.6.5.2. Rattachement des produits	41
1.6.6. Provisions	43

1.7. Diagnostic financier	45
1.7.1. Analyse du bilan fonctionnel	47
1.7.1.1. Fonds de roulement net global (FRNG)	47
1.7.1.2. Besoin en fonds de roulement (BFR)	50
1.7.1.3. Trésorerie	52
1.7.2. Soldes intermédiaires de gestion	53
1.7.2.1. Formation du résultat	53
1.7.2.2. Valeur ajoutée	54
1.7.2.3. Excédent brut d'exploitation (EBE)	55
1.7.2.4. Marge brute	56
1.7.2.5. Résultat d'exploitation	57
1.7.2.6. Résultat courant	57
1.7.2.7 Résultat net	57
1.7.3. Tableau de financement	60
1.7.3.1. Capacité d'autofinancement (CAF)	60
1.7.3.2. Variation du fonds de roulement	61
1.7.3.3. Variation de la trésorerie	64
1.7.4. Plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2011-2015	65
1.7.4.1. Hypothèses	65
1.7.4.2. Conditions de l'équilibre global	67
1.8. Dette	68
1.8.1. Financement du long terme	68
1.8.1.1. Evolution de l'encours de la dette	68
1.8.1.2. Caractéristiques de l'encours	69
1.8.2. Financement à court terme	71
1.8.3. Ratio d'indépendance financière	71
1.8.3.1. Durée apparente de la dette	71
1.9. Patrimoine	72
1.9.1 Taux de renouvellement	72
1.9.2 Taux de vétusté	72
2. La politique du logement de l'AP-HP	73
2.1. Pilotage de la politique du logement de l'AP-HP	73
2.1.1. Stratégie de l'AP-HP en matière de politique du logement	73
2.1.1.1. Volet « <i>politique du logement</i> » des plans stratégiques de l'AP-HP	74
2.1.1.2. Suivi et résultats des plans stratégiques	75
2.1.2. Moyens budgétaires alloués à la politique du logement	75
2.2. Gestion des logements de fonction	75
2.2.1. Caractéristiques de l'occupation des logements de fonction	75
2.2.1.1. Règle de l'occupation d'un logement de fonction sur le site d'affectation professionnelle	76
2.2.1.2. Des cadres supérieurs souvent logés hors de leur site d'affectation professionnelle	76
2.2.2. Occupation des logements par les personnels de direction	78
2.2.2.1. Règles d'attribution des logements de fonction aux personnels de direction	78
2.2.2.2. Anomalies individuelles dans l'occupation des logements de fonction octroyés aux personnels de direction	81
2.2.3. Occupation des logements de fonction par les autres catégories de personnel	82
2.2.3.1. Règles d'attribution des logements de fonction par nécessité absolue de service ou par utilité de service	82

2.2.3.2. Anomalies individuelles dans l'occupation des logements de fonction par nécessité absolue de service	84
2.2.4 Régularité des situations au regard du droit fiscal et social	84
2.3. Gestion des logements attribués sur critères socioprofessionnels	85
2.3.1 Catégories de logements proposés par l'AP-HP	85
2.3.1.1. Logements du domaine public de l'AP-HP	85
2.3.1.2. Logements du domaine privé de l'AP-HP	86
2.3.1.3. Logements sociaux dans le cadre de conventions de réservation	88
2.3.2. Caractéristiques de l'occupation du parc de logements	91
2.3.2.1. Procédure d'attribution des logements	91
2.3.2.2. Caractéristiques des agents logés sur critères socioprofessionnels	91
2.3.2.3. Taux élevé et en augmentation de locataires sans liens avec l'AP-HP	92
2.4. Appréciation générale	94
3. Les soins de suite et de réadaptation à l'AP-HP	94
3.1. Une offre se superposant à l'offre régionale de SSR	95
3.1.1. Une offre régionale de SSR suffisante, mais déséquilibrée	95
3.1.1.1. Une offre régionale satisfaisante en volume	95
3.1.1.2. Une offre déséquilibrée	96
3.1.2. Une offre de l'AP-HP qui reproduit certaines caractéristiques de l'offre régionale et qui ne couvre pas la demande interne	96
3.1.2.1. Une offre AP-HP importante, dominée par la gériatrie et inégalement répartie	96
3.1.2.2. Des besoins internes non couverts	97
3.1.3. Une double stratégie par rapport à l'offre régionale	97
3.1.3.1. Une démarche interne relativement déconnectée des territoires de santé	97
3.1.3.2. Une démarche de proximité, constatée sur le terrain, relayée par le corps médical	99
3.1.3.3. Les alternatives du plan stratégique 2010-2014	99
3.2. Performances de l'établissement	100
3.2.1. Un dialogue de gestion avec les tutelles imprégné d'incertitude	100
3.2.1.1. Conformité des procédures d'autorisation	100
3.2.1.2. Une discussion des objectifs quantifiés d'offre de soins (Oqos) interrompue en 2011	101
3.2.2. Les ressources humaines	101
3.2.2.1. Effectifs de personnel non médical (PNM)	101
3.2.2.2. Répartition des effectifs selon les établissements	101
3.2.2.3. Les difficultés de recrutement	102
3.2.3. La performance des SSR de l'AP-HP	103
3.2.3.1. Evolution de l'activité et du taux d'occupation	103
3.2.3.2. Durée moyenne de séjour (DMS)	103
3.2.4. Le parcours du patient	104
3.2.4.1. L'articulation avec l'amont	104
3.2.4.2. Les difficultés de l'articulation avec l'aval	106
3.2.4.3. L'adéquation des séjours et des passages	106
3.3. Le financement des SRR	108
3.3.1. La répartition de la dotation annuelle de financement (Daf)	108
3.3.1.1. L'enveloppe régionale	108
3.3.1.2. Evolution de la Daf de l'AP-HP et répartition entre les différents hôpitaux/groupes hospitaliers	109
3.3.2. Préparation du passage à la T2A	109

3.3.2.1. Un indice de modulation élevé, qui conduit à considérer l'AP-HP comme sur-dotée pour son activité SSR	109
3.3.2.2. Un recueil des données jugé satisfaisant	110
3.3.2.3. Une comptabilité analytique relativement fiable	110
3.3.2.4. Anticipation de la T2A	111

Rappel de la procédure

Le contrôle de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a été inscrit au programme des travaux de la chambre régionale des comptes pour 2011.

L'engagement du contrôle a été notifié, le 7 janvier 2011, à Mme Mireille Faugère, directrice générale en fonctions, ainsi qu'à son prédécesseur, M. Benoît Leclercq. Par une lettre du 7 janvier 2011, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France en a été informée.

L'examen de la gestion de l'AP-HP a porté sur les points suivants :

- les finances de l'établissement (cadre, situation, perspectives) ;
- sa politique du logement ;
- l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR), dans le cadre d'une enquête commune menée par la Cour des comptes et plusieurs chambres régionales des comptes sur ce thème.

L'entretien préalable prévu par les dispositions de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 26 juillet 2011.

Dans sa séance du 28 septembre 2011, la chambre a formulé des observations provisoires sur les points examinés à l'occasion de son contrôle.

Par des lettres du 28 décembre 2011, celles-ci ont été notifiées à Mme Faugère et, en ce qui concernait sa gestion, à M. Leclercq. Elles ont été également notifiées, sous la forme des extraits les concernant, au contrôleur financier de l'AP-HP, au comptable public de l'AP-HP, au directeur de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et à la directrice générale de l'organisation des soins.

Mme Faugère a répondu par une lettre du 21 mars 2012. A sa demande, elle a été auditionnée par la chambre le 7 mai 2012. M. Leclercq a répondu par une lettre du 18 mars 2012. Le comptable public de l'AP-HP a répondu par une lettre du 27 février 2012, la directrice générale de l'organisation des soins par une lettre du 2 mars 2012 et le contrôleur financier de l'AP-HP par une lettre du 20 mars 2012.

Dans sa séance des 7 et 16 mai 2012, après avoir examiné les réponses reçues, la chambre a arrêté les observations définitives ci-après.

1. LES FINANCES DE L'AP-HP : CADRE, SITUATION ET PERSPECTIVES

1.1. Une structure hospitalière de référence

L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), établie sur 47 sites géographiques, dont certains hors de la région Ile-de-France, compte 37 hôpitaux, dont trois situés en province. Forte de 67 000 personnels non médicaux et 15 500 médecins, accueillant 8 500 étudiants en médecine, elle assure 30 % de l'offre de soins hospitalière en région Ile-de-France.

L'attractivité de l'établissement, premier centre d'essais cliniques en France et en Europe, est liée à sa renommée universitaire et à l'excellence de ses pôles de recherche.

Le développement de ses activités dans les filières de soins des territoires, soutenu par des coopérations avec d'autres établissements de santé, participe à la recomposition de l'offre de soins, prévue par le schéma régional 2006-2010. Pour mobiliser ses personnels sur cet objectif, l'institution s'est dotée, en 2010, d'un plan stratégique à cinq ans, qui vise à offrir des prises en charge graduées au sein de groupes hospitaliers.

Pour améliorer son pilotage stratégique, l'établissement s'appuie sur un système d'information innovant et sur l'adaptation de sa politique d'investissement à ses équilibres financiers.

1.2. Evolutions ayant un impact sur les processus financiers

1.2.1. Passage de l'établissement sous un statut de droit commun

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite « *HPST* »), l'AP-HP relève du statut de droit commun des centres hospitaliers. Selon le décret n° 2009-426 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation de l'AP-HP, de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et des Hospices civils de Lyon (HCL), l'AP-HP est un établissement de ressort régional et universitaire gérant des groupes hospitaliers, des hôpitaux et des services généraux.

Depuis juin 2010, son conseil de surveillance comprend, notamment, un représentant de la commune de Boulogne-Billancourt et un représentant du département des Hauts-de-Seine.

Sa tutelle est désormais assurée par l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France.

L'approbation de ses comptes financiers, en ce qui concerne les années antérieures à la loi, était effectuée postérieurement au mois de juillet suivant l'année d'exécution. Or, l'instruction comptable M 21 prévoit que les comptes financiers des établissements publics de santé sont adoptés par le conseil de surveillance avant le 31 mai de l'exercice qui suit l'année d'exécution.

En ce qui concerne le compte financier de l'exercice 2010, les délais liés aux enjeux financiers des écritures de fin d'exercice ont pu retarder la clôture de ce dernier. En tout état de cause, la planification initiale des opérations de clôture ne garantissait pas l'approbation des comptes financiers dans les délais prescrits. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur de l'AP-HP a souligné le caractère atypique de l'exercice 2010, au cours duquel le nouveau système informatique de gestion et les anciennes applications informatiques ont été gérés de manière parallèle, tout en indiquant qu'un pilotage spécifique avait été mis en œuvre, dès 2011, pour que les délais réglementaires de production du compte financier unique soient respectés.

Il est à relever que la production du compte financier unique dans le délai réglementaire implique désormais la réalisation des opérations non budgétaires au cours de la période complémentaire, ainsi qu'une évolution des pratiques de clôture de la part des services compétents.

L'approbation du compte financier avant la rédaction de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) de l'exercice suivant doit permettre au conseil de surveillance d'évaluer les risques financiers et de proposer des mesures adaptées, ce qui est de nature à renforcer son rôle stratégique. C'est pourquoi la chambre ne peut que recommander à l'AP-HP de poursuivre l'adaptation de sa gestion budgétaire.

Le maintien d'un contrôleur financier constitue, quant à lui, une spécificité de l'AP-HP. Les compétences de ce dernier ont été modifiées par l'arrêté du 19 octobre 2010 relatif aux modalités d'exercice du contrôle financier sur l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris. Sa mission générale de contrôle externe consiste en une analyse des risques et de la performance. La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions nécessite la conclusion d'un protocole, notamment pour fixer les seuils de ses visas, définir la liste des documents d'information qui devront lui être transmis et préciser le contenu de leurs relations.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur de l'AP-HP a précisé, sur ce point, qu'il a fait des propositions au contrôleur financier, en souhaitant qu'elles aboutissent avant l'été. Celles-ci sont inspirées par le souci de tirer les conséquences du fait que le contrôleur financier exerce un contrôle désormais clairement défini comme externe et de faire progresser, dans le même temps, le contrôle interne de l'établissement dans la perspective de la certification de ses comptes.

Un travail partenarial entre l'établissement et son contrôleur financier permettrait à l'AP-HP, selon la chambre, d'anticiper les difficultés en matière de suivi financier et juridique des investissements, de favoriser l'évolution des pratiques de contrôle, d'en améliorer l'efficacité et d'assurer un transfert de compétences pour mettre en place et développer les fonctions de contrôle interne.

La relation entre le contrôleur financier et l'ARS, certes pour des avis spécifiques, est, quant à elle, satisfaisante et n'appelle pas de remarques.

1.2.2. Modification de l'organisation interne

Depuis 2005, l'AP-HP affirme sa volonté d'améliorer son fonctionnement grâce au regroupement de ses structures et à la déconcentration de sa gestion.

1.2.2.1. Les groupes hospitaliers universitaires (GHU) : un début de coordination

Le plan stratégique 2005, élaboré à l'initiative du siège, devait favoriser les relations avec les partenaires de santé. Ce schéma avait défini quatre groupes hospitaliers universitaires (GHU) qui devaient être des forces de proposition dans la mise en œuvre des réorganisations.

Ces structures de direction transverses n'ont pas entraîné de modification dans l'organisation, tant au niveau du siège que des centres hospitaliers de leur ressort, ni dans les relations entre le siège et les structures déconcentrées. Toutefois, des réflexions communes ont été entreprises sur un territoire élargi et la coordination entre les structures et les universités ont été améliorées.

1.2.2.2. Les groupes hospitaliers (GH) : une profonde réorganisation

Un peu avant la promulgation de la loi « HPST », qui en a confirmé le principe, l'organisation en groupes hospitaliers, impliquant le regroupement des 37 hôpitaux en 12 groupes hospitaliers, a été décidée, puis inscrite au plan stratégique 2010-2014, conçu pour être l'outil d'amélioration de la performance de l'institution. Il s'agissait de fédérer l'ensemble des structures autour de l'objectif d'une amélioration concertée de l'efficacité, de la reconquête des parts de marché et de l'harmonisation des activités médicales.

La constitution de groupes hospitaliers dotés d'une taille suffisante devait permettre à l'AP-HP de jouer, à l'échelle de la région, un rôle de centre hospitalier régional (CHR) et, sur ses territoires d'implantation, un rôle d'hôpital de référence. A cette fin, l'offre de soins a été divisée en trois niveaux de prise en charge et chaque groupe hospitalier a été associé avec une université.

Dans ces groupes, les pôles médicaux peuvent se recentrer sur la prise en charge des patients et sur la constitution de filières de soins dans le cadre des projets médicaux de territoire, grâce, notamment, à la simplification de leur fonctionnement et à la valorisation du professionnalisme de leurs équipes. Cette réforme ne devait être achevée que fin 2011, après la désignation des commissions médicales d'établissement et des responsables de pôles.

Cette réorganisation a aussi pour objectif d'optimiser progressivement les fonctions administratives et logistiques grâce à leur regroupement au niveau des groupes hospitaliers. Ces derniers, dont plusieurs ont une taille comparable à nombre de centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), peuvent ainsi réaliser des économies d'échelle, opérer des redéploiements de ressources, moderniser leurs pratiques respectives et développer les coopérations.

L'aboutissement de ce processus devrait permettre au siège de se concentrer sur le pilotage des objectifs stratégiques et de mobiliser tous les acteurs dans une politique de groupe.

Selon la chambre, cette nouvelle organisation devrait améliorer l'efficacité des groupements hospitaliers, sous réserve qu'ils aient défini leur gouvernance et leur projet médical au regard des besoins de leurs territoires de santé respectifs. Il leur appartient de proposer une organisation de leurs activités compatible avec la continuité de la prise en charge des patients, en coopération avec les autres acteurs des secteurs sanitaires concernés.

Cela étant, l'organisation de l'établissement en 12 groupes hospitaliers, dont deux sur un site unique, n'est pas totalement cohérente avec celle des territoires de santé. Il se trouve, en effet, que la définition de ces derniers par l'agence régionale de la santé a été faite, sur une base départementale, postérieurement à la réorganisation de l'établissement.

En outre, il se pourrait que certains groupes éprouvent des difficultés pour faire fonctionner l'ensemble des trois niveaux de prises en charge, en raison des déséquilibres dans les types d'activités regroupées, liés à l'implantation historique des structures ou à leur positionnement exclusif sur des activités spécialisées. Ces difficultés ne seraient, toutefois, pas à exagérer, s'il est vrai que, selon l'AP-HP, les travaux préparatoires de la réforme ont précisément porté sur la question de l'évolution de la demande de soins au cours des cinq années à venir et que c'est à cette occasion que les trois niveaux de prise en charge ont été définis, afin de les organiser au mieux à la maille de chaque groupe hospitalier.

De plus, la lisibilité est, pour l'instant, limitée, en ce qui concerne l'offre de soins au niveau de chaque groupe. Le plan stratégique, en effet, renvoie à chaque groupe hospitalier le soin de définir son projet médical, les modalités de sa mise en œuvre, les transferts d'activités au sein du groupe hospitalier et entre groupes hospitaliers, les reconfigurations de pôles et les coopérations. De même, s'il affirme le principe du rééquilibrage des moyens entre la périphérie de Paris et le cœur de la capitale, il ne détermine pas les modalités de sa mise en œuvre. Ce n'est donc qu'au terme de la réorganisation en cours que les nouvelles offres de soins des groupes hospitaliers pourront être clairement appréhendées.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre sur ce point, l'ordonnateur a tenu à souligner l'importance que revêtait dans le projet médical du plan stratégique le développement des coopérations territoriales, et notamment dans la « *petite couronne* » parisienne, où les hôpitaux de l'AP-HP sont voisins de nombreuses structures hospitalières publiques ou privées. A titre d'exemple particulièrement illustratif de cette orientation, il a cité le projet médical dit CHU 93, auquel prend part le groupe hospitalier Avicenne – Jean Verdier – René Muret.

Quoi qu'il en soit, le développement de l'activité des groupes dépendra de la qualité de leurs projets médicaux et de la délégation de moyens pour les investissements correspondants.

Chaque groupe hospitalier dispose d'objectifs d'activité et d'un budget défini à partir de l'EPRD de l'établissement. Pour la première fois, en 2010, le dialogue budgétaire a été réalisé au niveau des groupes hospitaliers. Pour atteindre l'équilibre, chaque groupe est responsable de la définition de sa propre trajectoire, en devant arbitrer entre économies ou augmentation de l'activité. Si la déconcentration de la gestion permet de responsabiliser financièrement chaque groupe hospitalier, l'impact réel de l'organisation en groupes sur l'équilibre financier global de l'établissement n'est pas encore visible.

Ainsi, en 2011, l'AP-HP a présenté un montant global d'économies de 110 M€ mais sans indiquer de manière détaillée les actions relevant de chaque groupe pour atteindre cette cible. De même, si chaque groupe doit conquérir des parts de marché pour se procurer des recettes supplémentaires, le plan stratégique n'a pas défini avec une précision suffisante les moyens d'y parvenir.

La réorganisation en cours génère, actuellement, de profonds changements dans le fonctionnement des équipes de chaque groupe. Ces mutations comportent des risques en termes d'adhésion des acteurs. Aussi, les gains d'efficacité attendus dès le début du processus peuvent en être différés.

L'établissement doit définir rapidement une stratégie de groupe et se recentrer sur le contrôle interne de l'institution. En effet, l'absence de visibilité sur la stratégie de rééquilibrage des activités du groupe pourrait reporter après 2013 l'échéance du retour à l'équilibre budgétaire.

Pour la direction de l'établissement, l'organisation en groupes est inscrite dans la culture de l'institution et constitue le support de sa dynamisation. Elle se traduit déjà dans l'évolution de l'activité, notamment en chirurgie, qui a crû en 2010 et 2011. Le dialogue de gestion inter-groupes, ainsi qu'avec le siège, se développe et s'oriente progressivement vers des réflexions communes.

1.2.3. Accélération de la recherche d'efficacité

L'AP-HP affirme sa volonté de renforcer sa performance. Aussi la mise en place des groupes a-t-elle été complétée par une démarche d'amélioration des processus de prise en charge des patients et du fonctionnement des plateaux techniques.

De nombreux acteurs internes ont accepté de s'inscrire dans cette démarche. Les nouveaux objectifs, validés par la commission médicale d'établissement le 11 janvier 2011, se sont traduits par des projets engagés entre avril et juin 2011.

L'approche méthodologique, rigoureuse, repose sur la définition d'indicateurs simples et mesurables selon un calendrier préétabli. Les évolutions sont testées sur des sites pilotes avant une généralisation à l'ensemble des structures. Cette pratique, prudente, pourrait constituer une cause supplémentaire du report, dans le temps, de l'atteinte de l'équilibre financier.

L'amélioration de la productivité globale de l'institution repose, aujourd'hui, sur de multiples projets pour la réussite desquels l'adhésion des acteurs est déterminante.

Le changement de tarification des établissements publics de santé, en 2004, imposait une amélioration de la performance. Cet impératif d'efficacité, intégré avec un retard que la chambre avait relevé dans son précédent rapport d'observations, a conduit l'établissement à une profonde réorganisation dont l'achèvement constitue, désormais, un objectif prioritaire.

Bien que l'établissement soit assuré de sa capacité à réaliser ses objectifs, les différentes actions entreprises supposent une conduite du changement sur le moyen terme. Les effets de cette réforme devraient être tangibles à compter des exercices 2012-2013.

En sus des économies de gestion, l'efficacité repose aussi sur la conquête de parts de marché, ce qui nécessite un nouveau positionnement dans les filières de soins. L'AP-HP va devoir se positionner par rapport à des établissements concurrents publics et privés, qui ont, pour certains, déjà entamé ce processus depuis l'évolution du mode de tarification.

La direction de l'établissement a fait état, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, de résultats encourageants obtenus, dès 2011, en ce qui concerne ses actions d'amélioration de la performance.

1.2.4. Mise en place d'un système d'information de gestion structurant

L'évolution du système d'information a été engagée dans le cadre du plan stratégique 2005. Cette priorité a été réaffirmée dans le plan stratégique 2010.

Le nouveau système, dit « *NSI Gestion* », s'inscrit dans la continuité du projet « *économie, investissements, finance et logistique* » (*Eifel*). Sa mise en œuvre a été conduite par plusieurs instances, en l'occurrence le comité de pilotage, la cellule de pilotage stratégique conseillant la direction générale, la cellule technique informatique, ainsi que quatre centres de compétences et de services responsables de l'ensemble des domaines d'application (patients, gestion, pilotage, travail collaboratif et communication).

1.2.4.1. Un choix technique ambitieux, des coûts mal maîtrisés

Un partenariat innovant mais mal défini

Le déploiement d'un logiciel de gestion intégré, en remplacement des applications de l'AP-HP et de la trésorerie générale de l'assistance publique (TGAP), a été décidé conjointement par l'établissement et la direction générale de la comptabilité publique (aujourd'hui, DGFip⁴) en juin 2004. Le projet n'a toutefois démarré qu'en mai 2007, date de signature du marché correspondant.

⁴ DGFip : direction générale des finances publiques.

Alors que l'achèvement de la mise en œuvre était prévue par le marché initial en mai 2012, la convention fixant à 11,5 M€ la contribution de la DGFIP n'était toujours pas mise au point en juin 2011. Quoique non encore formalisé, cet engagement de la DGFIP avait, toutefois, donné lieu à une prévision de recette d'investissement en 2011. Dans son rapport d'observations provisoires, la chambre a relevé que le montant prévisionnel de 11,5 M€ était inférieur au coût réel des développements spécifiques réalisés au profit de la TGAP et que les charges de maintenance du logiciel ne paraissaient pas avoir été prises en compte.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que la convention, dont la signature était imminente, fixait à 12,5 M€ le montant de la contribution de la DGFIP et prévoyait bien la prise en charge de la maintenance du logiciel. Cette contribution, a-t-il été précisé, a été inscrite à l'EPRD de 2012.

Une maîtrise insuffisante du projet

Dans la perspective d'acquiescer un système d'information intégrant, outre la gestion des ressources humaines (SIRH), celle des finances, de la logistique, du patrimoine, des équipements et de leur maintenance, un marché fractionné à tranches et à bons de commande a été conclu, le 4 mai 2007, pour un montant prévisionnel de 69,3 M€, la période d'exécution s'étalant du 4 mai 2007 au 3 mai 2012.

L'anticipation des besoins s'est avérée des plus imparfaites, ainsi qu'il résulte des constatations suivantes :

- existence de plusieurs insuffisances portant sur les domaines fonctionnels et sur la méthodologie d'accompagnement, qui avaient été signalées dès le dépouillement des offres ;
- imprécision des cahiers des charges, qui a conduit à compléter le marché initial pour faire réaliser des développements spécifiques et des prestations complémentaires par les sociétés titulaires du marché ;
- surévaluation des disponibilités en ressources humaines que l'AP-HP pouvait consacrer au projet, ce qui a conduit à faire réaliser des prestations supplémentaires pour les démarrages de site et pour l'intégration des données comptables, en cours de déploiement.

Le marché initial a donné lieu à plusieurs avenants. Ces évolutions contractuelles ont eu pour objet la rectification d'erreurs dans les bordereaux de prix, l'élargissement du périmètre fonctionnel du fait de l'émergence de nouveaux besoins et l'évolution de la maintenance réglementaire. Elles ont porté le montant prévisionnel du marché à 73,4 M€. A sa décharge, l'établissement a invoqué la très grande complexité propre à la gestion « *d'un projet d'une telle envergure sur un délai de temps opérationnel assez court de déploiement* ».

Pour réaliser des prestations non prévues, du fait, notamment, que la réforme de nombreux processus de gestion a fait apparaître, en cours d'exécution, la nécessité de développements spécifiques, ainsi que l'AP-HP le précise dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le marché initial a été complété par un marché de « *prestations similaires* » de 15 M€

L'AP-HP n'ayant pas pu réaliser, faute de pouvoir recruter, à cette fin, le personnel techniquement compétent, certaines des prestations mises à sa charge dans le cadre du marché initial, celles-ci ont été effectuées par des prestataires extérieurs, sur la période 2008-2009, afin d'assurer la mise en œuvre de certaines fonctionnalités, le changement de volumétrie des utilisateurs, les démarrages des sites pilotes, la reprise des données et la maintenance. Ce différend a nécessité la conclusion d'un protocole transactionnel d'un montant de 5,7 M€

Enfin, plusieurs marchés, pour des prestations relevant de l'assistance technique, du pilotage décisionnel, de l'achat de licences supplémentaires et de formation, ont été passés en complément des contrats cités précédemment. Il n'était, au demeurant, pas illogique, comme l'ordonnateur le souligne dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, que la conclusion de marchés de formation, destinés à 600 formateurs-relais, soit nécessaire pour la mise en service d'un logiciel déployé en 2010, de façon simultanée, dans 26 hôpitaux.

Le coût total actualisé de l'investissement du projet « *NSI Gestion* » et du fonctionnement du centre de compétences dédié est retracé dans un tableau récapitulatif transmis par la direction de l'AP-HP. Fin juin 2011, il s'élevait à 78,7 M€ pour l'investissement et 35,5 M€ pour le fonctionnement. Les dépenses réalisées au titre de l'investissement étaient supérieures de plus de 13 % au marché initial. Le dépassement du montant du marché initial se rapprochait ainsi du taux de 15 % au-delà duquel, selon ses propres règles, l'AP-HP considère que l'économie d'un marché est bouleversée et qu'il lui est interdit, par voie de conséquence, de le modifier par avenant. Quoi qu'il en soit, l'AP-HP estimait ne pas se situer dans un contexte de dérive des coûts, tant que l'exécution des marchés n'était pas terminée.

D'après l'étude préalable, le projet « *NSI Gestion* » devait générer une réduction des coûts de fonctionnement et contribuer au financement du surcoût des investissements. Aussi, la chambre recommande d'établir un bilan intermédiaire, en vue d'en communiquer les conclusions aux instances responsables de la stratégie. Cette démarche serait d'autant plus nécessaire que le projet « *NSI Patient* », du fait de son ampleur, pourrait également conduire à des augmentations de coûts très préjudiciables aux investissements médicaux.

Une mise en œuvre étalée sur plusieurs exercices

Le progiciel « *HR Access*⁵ » a été déployé dans l'ensemble des établissements, le 1er janvier 2009, sans dysfonctionnements majeurs sur les opérations de la paie. Toutefois, fin 2009, des dépenses diverses n'ont pas été comptabilisées et des demandes de remboursements n'ont pas été émises.

L'implantation du progiciel « *NSI Gestion* » dans les différentes structures s'est réalisée sur trois exercices. En 2009 et 2010, la comptabilité a été tenue sur deux applicatifs. De ce fait, les saisies de données comptables ont été effectuées sur « *SAP* » (acronyme de « *Systems, Applications and Products in Data Processing* ») et rebasculées sur l'ancien logiciel comptable en fin d'exercice.

Le système comptable a finalement été unifié entre l'AP-HP et la TGAP à compter du 1er janvier 2011. Toutefois, le déploiement de certaines fonctionnalités de « *SAP* » devait se poursuivre dans quelques entités jusqu'à fin 2011. Selon l'ordonnateur, des développements complémentaires sont en cours, en 2012, pour réaliser l'imputation des virements et la mise en place des recouvrements contentieux.

⁵ Gestion des ressources humaines.

Les opérations de clôture de l'exercice 2010, ainsi que le compte financier, ont encore été produits avec les anciennes applications, une partie des écarts sur les reprises de données ayant été intégrée. Selon l'ordonnateur, les anciennes applications ont été maintenues en fonctionnement jusqu'au 15 décembre 2011 pour la reprise des fichiers des immobilisations et la reddition du compte financier.

Selon l'AP-HP, ce mode de déploiement était justifié par l'impact du projet sur l'organisation, plus que par sa dimension technique. Si, contrairement aux doutes exprimés par la chambre, les sites pilotes ont bien été utilisés pour la réalisation de tests destinés à prévenir les « *anomalies bloquantes* » avant le déploiement du progiciel, il n'en reste pas moins, aux dires mêmes de l'ordonnateur, que la tenue de la comptabilité sur deux applicatifs, l'ancien système restant maître, a rendu les processus centraux de consolidation difficiles à tester.

La chambre s'interroge donc sur l'absence d'anticipation, dans les EPRD, des conséquences budgétaires et comptables des ajustements liés à l'évolution des processus comptables. Si sa volonté a été de présenter de manière transparente les effets des déploiements de progiciels, l'établissement reconnaît avoir eu des difficultés pour les quantifier dans les EPRD, compte tenu de l'absence d'état de l'actif, de gestion des stocks et de mise en œuvre d'un processus spécifique de récupération de la TVA.

1.2.4.2. Des impacts significatifs pour la gestion

Un dialogue de gestion facilité

Les services de l'ordonnateur et du comptable exploitent la même base de données. Chaque acte de gestion a une traduction sur leur comptabilité respective.

Les gestionnaires des groupes hospitaliers ont à leur disposition des outils pour appréhender la formation des produits et des charges de leur structure. La qualité des données a été améliorée par la mise en œuvre de référentiels communs.

Un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) est établi pour chaque structure. Sa part dans le résultat financier de l'institution est identifiée sur le champ. La restitution des données, sous forme de tableaux de bord, nécessite la réalisation d'un module décisionnel complémentaire.

Les charges directes sont imputées automatiquement en comptabilité analytique au moyen de procédures standardisées, établies suivant des principes réels ou statistiques inclus dans l'applicatif, ce dernier permettant, en temps réel, des comparaisons entre établissements.

Les règles de management de la structure sont transposables dans le système d'information. La solution apportée par « *SAP* », par la rigueur qu'elle impose, a conduit à modifier profondément les pratiques de gestion. Un grand nombre de circuits et de procédures ont été revus, créés et formalisés. Une visibilité complète a été donnée aux données budgétaires, comptables et analytiques. Le suivi de l'ensemble des opérations, à tous les niveaux de la structure, se réalise sur plusieurs axes : métier, structure, réglementation ou gestion.

L'uniformisation des modalités de saisie des données permet de mettre en place un contrôle interne, de préparer les travaux de certification des comptes et de disposer d'un meilleur pilotage de la gestion.

Un renforcement de la fiabilité

Les prestations internes sont désormais gérées en comptabilité analytique, ce qui met aussi un terme aux retraitements comptables du compte financier.

La tenue de fiches d'immobilisations offre la possibilité de réaliser un état de l'actif, de calculer les amortissements *prorata temporis*, de les imputer à chaque structure, de maîtriser les opérations de cession correspondantes, de suivre leur mise en service et le financement des opérations pluriannuelles dans le cadre du budget.

La gestion des stocks, qui est réalisée selon la méthode de l'inventaire permanent, est suivie par lieu de stockage. Les groupes hospitaliers ont accès au suivi de leur consommation et de leur stock réel.

La réalisation de l'inventaire a permis une reconstitution d'actifs immobilisés et de stocks avec un impact sur le résultat des exercices concernés par le déploiement.

Toutefois, le schéma des écritures comptables de variation des stocks et de rattachement des charges n'est pas conforme à la réglementation actuelle des établissements publics de santé. Sur ce point, l'ordonnateur a annoncé, dans sa réponse aux observations provisoires, qu'il serait remédié à ce défaut.

L'AP-HP souhaite bénéficier des nouvelles modalités du droit à déduction de la TVA applicables à compter du 1^{er} janvier 2009, pour ses activités placées totalement ou partiellement dans le champ de la TVA. Cette pratique est prise en compte dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP), la TVA récupérée constituant une recette d'équilibre.

Une modification des chaînes comptables

La chaîne de dépenses est unifiée entre l'ordonnateur et le comptable. Il est prévu qu'en 2014, la totalité des dépenses soient traitées par un service « *facturier* » composé d'équipes mixtes relevant de l'AP-HP et de la TGAP, sans incidence sur la responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable. Actuellement, ce service n'intervient que sur une partie des dépenses.

Afin de garantir la séparation des fonctions entre ordonnateur et comptable, les habilitations des agents figurent dans un état signé par l'ordonnateur pour les transactions relevant de sa compétence. Cet état est transmis, chaque année, au comptable ; il atteste du caractère exécutoire des mandats et regroupe l'historique des affectations des rôles « *ordonnateur* » et « *comptable* ».

Les bordereaux de mandats sont supprimés. Les mandats de paiement sont dématérialisés et remplacés par des demandes de mise en paiement (DMP) créées à réception des factures.

Les différences d'évaluation entre service fait et mandatement font l'objet d'une régularisation : les charges sont comptabilisées lors de la validation du service fait. Les écarts, dans la limite d'une tolérance de 1 % ou de 500 €, sont imputés en frais divers de gestion au compte 65885 « *autres charges diverses de gestion courante* ».

La responsabilité du comptable est engagée dès la validation de la demande de mise en paiement.

Les règles liées aux opérations de recettes sont aménagées. Le processus de recettes est géré en flux dématérialisés. Le comptable ne disposant plus du visa de l'ordonnateur rendant exécutoire les titres émis, il a été décidé que l'ordonnateur rendrait les titres exécutoires *a posteriori* sur la base d'un bordereau récapitulatif des titres de recettes.

Le logiciel de gestion des admissions des patients « *Gilda* » a été maintenu pour la saisie des données relatives aux patients et pour l'édition d'une pré-facture. La facturation et le recouvrement sont réalisés avec « *SAP* ». L'absence de paiement d'une pré-facture dans un délai de 40 jours déclenche l'émission de la facture éditée automatiquement dans « *SAP* ».

Le principe des régies a été maintenu. Les régisseurs sont autorisés, par le comptable, à accorder des délais aux débiteurs dans la limite de trois mois pour une dette globale de 2 000 €. L'absence de paiement entraîne l'émission du titre.

Il est à relever que les fonctionnalités du progiciel « *NSI gestion* » permettent de réaliser le suivi budgétaire et comptable de l'ensemble des structures au moyen d'applicatifs unifiés avec des données fiabilisées, des référentiels partagés et des comptabilités intégrées. Il est indéniable que ce changement concourt à l'amélioration de la fiabilité des comptes.

L'état de l'actif sera fiabilisé à partir de 2012. De nombreux écarts ayant été constatés entre l'inventaire et la comptabilité en ce qui concernait la valorisation et la durée d'utilisation des immobilisations, du fait des insuffisances antérieures dans la tenue de l'état de l'actif, des fiches d'écarts ont été établies et introduites dans l'inventaire, lors de la bascule dans le nouvel applicatif. Pour déterminer la durée d'amortissement des biens qui en étaient dépourvus ou qui avaient des durées d'amortissement différentes de celles du modèle intégré dans le logiciel « *SAP* », un protocole de rectification a été défini avec la TGAP.

Le travail d'actualisation de l'actif s'est traduit, en 2010, par une charge supplémentaire de 12 M€ constatée dans le compte financier.

Il est regrettable que, dans l'annexe au compte financier 2010, les régularisations comptables consécutives au déploiement du progiciel « *NSI gestion* » n'aient pas été précisées. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a annoncé que ce serait le cas pour le compte financier 2011.

Les nouveaux schémas ont induit, dans les comptes analysés, des singularités dans l'évolution des stocks, rendant difficile l'analyse rétrospective. En effet, la sous-évaluation des stocks et des résultats financiers, constatée au cours des exercices antérieurs, se trouve régularisée au fur et à mesure du déploiement du nouveau système d'information, ce qui permet d'ajuster la présentation de l'actif net du bilan. Il reste encore à comptabiliser les stocks d'articles non référencés dans le progiciel, qui existent sur certains sites.

En ce qui concerne les stocks de médicaments, dès lors qu'ils sont communs, la responsabilité devrait être unique et centralisée. La gestion « *matière* » des stocks repose sur l'Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps), qui conserve une délégation générale. Les responsables des centres hospitaliers bénéficient d'une délégation spéciale pour leurs propres stocks.

Le bilan de l'impact du progiciel « *NSI gestion* » sur la fiabilité des comptes ne pourra être précisément établi qu'à l'issue de la clôture de l'exercice comptable 2012. A compter de cet exercice, toutes les évolutions majeures, ainsi que les corrections résultant de l'audit interne réalisé avec la TGAP, devraient être intégrées.

Pour obtenir le niveau de qualité requis pour la certification des comptes, l'AP-HP doit encore s'approprier, dans le cadre d'une permanence de méthodes, les évolutions du nouvel applicatif et s'astreindre à finaliser les processus correspondants. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a déclaré qu'il s'agissait là d'autant de points prioritaires à traiter dans le cadre des travaux préparatoires à la certification des comptes.

Par ailleurs, l'identifiant unique du patient ne semble pas être opérationnel, alors qu'il permettrait un meilleur rattachement des factures par patient et un suivi plus efficace du recouvrement. La direction de l'AP-HP, qui a une vision globale sur l'ensemble des processus financiers en dépenses et en recettes, pourrait alors optimiser sa gestion de trésorerie.

1.2.4.3. Des risques qualité inhérents aux spécificités du système d'information

Des traitements comptables dérogatoires

Les spécificités fonctionnelles des progiciels de gestion implantés ont imposé un aménagement des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé.

L'arrêté du ministre du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat permettant de déroger à la passation de certaines opérations comptables, de créer le service facturier et de clarifier la notion d'habilitation, a été signé en juillet 2011.

Ainsi, bien que le fonctionnement de l'AP-HP relève du droit commun, son organisation comptable constitue encore une exception.

Des processus à stabiliser

Plusieurs processus comptables ne sont pas encore stabilisés, même s'ils sont en voie de l'être, grâce aux travaux entrepris avec le comptable public. Ainsi en est-il de la gestion de l'actif, des stocks ou des comptes d'attente et de régularisation.

Conscients de ces difficultés, de la nécessité urgente d'un diagnostic sur les fonctionnalités déployées et des insuffisances en matière de suivi comptable et budgétaire, l'AP-HP et la DGFip sont convenues, en juin 2011, de réaliser un audit.

Celui-ci devait examiner, notamment, les conséquences des procédures dérogatoires dans l'optique de la certification des comptes et le positionnement de la TGAP au regard de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre du projet.

La chambre considère que cet audit aurait pu intervenir plus en amont, car il est susceptible de remettre en cause les évolutions actuellement retenues.

Des difficultés potentielles en maintenance corrective

Le projet « *NSI gestion* » aura permis de rationaliser l'architecture du système d'information grâce à la suppression de nombreux applicatifs internes.

L'établissement a, cependant, été confronté à la difficulté d'implanter un progiciel de gestion intégré dans un établissement public.

En sus des dérogations aux règles de la comptabilité publique, il a dû recourir, en cours de déploiement, à des programmes spécifiques pour traiter les fonctions qui n'étaient pas couvertes par la solution initiale. Ainsi a-t-il perdu la cohérence d'une solution standardisée, alors même que, dans l'appel d'offres du marché initial, il avait exprimé sa volonté de bénéficier, précisément, de la « *valeur ajoutée* » attachée à une telle solution.

De nombreuses adaptations spécifiques nécessiteront des maintenances correctives particulières. Dans cette hypothèse, l'AP-HP devra avoir recours au prestataire initial. A défaut, pour se prémunir contre les risques techniques et financiers inhérents à une intervention externe en cette matière, elle devrait affecter à ces opérations des moyens humains propres plus importants. Il résulte de la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre que l'établissement a prévu de sécuriser son centre de compétences par des recrutements internes et un marché d'assistance complémentaire.

1.3. Particularités de gestion affectant les résultats

Plusieurs particularités de gestion ont un impact sur les résultats de l'AP-HP.

1.3.1. Recours au marché obligataire

Dans sa recherche de financements, l'AP-HP a accès à un programme obligataire « *Euro Medium Term Note* » (EMTN).

Malgré les difficultés de liquidité du secteur bancaire, l'établissement a pu faire face à ses besoins de financement historiquement élevés, en arbitrant, jusqu'en 2013, les dates de remboursement du capital emprunté, les montants et les dates de levée de fonds.

Le recours au marché obligataire imposant que le capital des emprunts soit remboursé, en une seule fois, au terme de la période de prêt (amortissement dit « *in fine* »), l'AP-HP a pu lisser ses remboursements futurs, de telle sorte qu'ont été respectés les équilibres financiers globaux prévisionnels. De ce fait, l'autofinancement net ne s'est pas dégradé au cours des derniers exercices. En revanche, les échéances 2014, 2015 et 2016 n'ont pas encore fait l'objet d'un arbitrage quant au montant de l'annuité en capital à payer. Elles pourraient donc recéler une cause potentielle de dégradation des équilibres financiers.

La chambre prend acte de la décision de l'établissement de porter à la connaissance du conseil de surveillance, à compter de 2011, la note d'information sur les emprunts amortis *in fine*. Celle-ci doit être annexée à l'EPRD pour permettre au conseil d'appréhender le poids réel de la dette

1.3.2. L'établissement est son propre assureur

Les établissements publics de santé doivent souscrire une assurance destinée à garantir leur responsabilité civile et administrative du fait de dommages subis par des tiers.

La loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale a introduit, dans l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, une disposition selon laquelle une « *dérogation à l'obligation d'assurance peut être accordée par arrêté du ministre de la santé aux établissements disposant des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulterait d'un contrat d'assurance* ».

L'AP-HP ayant obtenu cette dérogation, l'établissement est son propre assureur pour les risques liés à son patrimoine immobilier et à sa responsabilité médicale, depuis le 1^{er} janvier 2003.

L'AP-HP évalue à 0,25 % la part des charges d'exploitation qu'elle consacre à ce risque, la moyenne des établissements de santé étant de 0,5 %.

Sur la base des informations communiquées par l'établissement au cours de l'instruction, la chambre n'a pas été en mesure d'évaluer si le niveau de la provision était en adéquation avec les risques encourus. Les calculs n'étaient pas fondés sur une analyse du risque par contentieux. Au 22 juin 2011, 5 961 dossiers ouverts en 2000 n'étaient toujours pas clos.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a déclaré que, début 2012, ce nombre n'était plus que de 3 843, qu'un état détaillé des contentieux en cours en matière de responsabilité médicale avait été établi par la direction des affaires juridiques et que, sur la base de cet état, la direction des finances avait pu évaluer objectivement la dotation aux provisions correspondantes. De plus, l'établissement envisage d'acquérir un logiciel qui lui permette de suivre les contentieux et les risques associés.

La chambre ne peut qu'encourager l'établissement à anticiper ces risques et à consacrer des moyens adéquats à leur couverture.

1.3.3. Existence d'une aide contractuelle spécifique

La chambre relève que le financement partiel de la prime exceptionnelle, résultant de dispositions liées à la Libération de Paris, est fondé sur des dispositions spécifiques, mais pérennes. Cette prime est financée par des crédits d'aide à la contractualisation (AC) à partir d'une enveloppe régionale annuelle soumise à d'éventuelles péréquations, inter ou infra-régionales.

Le surcoût résultant de cette prime s'élève à plus de 56 M€ En 2010, l'AP-HP a obtenu 11 M€ d'aide spécifique sur l'enveloppe régionale d'un montant de 19 M€

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a informé la chambre qu'à compter de 2012, cette prime serait financée sur les crédits des missions d'intérêt général, la direction générale de l'organisation des soins ayant reconnu que le versement de cette prime correspondait à une sujétion.

1.3.4. Des prêts consentis à des tiers

L'AP-HP accorde à des sociétés d'habitations à loyer modéré et à des sociétés d'économie mixte des prêts, dont fin 2009, l'encours atteignait 39,7 M€ dont 3,9 M€ au titre de la politique de logement du personnel. Elle accorde ainsi des facilités de trésorerie à ces organismes, alors qu'elle-même mobilise, pour ses propres besoins, des financements à court terme à des conditions financières plus onéreuses. Il en résulte un surcoût supporté indûment par le budget principal.

1.4. Une inflexion de la politique d'investissement

Depuis 2006, l'AP-HP relève du droit commun en ce qui concerne le contrôle de ses investissements, sous réserve, toutefois, de dispositions dérogatoires⁶.

Les documents relatifs aux plans stratégiques ne permettent pas de décliner, avec précision, les enveloppes prévisionnelles en programmes pluriannuels d'investissement.

Le plan stratégique 2010-2014 est basé sur une enveloppe de crédits de paiement plafonnée à 2,2 Md€⁷ et décomposée en travaux, équipements et informatique.

En ce qui concerne les opérations structurantes, l'ordonnateur a précisé, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, qu'elles comportaient bien un bilan financier soumis au contrôleur financier et des calendriers de réalisation, contrairement au doute exprimé par la chambre sur ces deux points. Mais, il a confirmé que, conformément à la réglementation dérogatoire applicable à l'AP-HP, les autorités de tutelle ne validaient pas chaque projet au niveau de l'avant-projet sommaire (APS), seuls le programme global de financement prévisionnel (PGFP) ou le plan pluriannuel d'investissement (PPI) faisant l'objet de leur validation.

1.4.1. Des reports de crédits d'investissements importants

Les investissements figurant dans les comptes financiers de la période sous revue se rapportent aux plans stratégiques 2005-2009 et 2010-2014.

Dans le cadre du plan 2005-2009, le rythme des investissements a été très soutenu. Certaines opérations non achevées ont été reportées, ce qui a consommé en partie les moyens destinés aux opérations nouvelles. Si des dépassements de coûts ont été constatés sur de nombreux chantiers, seules deux opérations, selon l'ordonnateur, ont donné lieu à des dépassements de crédits supérieurs à 10 %, à la suite de la défection d'entreprises.

Depuis 2006, les crédits de paiement, en progression constante, sont historiquement élevés. Fin 2008, les crédits de paiement consommés représentaient 75 % de l'enveloppe autorisée. Les besoins résiduels étaient supérieurs aux soldes des crédits restant à consommer.

La clôture du plan 2005-2009, si elle a permis un ajustement par rapport aux prévisions, n'a pas pris en compte l'évolution du coût des opérations. Les prévisions d'investissement ont été établies par plan stratégique, en distinguant autorisations d'engagement et crédits de paiement. Afin de respecter formellement ces prévisions, les écarts entre celles-ci et les réalisations ont été transportés au plan suivant. Ces écarts, connus de la seule administration de l'établissement, ne sont pas clairement explicités dans les documents stratégiques.

De ce fait, le plan 2010-2014 a été adopté par le conseil de surveillance, le 15 septembre 2010, sans qu'ait été pris en compte l'impact des engagements résultant de l'exécution du plan 2005 en matière de crédits de paiement. Le dépassement de la trajectoire financière du plan précédent avait, pourtant, été évoqué, au sein de l'établissement, dès le début de l'année 2010.

⁶ Ainsi, ne lui est pas applicable le texte fixant le montant des opérations dont l'avant-projet sommaire doit être approuvé par l'agence régionale de la santé. De même, l'AP-HP est le seul établissement public de santé à distinguer autorisations d'engagement et crédits de paiement.

⁷ Md€: milliard d'euros.

Ainsi, les consommations de crédits de paiement au cours des deux exercices 2010 et 2011 ont correspondu, à plus de 70 %, à des suites d'opérations, dont la réalisation du nouveau système d'information.

1.4.2. Un suivi des investissements à améliorer

Avant la mise en place du nouveau système d'information, la programmation des investissements sous la forme d'autorisations de programme (AP) permettait des reports. Désormais, les autorisations d'engagement (AE) d'investissements sont annuelles et, si elles ne sont pas consommées, elles sont annulées en fin d'année. Ce changement de pratique, réalisé en avril 2011 pour les opérations de 2009, a nécessité d'ajuster les anciens programmes et d'inscrire les reports en crédits de paiement (CP).

La documentation sur les investissements n'est pas encore unifiée. Elle est constituée de multiples tableaux de bord. En ce qui concerne quelques opérations majeures, dont la mise en service est prévue entre 2011 et 2013, la lecture du tableau de suivi de ces opérations, du tableau de synthèse des projets immobiliers dit « *coups partis* » et des documents fournis par le contrôleur financier n'a pas permis d'établir avec certitude les besoins en autorisations d'engagement et crédits de paiement. D'après sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur attend du regroupement des directions des finances et des travaux et de l'installation du progiciel « *NSI gestion* » un pilotage des investissements plus performant. Insuffisamment détaillés, les documents budgétaires figurant dans l'EPRD ne permettent pas de garantir la sincérité des prévisions de crédits de paiement au regard des autorisations données. L'absence de référence à un plan pluriannuel d'investissement adossé à un plan global de financement prévisionnel (PGFP) rend laborieux le suivi de l'évolution des coûts des programmes engagés, ainsi que l'appréciation de leurs conséquences financières sur les produits et charges d'exploitation.

Au regard des enjeux qu'ils représentent, les engagements en matière d'investissement, figurant dans les documents budgétaires, gagneraient à être plus lisibles.

1.4.3. Une nouvelle stratégie d'investissement

En 2009, une mission d'appui de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales a mis en évidence la nécessité pour l'établissement d'adapter sa stratégie d'investissement à sa situation financière et à ses orientations stratégiques et de se doter d'outils de décision et d'évaluation dans le cadre d'une politique patrimoniale.

Les prévisions budgétaires de 2010 et 2011 traduisent, ainsi, une inflexion dans la politique d'investissement. L'EPRD de 2010 prévoyait 500 M€ de crédits de paiement, à comparer aux 600 M€ réalisés au cours de l'exercice 2009. La réalisation en matière de crédits de paiement, en 2010, semble s'être située autour de 530 M€. En 2011, le montant prévisionnel des crédits de paiement a été fixé à 510 M€.

Le cadrage pluriannuel est confié au département de la stratégie financière et patrimoniale, qui doit établir les propositions d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, en fonction des capacités financières.

L'objectif d'atteindre l'équilibre en 2012 et de le maintenir jusqu'en 2014 s'inscrit dans une trajectoire financière fondée sur l'augmentation progressive de la capacité d'autofinancement (Caf), la réalisation de cessions d'actifs et l'obtention de subventions. Les programmes d'investissement des années 2010 à 2014 seraient, ainsi, financés, par la Caf, à hauteur de 1,8 Md€ par les cessions d'actifs, à hauteur de 100 M€ et par les subventions, à hauteur de 40 M€. Des emprunts supplémentaires, à hauteur de 250 M€, complèteraient le financement, sans dépassement du ratio maximum d'endettement (30 % des produits d'exploitation).

Le plan d'investissement de 2005 devait répondre aux problématiques de prise en charge des patients. Celui de 2010 a pour objectif de permettre des réorganisations et de susciter des gains d'efficacité. Toutefois, pour ce faire, le cadrage financier de ce dernier ne décrit pas les opérations liées à la réorganisation interne des groupes hospitaliers et à la réalisation de leurs projets médicaux.

La chambre constate que les recommandations de la mission d'appui ci-dessus mentionnée ont été, en partie, prises en compte. Si le processus décisionnel a été amélioré, le suivi budgétaire et financier reste perfectible. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a, toutefois, souligné l'amélioration de ce suivi, grâce, notamment, à la plus grande précision des indicateurs des tableaux de bord.

Le plan global d'investissement n'a pas toute la précision souhaitable et l'information sur le coût et le financement des opérations structurantes apparaît parcellaire. En revanche, la distinction est bien faite entre investissements de renouvellement et investissements nouveaux permettant d'assurer le développement des activités et d'améliorer la performance.

Des reports de crédits de paiement ont conduit à différer l'atteinte des objectifs du plan stratégique précédent et retardent la mise en œuvre des objectifs du plan en cours. En outre, l'impact des engagements du plan précédent au regard de gains d'efficacité attendus sur la période 2010-2014 n'est pas lisible.

Cette situation est de nature à compromettre, au sein des groupes hospitaliers, la réalisation d'investissements porteurs de gains d'efficacité et l'atteinte du retour à l'équilibre en 2013 par une réduction des coûts de fonctionnement et l'élargissement de l'activité. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur apporte un tempérament à cette observation : les investissements apportant des gains d'efficacité sont prioritaires et, si la gestion de certaines opérations d'équipement relève des groupes hospitaliers, le siège en assure le suivi.

Le pilotage des investissements a été rattaché à la direction financière, confirmant ainsi une volonté de lier niveau d'investissement et équilibre d'exploitation. Cependant, l'AP-HP n'a pas finalisé les modalités de gestion des opérations qui relèvent des groupes hospitaliers.

Depuis la mise en place de l'EPRD qui priorise les crédits de paiement, le suivi des autorisations d'engagement relève du contrôle interne, de décisions des commissions compétentes en matière d'investissement, et non plus du suivi budgétaire, ce que confirme l'ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires.

L'AP-HP a affirmé sa volonté d'adapter sa trajectoire financière à ses capacités et, par voie de conséquence, de maintenir un niveau de ratio d'endettement acceptable par les agences de notation, avant même que le recours à l'emprunt soit réglementé pour les établissements publics de santé (décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011). Le rééquilibrage permanent des enveloppes annuelles de crédits de paiement traduit la difficulté de sa mise en œuvre et les risques de report permanent des inscriptions budgétaires.

L'amélioration des équilibres financiers repose, non seulement sur la maîtrise de l'enveloppe pluriannuelle des investissements, mais également sur l'efficacité globale de l'établissement. La chambre considère, au regard de ces éléments, que la gestion financière à long terme des investissements de l'établissement, en conditionnant le développement de ses activités et son positionnement, prend une dimension aussi stratégique que la maîtrise de l'exploitation.

L'implication récente des autorités de tutelle dans le processus décisionnel relatif aux investissements doit être renforcée à raison de l'impact financier de ces derniers et de leur incidence sur l'évolution de l'offre de soins en Ile-de-France.

1.5. Sincérité du budget

1.5.1. Poids de chaque structure budgétaire dans la constitution des résultats

Entre 2009 et 2011, le déficit du compte de résultat principal (CRP-H) s'est aggravé, l'excédent du compte de la dotation non affectée (CR-A) est resté stable et le compte de l'unité de soins de longue durée (CR-B) a été également déficitaire.

Le CRP-H enregistre plus de 95 % des charges et des produits consolidés. En 2009, il participait à hauteur de 124 % au déficit net consolidé.

Les écarts entre prévisions et réalisations ont été très importants : 860 M€ en 2008, soit 14 %, 700 M€ en 2009, soit 11 %. En 2009, les écarts les plus importants touchaient les charges à caractère médical (558 M€), les amortissements et provisions (14 M€) et les autres produits (758 M€). Ces flux provenaient, pour partie, des prestations internes qui n'étaient pas intégrées en prévisions et faisaient l'objet de retraitements par l'ordonnateur au compte de résultat.

Le report à nouveau (RAN) de l'activité principale a fortement évolué. Excédentaire de 27,3 M€ au 1er janvier 2008, il s'est avéré, après imputation à 100 % des résultats 2008 (- 20,8 M€) et 2009 (- 93,8 M€), négatif de 87 M€ au 1er janvier 2010. Il a contribué à la diminution du fonds de roulement d'exploitation (FRE), passé de 510 M€ au 1er janvier 2009 à 449 M€ au 1er janvier 2010.

L'EPRD de 2010 estimait le résultat du CRP-H à - 115,5 M€. Le compte financier anticipé de 2010 a fait apparaître un résultat déficitaire de 114,3 M€. L'EPRD de 2011 tablait sur un résultat déficitaire de - 139 M€.

Le compte de résultat de l'unité de soins de longue durée (CR-B) a présenté un résultat déficitaire de 3,5 M€ en 2008 et de 1,6 M€ en 2009 et 2010, soit 2,2 % du résultat net consolidé.

L'analyse des postes fait apparaître des écarts significatifs entre prévisions et réalisations sur les produits et les charges, avec, notamment, des réalisations sans prévisions (personnel médical, permanence des soins, locations de matériel et services extérieurs) ou des prévisions sans réalisation (charges financières). Le RAN du CR-B, après deux exercices déficitaires, s'est dégradé, passant de 6 M€ au 1^{er} janvier 2008 à 0,9 M€ au 1^{er} janvier 2010.

L'impact de ce compte sur le résultat exige une meilleure sincérité des prévisions.

Le compte de résultat des services de toxicologie et d'alcoologie (CR-P) n'a généré aucun résultat. Les prévisions sont réalisées aux comptes 62 « *autres services extérieurs* » et les réalisations imputées aux comptes 65 « *autres charges de gestion courante* ».

Le compte de résultat de l'institut de formation de soins infirmiers (CR-C) a généré, en 2009, un résultat de 4,7 M€, dont l'impact sur le résultat consolidé a été de - 6,3 %. Y est intégrée une diminution de la subvention du conseil régional, compensée par une diminution des frais de personnel et des frais généraux. Le surplus de financement des années précédentes ne semble pas avoir été pris en compte. Le CR-C, compte tenu du résultat positif de 2009, a participé au fonds de roulement d'exploitation (FRE), par le biais d'un RAN excédentaire de 6,3 M€ au 1^{er} janvier 2010.

Les écarts de réalisation traduisent une maîtrise insuffisante des prévisions.

Le compte de résultat de la dotation non affectée (CR-A) a généré, en 2009 (15,4 M€) et 2010 (15,6 M€), un excédent en diminution par rapport à celui de 2008 (35 M€). L'EPRD de 2011 faisait état, quant à lui, d'un résultat prévisionnel excédentaire de 15 M€. Les excédents de la dotation non affectée ont été affectés à l'investissement.

Dès lors que la dotation non affectée (DNA) contribue à l'amélioration du fonds de roulement d'investissement (FRI), une attention doit être portée à la fiabilité des prévisions, du fait de leur impact sur les équilibres financiers. Dans un contexte globalement déficitaire, l'affectation au FRI de la quote-part de résultat excédentaire de la DNA déforme la perception de l'évolution réelle des capacités d'investissement de l'établissement.

Le suivi budgétaire des activités de toxicologie et d'alcoologie doit être établi en fonction des charges réelles, alors qu'il constitue actuellement une variable d'ajustement budgétaire du compte de résultat principal.

S'il est constant que la dégradation de ses résultats provient majoritairement de son activité principale, l'AP-HP doit, toutefois, éviter que le report à nouveau du compte de l'unité de soins de longue durée (CR-B) soit déficitaire et fiabiliser les prévisions relatives au compte de la dotation non affectée, eu égard à l'impact de son résultat sur les équilibres financiers globaux.

1.5.2. Sincérité du budget principal

1.5.2.1. Charges

Entre 2007 et 2010, les charges de personnel (titre I) ont constitué, en moyenne, 62 % de l'ensemble des charges, les charges à caractère médical (titre II) 19 %, les charges à caractère hôtelier et général (titre III) 9 % et les charges d'amortissement, de provisions et dépréciations financières et exceptionnelles (titre IV) 10 %. Sur la période, la part du titre I a diminué de 0,32 point et celle du titre IV augmenté de 0,35 point.

Les réalisations au titre I sont proches des prévisions, du fait du poids des crédits limitatifs.

Les réalisations des titres II et III sont toujours inférieures aux prévisions, ce qui peut traduire une légère surévaluation des budgets.

Au titre IV, les écarts entre prévisions et réalisations sont importants. En général, les charges financières sont inférieures aux prévisions, à des taux proches de 90 %. Les charges exceptionnelles et les dotations aux amortissements et aux provisions sont supérieures aux prévisions de manière significative, à des taux proches de 110 % et 130 %. Les écarts les plus importants en valeur absolue portent sur ces dotations. Ils influent sur le résultat de - 128 M€ en 2008 et de - 114 M€ en 2009.

S'agissant de l'exercice 2010, l'importance des écarts dont la valeur cumulée était supérieure à 50 % du résultat a été de nature à altérer la sincérité des prévisions.

La chambre considère que la suppression des prestations inter-hospitalières doit conduire à une meilleure lisibilité des prévisions.

Indépendamment des améliorations de processus liées à la mise en place du nouveau système d'information, l'AP-HP doit faire progresser la qualité de ses prévisions aux titres II et III. Les causes potentielles d'écarts au titre IV doivent être anticipées et explicitées lors de la réalisation de l'EPRD initial.

Evolution des charges de personnel

Les charges consolidées de personnel ont progressé de 6 % entre 2006 et 2009. Lors de ce dernier exercice, il est à relever un ralentissement de la hausse des charges de personnel titulaire non médical et une progression des charges de personnel médical et de personnel non titulaire non médical.

Les taxes et versements sur salaires ont augmenté plus fortement que l'ensemble des charges de personnel. Il a été relevé, en effet, une progression significative (2,86 %) des taxes sur les salaires du personnel médical et non médical, du fonds d'insertion pour les personnes handicapés, du fonds de modernisation et de la prime de service, qui a augmenté de 4 %, sans cohérence avec l'évolution de la masse salariale.

Au compte de résultat principal, entre 2008 et 2009, les charges globales du titre I ont baissé de 0,59 %. Cette baisse est imputable, selon la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, à un financement exceptionnel des comptes épargne-temps en 2008.

Les rémunérations brutes des personnels titulaires ont diminué de 0,57 %, en ce qui concerne les personnels non médicaux, et de 0,80 %, en ce qui concerne le personnel médical permanent. Cette maîtrise s'est accompagnée d'une hausse modérée des rémunérations liées à la permanence des soins, d'une diminution des coûts d'intérim (- 17,99 %), d'une baisse du recours aux contrats soumis à dispositions particulières et d'une progression de l'apprentissage.

L'évolution réelle des dépenses doit être analysée avec précaution du fait de la diminution du remboursement des frais de personnel non médical. Ces derniers sont passés de 8 M€ à 3 M€ en raison de la fin du rattachement à l'exercice précédent de la demi-cotisation ouvrière mandatée au début de l'exercice suivant et du transfert au titre III des frais de réservation de logements destinés au personnel.

Après une baisse en 2009, les charges de personnel brutes ont légèrement crû (respectivement + 0,92 % et + 0,78 %) en 2010 et 2011. La perspective d'une compensation de cette hausse par le produit de la refacturation des infirmières diplômées d'Etat détachées aboutirait à la stabilité de la masse salariale en 2011.

La progression la plus forte a été celle des charges de personnel médical (+ 2,78 % en 2010 et + 2,28 % en 2011) et celles de personnel non médical intérimaire (+ 30,26 %).

Dans son rapport sur le compte financier consolidé de 2009 présenté au conseil de surveillance en octobre 2010, l'ordonnateur a précisé que les dépenses⁸ de personnel permanent non médical avaient augmenté de 0,68 % et les dépenses de personnel médical permanent de 2,96 %. Pour aboutir à ce constat, les données de 2008 ont été retraitées, ce qui les a fait diminuer de 47 M€. Cette somme correspondait à la neutralisation de la monétisation à caractère exceptionnel des comptes épargne-temps (CET).

Evolution des effectifs

a- Personnel non médical

En 2009, d'après le tableau des effectifs joint à l'EPRD, l'effectif global a diminué de 986 équivalents temps plein rémunéré (ETPR). Cette diminution a concerné assez peu les personnels administratifs et les personnels hospitaliers qualifiés. Elle a surtout touché les personnels techniques. Elle a porté essentiellement sur les contrats à durée déterminée et les contrats soumis à dispositions particulières.

En 2010, d'après le tableau des effectifs joint à l'EPRD, l'effectif global a diminué de 311 ETPR, cette baisse touchant en majorité le personnel administratif. D'après la réponse de l'ordonnateur au rapport d'observations provisoires de la chambre, la diminution de l'effectif serait plus importante, puisqu'elle serait de 788 ETPR. Sans doute la source de cette information est-elle différente de celle dont la chambre a disposé.

La baisse de l'effectif de personnel technique titulaire a compensé l'augmentation de l'année précédente. L'établissement n'a pas précisé, dans ses documents, la cause de ces évolutions contrastées. La diminution des contrats à durée indéterminée (CDI) et l'augmentation des contrats à durée déterminée (CDD) proviennent certainement de la modification des règles d'imputation des contractuels sur emplois permanents que l'établissement avait annoncé avoir réalisée en 2009, dans son rapport sur le compte financier. Ainsi, la diminution des effectifs permanents serait de 2 004 ETPR sur l'exercice 2010. En prenant en compte les CDD en augmentation de 1 744 ETPR, la diminution nette de l'effectif est de 260 ETPR.

Dans sa note sur l'EPRD de 2010, l'ordonnateur précisait que le « *schéma d'emploi 2010 se traduisait par une diminution de 781 ETPR de PNM hors contrats aidés* ».

Au budget prévisionnel de 2011, l'effectif devait diminuer de 985 ETPR, cette baisse portant sur les agents titulaires et ceux en contrats à durée déterminée.

⁸ Charges sociales comprises.

Ces prévisions restaient à confirmer pour que l'équilibre de l'EPRD de 2011 pût être assuré, les effectifs de fin d'année dépassant les prévisions, comme l'illustrait la tendance observée en 2009 (+ 85 ETPR) et en 2010 (+ 526 ETPR).

L'AP-HP rémunérait, en outre, plus de 800 chargés de mission sur des postes administratifs et techniques et plus de 4 000 contractuels à durée déterminée représentant plus de 6 % de l'effectif permanent.

b- Personnel médical

D'après le tableau des effectifs joint aux EPRD, les effectifs de personnel médical ont augmenté de 522 ETPR en 2009 et de 382 ETPR en 2010, la croissance des effectifs permanents étant de 62 ETPR en 2009 et de 76 en 2010.

Si les postes d'attachés contractuels ont diminué en raison de leur titularisation, ceux des praticiens titulaires ont augmenté.

En 2011, l'effectif, selon les prévisions, devait augmenter de 206 ETPR. Hors hausse du nombre des internes et des étudiants, il était prévu une augmentation des universitaires et praticiens de 105 ETPR.

Les recrutements ont été supérieurs aux prévisions, les écarts affectant majoritairement les postes d'étudiants, dont la maîtrise échappe en partie à l'AP-HP.

Comme il a été dit, l'établissement a poursuivi son objectif de réduction des effectifs et de stabilisation de sa masse salariale. En 2010, les réalisations, en particulier pour le personnel soignant, ayant été inférieures aux prévisions, cet engagement devait être confirmé pour contenir le déficit de 2011 comme prévu.

Le suivi de l'évolution des effectifs est peu évident, à la lecture des EPRD. Il conviendrait que l'AP-HP présente la réalisation de ses objectifs sur la base des données comptables des comptes financiers uniques et des prévisions du PGFP.

1.5.2.2. Produits

Entre 2008 et 2010, le niveau global des produits a baissé de 1,37 %.

A la suite de la forte évolution de 2009, les produits versés par l'assurance maladie (titre I) ont crû de 3,14 % en 2010. Les autres produits de l'activité hospitalière (titre II) ont progressé de 5,70 %, avec une forte évolution en 2010, tandis que ceux des autres produits (titre III) ont diminué de 26,82 %, après une forte baisse en 2009.

En hospitalisation complète, la hausse de l'activité en nombre de séjours a été globalement en retrait par rapport aux prévisions des EPRD. Alors que l'augmentation en 2010 n'a été que de 0,10 % (après une augmentation de 0,80 % en 2009), la croissance prévue pour 2011 était de 2,54 %.

L'AP-HP a indiqué, d'une part, que ces prévisions traduisaient une mobilisation des équipes plus importante qu'en 2010 et, d'autre part, que ses hypothèses étaient cohérentes avec celles de sa tutelle.

Des évolutions d'activité de cette importance dans un contexte déficitaire doivent conduire l'établissement à leur porter une attention particulière.

Les titres I et III représentent plus de 90 % des produits totaux. Leur évolution influence celle du résultat global.

Evolution du titre I

Les produits liés à l'activité et aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ont diminué de 41 M€ en 2009, et de 68,9 M€ en 2010, consécutivement à l'effort de convergence et à la péréquation interrégionale des missions d'intérêt général.

A compter de 2010, la progression des produits a ralenti. Les prévisions pour 2011 ont été réalisées sur la base d'une très légère baisse (0,08 %), d'où une diminution des recettes de 81,6 M€. Cette évolution est consécutive à l'effort de convergence⁹ (- 41 M€), à la péréquation interrégionale des missions d'intérêt général (- 4,7 M€) et au gel des aides contractualisées (- 35,9 M€).

En revanche, les produits liés aux séjours et aux consultations externes devaient retrouver, en 2011, un niveau équivalent à celui de 2008, soit près de 2,8 Md€. Ces produits sont en progression, depuis 2010, de plus de 20 M€ par an, après avoir connu, en 2009, une baisse provoquée par le basculement du financement de la permanence des soins et de la précarité entre les tarifs de la tarification à l'activité (T2A) et l'enveloppe des missions d'intérêt général.

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, après l'augmentation due au transfert de financement de 2009, ont diminué en 2011, à la suite de la mise en réserve des aides contractualisées.

En 2010, les produits hors activité (1,246 Md€) avaient pour origine, à hauteur de 66,4 %, les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri), à hauteur de 23,9 %, les missions d'intérêt général et, à hauteur de 15,7 %, les aides contractualisées. Seulement 84,1 % de ce montant était reconductible. Ainsi, sur l'exercice 2011, la première notification a été faite sur la base de 1,128 Md€

Les recettes liées aux forfaits annuels (urgences et greffes), après avoir augmenté en 2009 de 6 %, ont été stables en 2010 et 2011.

Les dotations annuelles de fonctionnement, après avoir progressé de 3,4 % en 2009, ont crû de 0,70 % en 2010 et 2011. L'augmentation de 2009 résultait du transfert des hôpitaux de jour gériatriques en soins de suite et de réadaptation (SSR) et de l'augmentation des capacités. La dotation de cette activité est modulée à la baisse depuis 2008, en fonction de l'indice de valorisation de l'activité (IVA).

L'évolution à la baisse des dotations historiques semble être une contrainte supplémentaire à laquelle l'établissement doit s'adapter. En effet, en 2010, l'ARS a attiré l'attention de l'établissement sur le maintien temporaire des moyens ci-après.

Le forfait annuel pour les urgences a été maintenu au niveau de 2009, alors que l'établissement aurait dû subir une diminution de 19 M€ sur la base de la facturation réelle de 2009 pour l'encourager dans son action d'amélioration du codage. Les dotations « soins » allouées pour les activités de l'unité de soins de longue durée et de l'unité d'hospitalisation à domicile ont été supérieures aux dotations cibles. Afin d'aider l'établissement dans la réorganisation de ses conditions d'accueil, les dotations de 2010 ont été maintenues au niveau des montants inscrits dans les arrêtés de partition de 2009.

⁹ La fin de l'effort de convergence est fixée au 1^{er} mars 2011.

En revanche, l'AP-HP doit atteindre la convergence dans ce secteur en 2016. En ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation, le montant total à restituer est estimé à 27,2 M€ Certaines missions d'intérêt général apparaissant peu justifiées, la répartition des crédits par mission devait être revue.

Avant la mise en place de la T2A, le niveau de productivité de l'établissement était inférieur à la moyenne nationale. Même si l'activité en nombre de séjours est dynamique, le montant des produits ne permet pas de couvrir les dépenses d'exploitation. Les produits liés à l'activité ont, de plus, été amputés au titre de la convergence intra-sectorielle.

Les plans de retour à l'équilibre conduits par l'établissement permettent de compenser ces prélèvements. Lors du plan précédent, l'AP-HP a reçu des aides ponctuelles. Dans le cadre du plan en cours, des sur-dotations ont été temporairement maintenues pour soutenir la recherche d'efficacité de l'établissement.

Les projets transversaux, récemment engagés, doivent permettre à l'établissement de remédier aux points de sous-performance, en particulier en matière de durée moyenne de séjour (DMS).

Evolution du titre III

Des écarts importants entre prévisions et réalisations ont été constatés aux comptes « *autres produits* » du titre III : 861,3 M€ en 2008 et 757,7 M€ en 2009. L'écart le plus important apparaissait au compte « *retrocession de médicaments* », car l'établissement établissait ses prévisions hors prestations internes et présentait ses résultats après neutralisation de ces prestations. Hors retraitement de ces comptes, les produits de gestion courante, les produits exceptionnels et les reprises présentaient des écarts significatifs.

Entre 2008 et 2009, les produits du titre III ont été impactés à hauteur de 174 M€, entre autres, par le changement de comptabilisation des variations de stocks, le changement de méthodologie de calcul des remboursements de frais par les budgets annexes, les reprises sur provisions et le changement de procédure comptable pour la production de l'établissement pharmaceutique (Ageps).

Défaut de qualité de la facturation

D'après les services du comptable, le délai de recouvrement des créances de l'année reste élevé, en comparaison d'autres centres hospitaliers universitaires.

La mauvaise qualité de l'identification des titres, qui peut se traduire par le retour de courriers envoyés à une mauvaise adresse, génère une refacturation tardive, conduit à des défaillances, voire des absences de recouvrement, et aboutit fréquemment à l'annulation de titres, ce qui entraîne *in fine* des pertes de recettes. Le taux d'annulation s'élevait, pour l'exercice 2009, à 6,91 % contre 4,07 % pour l'exercice 2008.

L'AP-HP s'était engagée à promouvoir le paiement en régie pour diminuer les admissions en non-valeur. Cependant, le montant des recettes perçues par ce moyen a régressé de 17 % entre 2008 et 2009.

Au cours du contrôle, le comptable a souligné la difficulté d'identification des virements émis sur les tiers payeurs nationaux. Pour résoudre cette difficulté, il préconisait le développement de la télétransmission avec toutes les mutuelles, afin de limiter les imputations provisoires à des comptes d'attente.

Il résulte de la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre que la montée en charge de la télétransmission fait l'objet d'un planning, régulièrement revu par les acteurs concernés, mais que la rapidité de sa mise en place est conditionnée par l'inégale capacité des organismes intéressés à satisfaire aux spécifications du système d'information de l'AP-HP.

Il a été relevé que la progression des produits liés à l'activité des séjours avait été effective en 2010. Sur la base des prévisions, le montant des produits en 2011 s'est rapproché de celui de 2008. Ce n'est qu'en 2012, lorsque l'effort de convergence deviendra neutre, que l'établissement pourra bénéficier d'une progression des produits en lien avec celle des séjours.

Les prévisions pour 2011 anticipent une diminution des produits du titre I de 4,1 M€ à la suite de la diminution des facturations sur les dispositifs médicaux et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

L'établissement a tenu compte du gel provisoire des crédits d'aides à la contractualisation à hauteur de 35,9 M€ et des recettes attendues au titre des missions d'intérêt général de 91,9 M€. Son résultat prévisionnel s'est trouvé, toutefois, obéré par le report, en fin d'année, de la décision de la tutelle sur le montant exact des crédits Migac qui seraient définitivement gelés.

L'établissement réalise généralement ses prévisions sur le titre I : la prévision de progression des séjours de l'ordre de 2,5 % pour 2011, en cohérence avec les évolutions prévisionnelles nationales, est supérieure à la tendance antérieure et doit donc être confirmée.

1.5.2.3. Evolution comparée des charges et des produits

A partir de 2009, l'écart s'est accentué entre les charges, qui ont continué d'augmenter de 0,14 %, et les produits, dont le montant a diminué de 0,87 %. Les écarts entre prévisions et réalisations des charges et des produits se sont réduits. Le résultat est demeuré inférieur à 2 % des produits.

Pour l'exercice 2011, le résultat prévisionnel du compte de résultat principal¹⁰ était un déficit de 101 M€. Cette prévision était conditionnée par l'évolution de l'activité et par la poursuite de l'effort d'efficience sur les charges de personnel. Elle était favorisée par des éléments conjoncturels comme la diminution des dépenses des titres II et III à hauteur de 45,2 M€, celle-ci étant consécutive à l'impact de la valorisation des stocks, à une diminution des valeurs nettes comptables et à une recette exceptionnelle résultant d'un rappel de TVA.

1.6. Fiabilité des comptes

Dans ses précédents rapports d'observations définitives, la chambre avait recommandé à l'établissement de poursuivre la démarche de fiabilisation de ses comptes.

¹⁰ En ne tenant pas compte de la diminution définitive des aides à la contractualisation.

Le changement du système d'information de gestion a été présenté comme l'outil permettant de mettre fin aux dysfonctionnements constatés dans le traitement des prestations internes, des immobilisations et des stocks. La fiabilisation des comptes étant un préalable à leur certification, la chambre a examiné ces derniers sur la base d'une analyse rétrospective, tout en tenant compte des apports du nouveau système d'information (NSI).

Il résulte de l'examen des comptes produits à la chambre que les pièces justificatives des opérations internes sont imprécises ou insuffisamment documentées. Le classement des pièces est souvent inapproprié. Le caractère hétérogène et incomplet des documents contenus dans les liasses de pièces justificatives déposées à la chambre ne permet pas le rapprochement entre ces pièces et les opérations comptables. Les liasses sont classées par section ou par hôpital, alors que le suivi comptable, depuis la mise en œuvre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), est global. Dans ces conditions, la vérification des opérations de fin d'exercice retracées dans les comptes financiers n'a pas été réalisable. Sur ce point, un récolement complémentaire de pièces a dû être opéré auprès des services du comptable et de l'ordonnateur.

La chambre recommande donc que la présentation des comptes soit conforme aux règles comptables et qu'il soit procédé aux rapprochements adéquats des documents, afin de permettre la révision des comptes.

L'examen des comptes produits a mis en évidence l'existence de progrès en matière de fiabilité, mais aussi des insuffisances.

1.6.1. Reports de charges et de produits

1.6.1.1. Charges sur exercices antérieurs

La chambre relevait, dans son précédent rapport d'observations définitives, que le compte 6728 « autres charges sur exercices antérieurs » avait été largement utilisé par l'AP-HP, au cours des exercices sous revue, pour faire face à ses contraintes budgétaires et financières. L'instruction budgétaire et comptable limite considérablement la possibilité de recourir aux reports de charges, dans un double objectif de sincérité budgétaire et de qualité comptable.

L'examen des comptes montre que l'établissement n'a pas cessé de recourir aux reports de charges, pour des montants de 16,8 M€ en 2008 et 15,3 M€ en 2009. Le taux des reports de charges par rapport aux charges de fonctionnement reste légèrement supérieur au seuil de 0,2 % considéré comme niveau plafond par les autorités de tutelle.

Budget (M€)	2008	2009
Charges sur exercices antérieurs reportées (672 8)	16,841	15,391
Charges de fonctionnement N-1	6 269,716	6 614,818
Taux de report	0,27%	0,23%

Source : comptes financiers

Les reports de charges ont eu, en majorité, pour objet des dépenses de personnel, dans une proportion de 55,42 % en 2008 et de 45,27 % en 2009.

Charges sur exercices antérieurs (M€)	2008	2009
672 (SD)	16,841	15,391
<i>dont charges de personnel (672 11 et 672 18)</i>	<i>9,334</i>	<i>6,968</i>
<i>dont charges médicales (672 21 et 672 28)</i>	<i>1,253</i>	<i>1,452</i>
<i>dont charges hôtelières (672 31 et 672 38)</i>	<i>2,383</i>	<i>4,094</i>
<i>dont autres charges (672 8)</i>	<i>3,872</i>	<i>2,878</i>

Source : comptes financiers

L'examen détaillé des pièces justificatives de dépenses, selon la méthode de l'échantillonnage, pour les exercices 2008 et 2009, a révélé l'existence d'anomalies récurrentes.

Des charges ont été imputées par erreur au compte 672-8, telles des dépenses relatives à des remboursements de frais à des agents, des versements de cotisations complémentaires à l'Ircantec¹¹ ou des factures d'intérim, qui auraient dû être inscrites au compte 672-1 « *charges de personnel sur exercices antérieurs* ». De même, plusieurs factures ayant pour objet des charges à caractère médical auraient dû être enregistrées au compte 672-2 et des dépenses alimentaires au compte 672-3.

De nombreuses factures sont des duplicata de factures anciennes¹², dont l'original a été égaré, ce qui explique le retard de leur mise en paiement.

En outre, un grand nombre de factures ne comportait aucune date d'arrivée dans les services de l'AP-HP. Quand celle-ci était mentionnée, il a été constaté que ces factures, et c'était, notamment, le cas des factures d'intérim, avaient été réceptionnées bien avant la clôture de l'exercice précédent. Elles auraient donc dû être rattachées à ce dernier.

L'AP-HP s'est améliorée en matière de reports de charge et reste désormais dans la limite du seuil toléré. L'imputation des charges sur exercices antérieurs a manqué, toutefois, de rigueur et témoigné d'une certaine négligence dans la prise en charge des factures.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur estime que la standardisation du traitement des factures dans le cadre du déploiement d'un service « *facturier* » central devrait, d'ici deux ans, permettre d'améliorer la qualité de ce traitement.

1.6.1.2. Produits sur exercices antérieurs

Produits sur exercices antérieurs (M€)	2008	2009
c/ 772 (SC)	78,685	118,884
<i>dont autres produits sur exercices antérieurs (772 8)</i>	<i>54,127</i>	<i>85,395</i>

Source : comptes financiers

¹¹ Ircantec : institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques.

¹² En 2008, frais d'ambulance (2005 et 2006), honoraires médicaux (2006), frais pour prélèvement d'organes (2005). En 2009, remboursement de charges locatives concernant les exercices 2004 et 2005.

Les produits sur exercices antérieurs atteignaient des montants élevés et ont augmenté fortement en 2009. L'étude de quelques titres imputés¹³ au compte 772-8 « *Autres produits sur exercices antérieurs* » a montré qu'ils se rapportaient à des produits réalisés au cours du second semestre de l'exercice précédent. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a expliqué le montant élevé du compte 772-8 par une erreur de paramétrage du progiciel « SAP », qui aurait été corrigée en 2011.

Deux titres justifient une observation. Une recette, certes modeste (3 120 €), correspondant à la redevance pour activité libérale du quatrième trimestre 2005, n'a été perçue qu'au cours de l'exercice 2008. Une somme de 43 056 €, versée par un laboratoire en application d'un avenant conventionnel signé le 21 décembre 2007, a été perçue au cours de l'exercice 2009, alors que les termes du contrat prévoyaient qu'« *en contribution du travail réalisé, le laboratoire verse[rait] à l'hôpital Saint Antoine cette somme (...) en respectant les échéances suivantes :*

- 40 % à la signature du présent avenant
- 40 % six mois après la signature du présent avenant
- 20 % à l'échéance de l'avenant et à la remise du rapport final ».

Seule la dernière fraction du paiement, soit 8 611 €, était susceptible d'être reportée sur l'exercice 2009.

1.6.2. Créances irrécouvrables

1.6.2.1. Les créances irrécouvrables admises en non-valeur sont régulièrement apurées

CREANCES IRRECOUVRABLES ET ADMISES EN NON-VALEUR (M€)				
Année	Débit 415-2	SD c/ 415-2	SD c/ 654	SC c/ 491
2008	42,968	0,000	42,968	44,344
2009	55,813	0,000	55,813	54,168
Total	98,781		98,781	

Source : comptes financiers

Le niveau satisfaisant du compte 415-2 « *créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur* », déjà relevé dans le précédent rapport d'observations définitives de la chambre, s'est maintenu au cours de la période sous revue.

L'établissement a apuré régulièrement et totalement les créances irrécouvrables admises en non-valeur au cours de l'exercice considéré. Il a également constitué une provision à hauteur du risque encouru à raison de ce non-recouvrement.

1.6.2.2. Leur montant témoigne, néanmoins, de difficultés de recouvrement

Restes à recouvrer (RAR) (M€)	2008	2009
SD c/414 (créances)	163,821	174,175
SD c/ 467-24 (autres comptes débiteurs)	19,699	17,542
Total des RAR	183,519	191,717
Total des produits	7 125,616	7 123,248
RAR / total des produits (%)	2,58%	2,69%

Source : comptes financiers (compte de résultat + balances)

¹³ Sélectionnés selon la méthode de l'échantillonnage retenue par la chambre.

Le montant des restes à recouvrer sur exercices antérieurs par rapport au total des produits est resté constamment inférieur au seuil limite de 3 % fixé par les autorités de tutelle. En valeur absolue, ce montant a diminué par rapport à la période précédente, passant de 238 M€ en 2004 à 225,7 M€ en 2005, 163 M€ en 2008 et 174 M€ en 2009. Il est demeuré, néanmoins, relativement élevé et révélait des difficultés de recouvrement, notamment auprès des débiteurs institutionnels¹⁴ et des organismes dont relèvent les patients étrangers. D'après la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, ces difficultés ont incité l'AP-HP à développer une politique de définition de protocoles d'apurement avec les acteurs concernés, notamment avec les caisses primaires d'assurance maladie.

La part des hospitalisés et consultants représente un peu moins de la moitié des restes à recouvrer. En valeur absolue, avec un montant de 78,24 M€ en 2009, elle n'a augmenté que de 1,6 % par rapport à 2005 (77 M€).

La proportion des créances admises en non-valeur (ANV) sur les restes à recouvrer était relativement élevée ; elle a été de 29 %, en moyenne, entre 2007 et 2009.

Année (M€)	Débit 415-2	RAR (SD 414)	% ANV
2008	42,968	163,821	26,2 %
2009	55,813	174,175	32,0 %
Moyenne	49,390	168,998	29 %

Source : comptes financiers

1.6.2.3. Des recettes diverses difficiles à recouvrer

Les produits des prestations délivrées aux patients étrangers constituaient le deuxième poste des recettes du titre II, après les recettes du ticket modérateur sur hospitalisation complète. Ces recettes, dont le montant était proche de 200 M€, ont augmenté régulièrement.

Les difficultés de recouvrement ont concerné les patients étrangers ayant contracté une assurance ou disposant d'un organisme de prise en charge dans leur pays d'origine. Seule la moitié des recettes relevant de ces séjours, pour lesquels les patients sont considérés payants à 100 %, a été récupérée par l'établissement. Lorsque les soins sont programmés, les patients, sur présentation d'un devis, sont tenus de verser des avances permettant de couvrir les frais d'hospitalisation. L'examen des comptes de gestion a montré que le montant de ces avances était faible, mais en progression : 1 247 804 € en 2009, 3 990 125 € en 2010.

Au regard de cette situation, la direction économique et financière de l'établissement a décidé d'effectuer une démarche de sensibilisation auprès des principales ambassades étrangères.

1.6.3. Les comptes de bilan : des comptes dont la fiabilité ne s'est améliorée que partiellement

1.6.3.1. Immobilisations en cours

Comptes d'avances

¹⁴ Un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales de mars 2009 sur l'organisation et la stratégie de l'AP-HP notait qu'un plan de recouvrement des créances de débiteurs institutionnels avait permis de récupérer 28 M€ au cours de l'exercice 2007.

(M €)	2008	2009
s/d cpte 237 Avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations incorporelles	61,57	105,15
s/d cpte 238 Avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles	445,92	736,87

Source : comptes financiers

Les comptes 237 et 238 sont des comptes d'imputation provisoire, qui devraient être soldés à l'issue de l'exercice considéré.

Intérêts courus non échus (ICNE)

Lors de son précédent contrôle, la chambre avait constaté que les sommes portées au compte 1688 « *intérêts courus non échus* » incluait, pour partie, une provision inscrite au titre des indemnités actuarielles, estimée entre 55 et 60 M€ dans la perspective d'un réaménagement de la dette. Cette erreur d'imputation (puisque le montant aurait dû être inscrit au compte 68 « *dotation aux provisions* ») altérerait la lecture et l'analyse du bilan.

A la suite des recommandations précédentes de la chambre, l'établissement avait prévu une reprise en opérations exceptionnelles, à hauteur de 59 M€ sur l'exercice 2006. Cette reprise a été réalisée et le solde du compte 1688 a été ramené à 10 M€. Cette somme ne représentait plus que 18 à 22 % des frais financiers, soit des montants en cohérence avec la gestion de la dette et de la trésorerie.

En M€	2008	2009
Intérêts courus non échus	10,938	10,851
661 Charges d'intérêt	59,671	48,713
Rapport ICNE/Frais financiers	18 %	22 %

Source : comptes financiers

1.6.4. Comptes d'attente : les recettes à régulariser

Les services du comptable ont organisé le suivi des comptes d'attente par type de débiteurs. Cette organisation conduit à spécialiser les équipes chargées du recouvrement, en fonction des différentes catégories de tiers.

RECETTES A CLASSER	2008 (M€)	2009 (M€)
c/ 471	69,982	85,277
dont c/ 471-8 (autres recettes à régulariser)	69,628	84,435
RECETTES TOTALES	7 523,645	7 487,286
% de recettes à classer	0,93 %	1,14 %

Source : comptes financiers

Les comptes d'attente en recettes étaient apurés très tardivement. Ils laissaient persister des sommes importantes, qui ont eu tendance à augmenter en fin de période, alors que, selon l'instruction codificatrice M 21, ils devraient être soldés, dès que possible, par imputation aux comptes définitifs. Ces montants, qui ont diminué depuis le précédent contrôle, représentaient 2,32 % des recettes totales.

L'essentiel des recettes à régulariser figurait au sous-compte 471-8 « *autres recettes à régulariser* ». L'analyse de l'état de développement des soldes du compte 471 « *recettes à classer ou à régulariser* » a permis de constater qu'en 2009, si la majorité des titres (88,7 %) avaient été émis en 2008 et 2009, 11,28 % d'entre eux, pour un montant de 9,62 M€ correspondaient à des écritures passées entre 2002 et 2007.

			En €
471 852 ¹⁵	Recettes à régulariser Etranger	23/08/2006 - Vrt enfants libyens	122 594,23
		07/09/2006 - Vrt bureau populaire libyen	100 984,35
		29/11/2007 - Rvsrt ev régie Bichat	1 287,05
471 854	RIAV ¹⁶ Tiers payeurs	Concerne exercice 2002 - sans précisions	3 462,57
		Exercice 2002	2 454 942,33
		Exercice 2003	2 919 137,39
471 867	RIAV informatique - Cellule RIAV	Exercice 2004	849 492,84
		Exercice 2005	842 228,64
		Exercice 2006	936 416,13
		Exercice 2007	1 362 441,04
471 876	Cautions d'immobilisation	Ecriture du 20/03/2007	28 000,00
Total	(en K€ ¹⁷)		9 620 986,57

Source : *comptes financiers*

Ce montant de 9,62 M€ était, toutefois, sous-estimé, par manque de fiabilité des dates de passation des écritures. En effet, lors de leur migration dans le nouveau système d'information (NSI), les écritures relatives à certaines imputations budgétaires ont été automatiquement enregistrées en 2009.

En 2008, certaines sommes se rapportaient également à des écritures anciennes.

Le compte 471-852 « *débiteurs étrangers* » affichait un montant de 4 727 867 €, certaines écritures remontant à 2002. Au compte 471-875 « *opérations avec les départements, remboursements* », apparaissaient des écritures passées en 2000.

L'équipe chargée des créances imputées au compte 471-867 « *Riav info, cellule riav*¹⁸ » recouvrait des titres correspondant à des écritures particulièrement anciennes, dont certaines en attente depuis 2002. Selon le comptable, cette équipe se voit attribuer tous les virements dont on ne connaît pas le destinataire. Le compte a été mouvementé, pour des montants importants, au cours des deux exercices sous revue, et présentait un solde constamment élevé, de 18 à 20 M€ en balance de sortie.

¹⁵ Cette déclinaison du compte 4718 « *autres recettes à régulariser* » est propre à l'institution et notamment à la trésorerie générale de l'AP-HP : elle permet de répartir le volume des recettes à régulariser entre les différents services du comptable.

¹⁶ Recettes Informatiques à Vérifier.

¹⁷ K€: millier d'euros.

¹⁸ Recouvrement Informatique à Vérifier.

cpte 471-867 en K€	Balance d'entrée (BE)	débit	Crédit	Balance de sortie (BS)
2008	20,602	25,237	22,011	17,376
2009	17,376	15,022	16,092	18,446

Source : *comptes financiers*

D'après la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, des progrès en cette matière sont attendus de l'automatisation à venir du recouvrement.

1.6.5. Rattachement des produits et des charges

1.6.5.1. Rattachement des charges

Rattachement des charges	2008 (M€)	2009 (M€)
c/ 408 - Fournisseurs, factures non parvenues (SC)	42,792	53,677
c/ 428 1 - Prime de service à répartir (SC)	0,000	0,000
c/ 428 6 - Personnel charges à payer (SC)	11,102	0,740
c/ 438 6 - Organismes sociaux - charges à payer et produits à recevoir (SC)	0,000	0,000
c/ 448 6 - Etat, charges à payer et produits à recevoir (SC)	0,000	0,000
TOTAL	53,894	54,417
c/60 - Achats (D) hors 603	2 001,057	2 059,551
c/61 - Services extérieurs (D)	243,009	332,033
c/62 - Autres services extérieurs (D)	283,832	288,284
Taux de rattachement	1,69 %	2,00 %

Source : *comptes financiers*

En 2008 et 2009, le taux de rattachement des charges à l'exercice a été, respectivement, de 1,69 % et 2 %. La faiblesse de ce pourcentage a pu résulter de l'existence de la période complémentaire consacrée à la régularisation des opérations de fin d'exercice.

L'état de développement des soldes du compte 428-6 « *Personnel et comptes rattachés - autres charges à payer* » n'était pas détaillé.

1.6.5.2. Rattachement des produits

Rattachement des produits (M€)	2008	2009
c/ 418 - Redevables - produits à recevoir (SD)	132,904	177,477
<i>dont c/ 418 1 - hospitalisés et consultants (SD)</i>	<i>90,476</i>	<i>107,615</i>
<i>dont c/ 418 2 - caisse de sécurité sociale (caisse pivot) (SD)</i>	<i>42,429</i>	<i>28,487</i>
<i>dont c/ 418 8 - autres redevables (SD)</i>	<i>0</i>	<i>41,375</i>
c/ 428 7 - Personnel produits à recevoir (SD)	0	0
c/ 438 7 - Organismes sociaux - produits à recevoir (SD)	0	0
c/ 448 7 - Etat - produits à recevoir (SD)	0	0
c/ 468 7 - Autres produits à recevoir (SD)	0	0
TOTAL	132,904	177,477

Source : *comptes financiers*

Le précédent contrôle de la chambre avait souligné que l'AP-HP utilisait seulement le compte 418 « *redevables - produits à recevoir* » pour le rattachement des produits à l'exercice.

Le constat a été identique pour la période sous revue. L'AP-HP n'imputait pas précisément les produits à recevoir aux différents comptes prévus par le plan comptable. Aucune recette n'était rattachée aux comptes 4287 « *produits à recevoir du personnel* », 4387 « *produits à recevoir des organismes sociaux* », 4487 « *produits à recevoir de l'Etat* » et 4687 « *divers* ». L'état de développement des soldes du compte 418 n'était pas développé et ne permettait pas d'identifier le contenu des produits rattachés.

(M€)	2008	2009
671-8	37,262	26,66

Source : *comptes financiers*

Les charges imputées au compte 671-8 « *autres produits exceptionnels sur opérations de gestion* » étaient importantes. Leur poids et leur variation nuisaient à la lisibilité du compte de résultat et contrevenaient au principe d'indépendance des exercices.

L'importance des annulations de titres corroborait les défaillances de la facturation. Sur chaque exercice, le montant des titres de recettes annulés était important.

(M €)	2008	2009
673 (SD) - Titres annulés sur exercices antérieurs	53,697	73,581

Source : *comptes financiers*

Ces annulations ont eu pour principal motif la saisie tardive de l'acte d'exonération. D'après l'établissement, le taux des dossiers initialement facturés aux patients, puis finalement facturés à l'assurance maladie, était d'environ 50 %.

(M €)	2008	2009
772 1 (SC) - Réémission titres annulés	24,559	33,489

Source : *comptes financiers*

La ré-imputation à l'assurance maladie n'a pas donné pas lieu à l'émission de titres individuels. Il en est résulté un taux de réémission de ces créances de 45 %.

Cette situation rejoint les observations précédentes de la chambre sur les difficultés de l'AP-HP en matière de facturation et de recouvrement. Le patient ne fournit pas systématiquement les justificatifs de prise en charge à 100 % ou l'attestation des droits de sa mutuelle. Les médecins sont également peu sensibilisés à la nécessité de remplir correctement les dossiers administratifs. La configuration matérielle de nombreux sites, de plus, n'incite pas les patients à passer aux guichets de recouvrement direct.

Un montant de près de 3 M€¹⁹ a fait l'objet de mandats d'annulation, sans qu'aucune pièce justificative soit produite, alors que la réglementation prévoit que l'annulation ou la réduction de recettes soit accompagnée d'un état précisant, pour chaque titre, l'erreur commise.

Le montant élevé des annulations de titres a affecté aussi la fiabilité des comptes et minoré le résultat de l'exercice considéré. Les annulations, sur exercice courant et sur exercices antérieurs, ont révélé une baisse de la performance des services administratifs concernés.

¹⁹ 2 958 148,49 €

Pour remédier aux incidents de facturation, l'AP-HP, d'après la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, a expérimenté de nouvelles méthodes de gestion. Leurs résultats positifs en ce qui concerne l'amélioration de l'identification des patients et de la qualité du codage ont conduit à la généralisation de la méthode à l'ensemble de l'établissement.

1.6.6. Provisions

En €	2008	2009	2010	2011
	Au 31/12	Au 31/12	Au 31/12	Prévision
Provisions réglementées				
C/142 Renouvellement des immobilisations	0,00	1 260 662,00	11 860 662,00	21 360 662,00
C/144 Propre assureur	33 000 000,00	23 077 473,24	13 877 473,24	13 977 473,24
Provisions pour risques				
C/1518 DRC	25 426 410,42	25 426 410,42	25 426 410,42	25 426 410,42
C/1518 Contrôle assurance maladie	6 500 000,00	8 400 000,00	9 100 000,00	8 700 000,00
Provisions pour charges				
C/158 Apurement CPAM IDF	2 679 559,75	2 679 559,75	2 679 559,75	2 679 559,75
C/158 CET -CRPP	70 120 920,80	87 635 860,00	107 235 860,00	107 235 860,00
C/158 CET -CRPA -B	1 737 574,20	3 147 168,00	3 147 168,00	26 247 168,00
C/158 Marchés dépassés	769 380,95	0,00	0,00	0,00
C/158 Progrès médical	0,00	0,00	0,00	0,00
C/158 Plan Hôpital 2007	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres provisions diverses	0,00		1 000 000,00	
Provisions pour dépréciations	44 343 634,08	54 167 579,95	46 267 579,95	45 867 579,95
	184 577 480,20	205 794 713,36	220 594 713,36	251 494 713,36

Source : comptes financiers

Sur les exercices 2008 et 2009, les constitutions et reprises de provisions se sont écartées significativement des prévisions. La sincérité des prévisions en a été affectée, ce qui a dénaturé, au surplus, le principe même de la provision.

En 2009, la méthode de comptabilisation a été modifiée, en procédant à une reprise sur la provision constituée l'année précédente.

L'affectation de certaines provisions (comptes de provisions réglementées) n'a pas respecté systématiquement la nomenclature budgétaire M 21. Ainsi, la provision pour charges de personnel est une provision considérée comme une réserve et doit être imputée en provision réglementée.

Les provisions pour risques et charges devraient être fondées sur des éléments de gestion courante dont l'établissement ne connaît pas précisément l'échéance ou le montant. Ces principes n'ont, là encore, pas été respectés. Il a été, ainsi, relevé qu'une provision couvrirait les réajustements consécutifs au contrôle, par l'assurance maladie, de la codification des séjours et des actes.

D'autres provisions ont couvert les conséquences des contentieux sur les marchés, les suites d'un protocole d'apurement avec la caisse primaire d'assurance maladie d'Ile-de-France et la « *délégation à la recherche clinique, Corentin Celton* ». Selon l'AP-HP, cette dernière provision n'a pas fait l'objet d'une reprise, en raison de l'absence d'analyse de la charge. La provision, référencée sur l'exercice 2010, s'élevait à 25 M€ Sa reprise n'était pas prévue dans l'EPRD de 2011.

Au cours des exercices sous revue, l'AP-HP a constitué une provision réglementée pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps. Cette provision a été déterminée à partir d'un stock de temps épargné, auquel ont été appliquées les quotités de remplacement par catégories de personnel. Le stock a été estimé à partir d'un montant d'heures supplémentaires, sans documents justificatifs, et sa valorisation a été effectuée sur la base d'un coût inférieur de 20 % au coût moyen du personnel. Depuis 2007, l'évolution de la provision a été importante, induisant chaque année des dotations complémentaires.

Dans le rapport sur l'EPRD de 2011, l'AP-HP indique qu'au regard des évolutions réglementaires à venir, les comptes de provisions des comptes épargne-temps ont été dotés d'un montant supplémentaire de 23,1 M€ Il n'a pas été prévu de reprises sur l'exercice.

Les méthodes d'utilisation de cette provision ne semblaient pas permanentes. L'évolution du stock laissait supposer des difficultés de gestion des temps de travail et le recours aux heures supplémentaires pour pallier les suppressions de postes ou l'absentéisme.

Les remplacements, en lien avec la réduction du temps de travail, n'ont pas été identifiés. L'AP-HP doit mieux définir, par année, les temps de remplacement couverts par la provision pour l'affecter en recettes atténuatives.

Cette provision ne prenait pas en compte les personnels rémunérés sur les budgets de la dotation non affectée et des instituts de formation.

En l'absence de présentation de compte épargne-temps par agent, la sincérité de la provision correspondante mériterait d'être confirmée.

La provision constituée au titre de la responsabilité médicale a constamment diminué (33 M€ en 2008, 23 M€ en 2009 et 12,2 M€ en 2010). La méthode d'évaluation du risque correspondant n'a pas été définie. En mars 2011, le montant de la provision a été déterminé à partir des sommes versées les années précédentes, comprises entre 9 et 13 M€ Une somme de 14 M€ a été jugée raisonnable. Le montant moyen de la dotation, sur les trois derniers exercices, représentait 0,4 % environ du montant des produits d'activité du titre I. La possibilité de provisionner par dossier contentieux n'a pas été retenue, du fait d'une absence de maîtrise des dossiers en cours et du flux des contentieux. Les directions internes devaient définir une méthodologie pérenne d'évaluation de la provision.

Toutefois, ainsi qu'il a été exposé ci-dessus (point 3.2), des mesures correctives ont été prises par l'établissement en ce qui concerne cette provision : un état détaillé des contentieux en cours en matière de responsabilité médicale a été établi par la direction des affaires juridiques et, sur la base de cet état, la direction des finances a pu évaluer objectivement la dotation aux provisions correspondantes. De plus, l'établissement envisage d'acquérir un logiciel qui lui permette de suivre les contentieux et les risques associés.

Les reprises sur provisions pour responsabilité ont fluctué fortement (33 M€ en 2008, 9,9 M€ en 2009, 12,2 M€ en 2010 et, en prévision, 13,9 M€ en 2011). En 2008, la reprise correspondait à l'annulation de la provision inscrite en clôture de l'exercice précédent, au lieu de prendre en compte les charges effectivement constatées.

La provision pour dépréciation des comptes de redevables a servi de référence aux admissions en non-valeur. La dépréciation a été calculée en appliquant un taux forfaitaire de dépréciation en fonction de l'ancienneté des restes à recouvrer. A titre d'exemple, les titres de 2001, 2002 et 2003 pouvaient être admis en non-valeur à 100 %, ceux de 2004 à 85 %, etc.

Cette pratique pourrait conduire les services du comptable à ne plus devoir justifier les motifs des demandes d'admission en non-valeur.

Les décalages entre constitution et reprises de provisions ont eu un impact sur les résultats : diminution de 67 M€ en 2008, augmentation de 21 M€ en 2009, de 14,8 M€ en 2010 et de l'ordre de 30,9 M€ en 2011.

Pour 2011, les prévisions ont été établies pour toutes les catégories de provisions et semblent l'avoir été de façon plus sincère. Si les prévisions de l'EPRD de 2011 étaient réalisées, les comptes de provisions devraient retrouver, au compte financier de 2011, leur niveau de fin 2008.

Les évaluations des provisions, qui relèvent de plusieurs secteurs de l'institution, devraient mieux s'insérer dans le cadrage prévisionnel de l'EPRD. Les règles relatives à la détermination des dotations et des reprises devraient faire l'objet d'une procédure adéquate. Il est important que l'établissement définisse la notion de risque encouru, en particulier en ce qui concerne le risque de propre assureur et les comptes épargne-temps. Une présentation détaillée des comptes épargne-temps, par groupe hospitalier, permettrait d'associer provision et gestion du temps de travail par site. Elle faciliterait l'ajustement entre la dotation et la reprise aux besoins de remplacement. Les restes à recouvrer devraient être suivis par niveau de risques contentieux. La réalisation de procédures, définissant le périmètre des provisions, les modes d'évaluation et de comptabilisation, ainsi que les justifications correspondantes, renforcerait la permanence des méthodes.

En conclusion, la chambre appelle l'attention de l'établissement sur l'importance de la fiabilisation des provisions dans une perspective de certification de ses comptes.

1.7. Diagnostic financier

Le précédent rapport d'observations définitives de la chambre faisait état de résultats contrastés, à la suite des apurements de charges réalisés en 2004 et 2005. Au cours de la période 2004 à 2006, les comptes annexes étaient excédentaires. Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation étaient sur-financées. Pour l'unité de soins de longue durée, la signature de la convention tripartite allait conduire à une diminution de la dotation pour soins. Les résultats étaient fortement impactés par les provisions, tant au niveau des dotations que des reprises. L'AP-HP avait reçu d'importantes aides accordées dans le cadre du plan d'équilibre. L'évaluation de l'activité, sur la base d'un financement de l'activité à 100 %, faisait apparaître un faible niveau d'efficacité, dont un écart de convergence de 300 M€

Précisions méthodologiques

Le diagnostic des exercices 2008 et 2009 a été réalisé à partir des données « Idaho ».

L'étude rétrospective du fonds de roulement net global (FRNG), du besoin en fonds de roulement (BFR) et de la trésorerie s'effectue traditionnellement sur la base d'au moins trois bilans et de deux évolutions. L'établissement n'ayant pas clôturé l'exercice 2010 à la date du contrôle²⁰, l'analyse a été complétée par les résultats partiels de 2010 inclus dans les documents de l'EPRD de 2011.

L'étude a permis de qualifier la situation de la structure à la fin de 2009 et de porter une appréciation sur l'hypothèse du retour à l'équilibre en 2012.

Les hypothèses du plan global de financement pluriannuel 2011-2015 ont été analysées au regard de la situation de l'AP-HP fin 2009.

Les divergences constatées entre les documents financiers produits par les différents acteurs ont conduit la chambre à s'interroger sur la qualité des données financières.

Le comptable public a produit un compte financier sans retraitement des prestations inter-hospitalières. L'AP-HP a retraité les prestations réciproques en ce qui concerne les recettes et les dépenses et ainsi élaboré un compte financier « net ». La balance du comptable n'étant pas retraitée, il en résulte des écarts affectant les soldes intermédiaires de gestion respectivement établis par le comptable et par l'ordonnateur.

Faute d'une balance retraitée produite par le comptable, les données Idaho établies par la DGFip ont été, dans le présent rapport, utilisées pour l'analyse financière de l'établissement. Celles de l'ordonnateur ont été utilisées pour l'analyse de gestion.

Le nouveau système de gestion règle ces divergences à compter de l'exercice 2011.

En ce qui concerne 2009, le bilan fonctionnel d'Idaho présente une variation du fonds de roulement net global (FRNG) de 85,099 M€, le tableau de financement d'Idaho un apport au FRNG de 59,565 M€ et une utilisation de l'évolution du FRNG de 85,099 M€. L'écart entre le bilan fonctionnel et le tableau de financement résulte de la neutralisation, à tort, par le comptable, à hauteur de 28,136 M€ de la créance dite de l'article 58. D'après la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, cette erreur a été corrigée.

Le rapport du comptable fait état d'une variation du FRNG de 64,882 M€ qui s'explique par un calcul de la capacité d'autofinancement (333,066 M€) différent de celui d'Idaho (327,749 M€). Le rapport de l'ordonnateur fait état, quant à lui, d'un apport au FRNG de 56,963 M€

Il est à relever que l'ordonnateur et le comptable n'ont pas établi un compte financier unique pour les exercices 2008 et 2009.

²⁰ L'arrêté des comptes de 2010 a été tardif. Le calendrier des opérations de clôture prévoyait leur achèvement en mai 2011. Le compte financier a été réalisé le 8 juillet 2011 et devait être présenté au conseil de surveillance de l'établissement en septembre 2011. Les balances datées du 31 décembre 2010, établies entre les mois de janvier et de juin 2011, ont montré de fortes variations au niveau du résultat, ce qui traduisait la difficulté de l'établissement à maîtriser la clôture de l'exercice.

1.7.1. Analyse du bilan fonctionnel

Le bilan fonctionnel se présente comme suit :

En M€	2008	2009
FRI	64,837	210,835
FRE	510,191	449,292
FRNG	575,028	660,127
BFR	736,133	758,780
Trésorerie	-161,105	-98,653

Sources : retraitement Idaho

L'écart sur la créance dite de l'article 58 résulte de divergences dans l'exploitation des données de la comptabilité par le comptable et par l'ordonnateur. Dans Idaho, la créance de l'article 58 est soldée au 31 décembre 2009. Dans la présentation du compte financier au conseil de surveillance, la créance de l'article 58 est prise en compte pour un montant de 28 M€ sans changement par rapport à 2008.

De ce fait, le FRE calculé par l'ordonnateur s'élève à 421 M€ au lieu de 449 M€, selon Idaho. Le BFR calculé par l'ordonnateur s'élève à 731 M€ au lieu de 759 M€, selon Idaho.

Il résulte de ces éléments qu'en ne comptabilisant pas correctement la créance de l'article 58, le comptable a présenté un bilan erroné au 31 décembre 2009.

Ces remarques ne remettant pas en cause le calcul des soldes intermédiaires de gestion, ni le montant de la capacité d'autofinancement, l'analyse financière ci-après a donc été réalisée à partir des données d'Idaho.

1.7.1.1. Fonds de roulement net global (FRNG)

Sur les exercices 2008 et 2009, l'évolution du fonds de roulement net global²¹ est analysée selon ses deux composantes : le FRI (fonds de roulement d'investissement) et le FRE (fonds de roulement d'exploitation).

Fonds de roulement d'investissement (FRI)

Alors qu'il était négatif en 2007, le FRI est devenu positif à partir de 2008.

Les ressources stables du FRI (excédent, apports, emprunts et amortissements) ont couvert les emplois stables (immobilisations), en raison d'une progression des financements (emprunts et amortissements) plus importante que celle des immobilisations.

En 2008, le FRI est passé de -146,230 M€ à + 64,836 M€, soit une progression de 211,067 M€

Les ressources stables ont progressé de 746,124 M€, tandis que les emplois stables ont évolué de 535,056 M€

²¹ Voir tableau en annexe n° 1.

Le poste « immobilisations » a progressé de 535 M€ et l'établissement a mobilisé 456 M€ d'emprunts financiers, d'où un besoin de 79 M€. La ressource dégagée par la différence entre l'augmentation des amortissements, soit 311 M€, et les remboursements d'emprunts financiers, soit 170 M€, s'est élevée à 141 M€. A cette ressource, s'est ajoutée l'augmentation des subventions à hauteur de 7 M€.

Le sur-financement du cycle d'investissement s'est ainsi élevé à 69 M€.

L'augmentation importante des contrats à long terme renouvelables (CLTR), soit + 122 M€, s'est ajoutée à cet excédent.

Ces deux éléments expliquent l'essentiel de l'augmentation du FRI en 2008.

En 2009, le FRI est passé de 65 M€ à 211 M€, soit une croissance de 146 M€.

Les financements stables étaient constitués :

- des apports à hauteur de 13,7 % (14,9 % en 2008), qui ont diminué sous l'effet d'une reprise de dotation de 20,6 M€;
- des excédents affectés à l'investissement, à hauteur de 5,78 % (5,82 % en 2008) ;
- des subventions, à hauteur de 0,31 % (0,26 % en 2008) ;
- de la dette, à hauteur de 19,25 % (17,34 % en 2008), ce qui s'est traduit par une augmentation de 302,69 M€;
- des amortissements, à hauteur de 60,96 % (61,65 % en 2008), ce qui s'est traduit par une augmentation de 347,02 M€.

Les emplois stables étaient constitués de 93,67 % d'immobilisations corporelles (94,11 % en 2008), de 5,87 % d'immobilisations incorporelles (5,14 % en 2008) et de 0,45 % d'immobilisations financières (0,75 % en 2008).

Le poste « équipements » s'élevait à 3 620 M€, soit 40,5 % des immobilisations corporelles, et a crû de 297 M€, soit de 8,95 %.

Le poste « constructions » s'élevait à 5 124 M€, soit 57,4 % des immobilisations corporelles, et a augmenté de 155 M€, soit de 3,12 %.

La progression la plus importante a été celle des avances et acomptes, qui ont crû de 160 M€ pour les équipements, et de 131 M€ pour les constructions.

Au cours de la période, les immobilisations ont augmenté de 526 M€ et les financements stables de 672 M€. Les nouveaux emprunts, soit 554 M€, ont représenté 105 % des investissements nets, d'où un excédent de financement de 27 M€.

Après remboursement des emprunts en capital à hauteur de 251 M€, l'augmentation des amortissements, soit 347 M€, a permis de dégager un excédent de 96 M€. Les excédents affectés à l'investissement (35 M€) et l'augmentation des subventions d'investissement (6 M€), d'une part, la diminution des apports (19 M€), d'autre part, ont contribué à l'évolution du FRI.

Le sur-financement du cycle d'investissement a induit une augmentation du poids de la dette dans les financements à long terme.

Fonds de roulement d'exploitation (FRE)

En 2008, le FRE²² a crû de 130,332 M€ sous l'effet conjugué :

- du remboursement de la créance de l'article 58, pour 206,342 M€;
- d'un prélèvement sur le report à nouveau de 33,075 M€ au bénéfice du FRI ;
- d'une baisse globale des provisions de 67,019 M€;
- d'une amélioration du résultat de l'exercice, à hauteur de 24,074 M€

Hors remboursement de la créance de l'article 58, le FRE s'est dégradé de 76,020 M€

En 2009, le FRE s'est dégradé de 60,899 M€ sous l'effet :

- de la diminution de la créance de l'article 58 de 28,136 M€;
- d'un prélèvement sur le report à nouveau de 24,441 M€ au bénéfice du FRI (excédent affecté à l'investissement) ;
- d'une hausse des provisions de 21,217 M€;
- d'une détérioration du résultat de l'exercice de 85,810 M€

Hors évolution de la créance de l'article 58, le FRE s'est dégradé de 89,035 M€

L'établissement a anticipé les risques liés à son activité par des provisions importantes, de l'ordre de 205,794 M€

Fonds de roulement net global

Le FRNG est constitué :

- du FRI à hauteur de 31,94 % en 2009, contre 11,28 % en 2008 ;
- du FRE à hauteur de 68,06 % en 2009, contre 88,72 % en 2008.

Il est passé de 575,028 M€ en 2008 à 660,127 M€ en 2009, soit une augmentation de 85,098 M€

PASSIF (en €)	2006	2007	2008	2009
FRI	- 253 835 453	- 146 230 998	64 836 899	210 835 396
FRE	497 050 180	379 869 409	510 191 422	449 291 830
FRI+FRE =FRNG	243 214 727	233 638 411	575 028 321	660 127 226

Source : comptes financiers

Si l'on suit l'analyse de l'ordonnateur qui maintient la créance de l'article 58 à hauteur de 28 M€, l'évolution du FRNG en 2009 aurait été de + 57 M€ (au lieu de + 85 M€) se décomposant en :

- une hausse du FRI de + 146 M€;
- une baisse du FRE de - 89 M€ (au lieu de - 61 M€).

Le FRNG se serait établi à 632 M€

La chambre considère que l'évolution favorable du FRI a résulté du transfert de ressources du FRE aux excédents affectés à l'investissement et du sur-financement des investissements.

²² Voir tableau en annexe n° 2.

Hors incidence du remboursement de la créance de l'article 58, le FRE s'est dégradé de manière continue. Cette évolution est liée, en grande partie, au fait que la dégradation du résultat a été insuffisamment compensée par la reconstitution de provisions et par l'affectation d'une partie des résultats excédentaires au FRI.

Fin 2009, le niveau du FRNG constituait une marge de manœuvre significative pour assurer l'équilibre de plusieurs EPRD.

Une fragilité financière

En €	2008	2009
Immo brute	9 010 200 105	9 536 574 487
Amortissement	5 594 576 520	5 941 604 239
Immo nette	3 415 623 585	3 594 970 248
Financement externe	1 597 763 288	1 907 038 292
Besoin FinImmo	1 817 860 297	1 687 931 956
Apport	1 354 085 356	1 335 205 042
Excédents	528 611 840	563 562 310
Réserves	353 749 952	243 497 118
Capitaux propres	2 236 447 148	2 142 264 470
Potentiel financier	418 586 851	454 332 514
Provisions	184 577 480	205 794 712
Créance art 58	28 136 010	-
FRNG	575 028 321	660 127 226

Sources : comptes financiers

En 2009, l'établissement disposait d'un potentiel financier de 454 M€ En 2010 et 2011, les capacités financières de l'AP-HP ont été obérées par les déficits prévisionnels, respectivement de 94 M€ et de 123 M€ Par ailleurs, pour assurer l'équilibre de l'EPRD de 2011, l'AP-HP a prévu un prélèvement sur le fonds de roulement (FDR) de 1,7 M€ De ce fait, le potentiel financier semble insuffisant par rapport aux objectifs d'investissement du plan stratégique 2010-2014 et aux besoins de mise à niveau du patrimoine et des équipements de l'AP-HP.

1.7.1.2. Besoin en fonds de roulement (BFR)

En 2008, le BFR²³ a connu une progression nette de 483,348 M€, après avoir stagné pendant trois ans. L'augmentation de l'actif circulant (177,085 M€) conjuguée à la diminution des dettes à court terme (306,263 M€) a généré, en effet, un besoin en fonds de roulement croissant.

L'augmentation de l'actif circulant a résulté de celle :

- des stocks : 7,451 M€;
- des créances sur les caisses de sécurité sociale (53,10 % des emplois) : 141,165 M€;
- des autres créances (13,99 % des emplois) : 25,639 M€;
- des autres tiers (10,64 % des emplois) : 9,1 M€

²³ Voir tableau en annexe n° 3.

Le compte des hospitalisés et consultants, qui représentait 18,49 % des emplois en 2008, a diminué de 5,55 M€ Selon l'analyse de la situation financière 2005-2009 par les services du comptable, l'augmentation des créances sur la sécurité sociale est due à une dégradation de la facturation notable depuis 2007.

La diminution des dettes à court terme entre 2007 et 2008 a résulté de la baisse des postes suivants :

- avances reçues : 206,452 M€(16,57 % des dettes à court terme) ;
- dettes fournisseurs : 93,728 M€(29,92 % des dettes à court terme) ;
- dettes sur immobilisations : 35,750 M€(2 % des dettes à court terme) ;
- dettes fiscales : 2,044 M€(26,60 % des dettes à court terme).

Le montant des avances découle des versements effectués par la caisse primaire d'assurance maladie, à la suite du changement du système de financement, la tarification à l'activité (T2A) ayant été mise progressivement en place. 304 M€avaient été versés en 2005, 106 M€en 2006 et 102,6 M€remboursés en 2007. En 2008, la diminution de l'avance (206,452 M€) a compensé la créance de l'article 58 (206,342 M€).

En 2008, la diminution des dettes envers les fournisseurs a été due à un meilleur suivi du mandatement et des délais de paiement.

L'AP-HP s'est engagée dans une démarche d'amélioration de sa maîtrise du BFR, qui implique deux efforts :

- le premier, de maîtrise des délais de paiement, avec application d'un délai de 50 jours, sauf escompte couvrant les frais de la ligne de trésorerie ;
- le second, d'amélioration de la facturation et du recouvrement par le biais d'un plan déployé depuis 2008 et inclus dans les 16 projets stratégiques de la direction générale.

Les postes « *autres dettes diverses* » et « *recettes à classer* » ont crû de 31,712 M€entre 2007 et 2008.

Entre 2008 et 2009, le BFR a augmenté de 22,648 M€pour atteindre 758,78 M€

L'augmentation conjointe de l'actif circulant (70,717 M€) et des dettes à court terme (48,070 M€) a engendré une hausse du besoin en fonds de roulement.

L'évolution de l'actif circulant (70,717 M€) a eu pour cause l'augmentation :

- des stocks, de 29,184 M€;
- des comptes mutuelles et tiers payants, de 20,750 M€;
- des comptes hospitalisés et consultants, de 17,027 M€;
- des autres créances, de 14,034 M€;
- des créances sur l'Etat, les collectivités et des dépenses à classer, de 6,063 M€

Seul le poste « *caisses de sécurité sociale* » a diminué, de 16,342 M€

L'évolution la plus importante a porté sur les stocks. Le changement du système d'information a conduit à évaluer les produits dans les phases de stockage intermédiaire. En conséquence, la valeur des actifs a été majorée.

L'augmentation des dettes à court terme (48,070 M€) a eu pour origine l'évolution des postes suivants :

- dettes fournisseurs : 23,957 M€(12,37 %) ;
- recettes à classer : 14,369 M€, avec un développement du nombre de comptes utilisé (19,07 %) ;
- autres dettes : 13,306 M€(15,59 %) ;
- avances reçues : 2,071 M€(1,93 %).

Les diminutions ont porté sur les postes de dettes fiscales et de dettes sur les immobilisations, pour un total de 5,633 M€(3,03 %). Comme il a été indiqué, les créances ont augmenté, avec une détérioration, en 2009, des postes hospitalisés et consultants, mutuelles et tiers payants. Les dettes envers les fournisseurs, après une diminution très significative en 2008, ont augmenté en 2009, à la suite d'une prise en compte des contraintes liées à la gestion de la trésorerie.

L'équilibre du bilan a été bouleversé en 2008, dès lors que le BFR est devenu significativement plus important que le FRE. Ce déséquilibre constitue un risque en termes de liquidité.

1.7.1.3. Trésorerie

La trésorerie disponible au 31 décembre a été négative au cours des deux derniers exercices, ce qui révélait une détérioration sensible de la situation et une couverture insuffisante du BFR par les ressources stables.

Au 31 décembre 2009, la trésorerie²⁴ de l'AP-HP était négative à - 98,7 M€ en amélioration de 63 M€ par rapport au 31 décembre 2008.

Les crédits étaient constitués des fonds déposés, des lignes de crédit de trésorerie et des intérêts courus non échus.

L'encours moyen de la ligne de trésorerie a été de 32 M€ avec un maximum de 279 M€ (un seul jour). Le niveau proche de 100 M€, constaté au 31 décembre, a été atteint seulement quatre fois au cours de l'exercice.

Le taux moyen d'intérêt étant de 0,96 % (Eonia moyen à 0,43 %, plus la marge de 0,53 %), il en est résulté une charge annuelle moyenne de 307 K€

A la lecture des comptes financiers, la charge des crédits à court terme s'est élevée à 3 105 K€ en 2008 et à 426 K€ en 2009.

Ces données doivent également être relativisées, compte tenu du recours aux contrats à long terme remboursables pour des montants beaucoup plus significatifs, en raison des écarts de taux plus favorables sur le marché financier.

Le changement de système d'information a induit également des distorsions entre l'ancienne et la nouvelle application. Ces dernières ont engendré des difficultés de suivi comptable des lignes de trésorerie.

²⁴ Voir tableau en annexe n° 4.

Une réduction du montant des créances, à l'actif circulant, permettrait de diminuer le BFR et d'améliorer la trésorerie.

En conclusion²⁵, l'établissement a disposé, pendant les exercices 2008 et 2009, d'un potentiel financier supérieur à 400 M€

Cette marge, dont la vocation est le support du développement futur des activités, a été entièrement mobilisée par la couverture du BFR.

Au cours des deux exercices, l'établissement a eu recours à des financements externes, au-delà de ses besoins d'investissement, pour équilibrer sa trésorerie.

La gestion financière de l'AP-HP, en termes d'équilibre de son exploitation, de maîtrise de son BFR et de sa trésorerie, doit être mise en cohérence avec sa stratégie de financement des investissements, notamment dans la limite d'un taux d'endettement équivalent à 30 % de ses recettes fin 2014.

1.7.2. Soldes intermédiaires de gestion

1.7.2.1. Formation du résultat

L'incidence de chaque compte de résultat dans le résultat consolidé peut se résumer ainsi :

En K€	Résultat CRP	Résultat DNA	Résultat USLD	Résultat IFSI	Résultat consolidé
2008	- 20 806,61	34 950,47	3 520,25	-115,09	10 508,52
2009	-93 805,47	15 395,85	-1 639,01	4 746,26	-75 302,37
2010	-115 539,95				

Sources : comptes financiers

En 2009, le résultat consolidé de l'AP-HP est devenu négatif. Le déficit du compte principal représentait 1,32 % du total des produits et 1,9 % des produits du titre I. La DNA contribuait à améliorer le résultat, notamment grâce à 5 M€ de produits de cessions.

Précision méthodologique

En l'absence de compte financier unique (CFU), l'analyse des soldes intermédiaires de gestion²⁶ a été réalisée à partir des données d'Idaho. Sur cette base, il faut tenir compte d'une surévaluation des produits et des consommations intermédiaires en l'absence de neutralisation des prestations inter-hospitalières.

²⁵ Voir annexe n° 5.

²⁶ Voir annexe n° 6.

1.7.2.2. Valeur ajoutée

Ecart sur l'évaluation de la valeur ajoutée

EN €	2008			2009		
	IDAHO	Ecart AP	Ecart TPG	IDAHO	Ecart AP	Ecart TPG
Produits d'exploitation	6 839 239	-563 176	-691 797	6 915 941	-573 770	-682 827
- Consommations	2 436 642	-566 019	-722 924	2 458 788	-603 761	-718 848
VALEUR AJOUTEE	4 402 598	2 842	31 127	4 457 152	29 991	36 021

Source : CFU, analyses de la DGFiP, rapports du TPG

VALEUR AJOUTEE - EN K€	IDAHO 2008 CONSOLIDE	IDAHO 2009 CONSOLIDE
Produit de la tarification à l'activité	3 085 164	3 059 354
DAC	-	
Produits activité hospitalière non pris en charge par l'AM	587 589	594 838
MIGAC	1 122 195	1 228 656
Forfaits annuels	81 918	87 102
DAF	562 721	581 861
Produits afférents aux soins -CRA	121 000	140 346
Produits afférents à la dépendance	55 955	26 671
Produits afférents à l'hébergement	102 783	94 544
Autres produits des CRA	2 351	3 264
Vente de marchandises	965 854	952 957
Autres produits	151 710	146 347
produits bruts d'exploitation (1)	6 839 239	6 915 941
Consommations intermédiaires	2 552 131	2 542 386
moins remboursement de frais des CRA	115 489	83 597
moins consommations intermédiaires (2)	2 436 642	2 458 788
Valeur ajoutée (3)= (1)-(2)	4 402 597,54	4 457 152

Sources : Idaho, comptes financiers et analyses rétrospectives de la TGAP

* Le signe "-" signifie que le comptable obtient un montant supérieur d'autant à celui obtenu à partir des calculs d'Idaho

Globalement, sur la période 2006-2009, la valeur ajoutée est passée de 4 262,2 M€ en 2005 à 4 457,2 M€ en 2009, soit une augmentation de 4,6 %. En 2009, la valeur ajoutée a crû de 54,5 M€ par rapport à 2008, soit de 1,24 %.

Malgré une augmentation des Migac de 106,4 M€ les produits d'exploitation n'ont augmenté que de 76,7 M€ soit de 1,12 %. L'établissement a perdu des produits sur l'unité de soins de longue durée, dont l'activité concernant l'hébergement et la dépendance a diminué de 37,5 M€

Les produits de l'activité, qui représentaient en 2009 près de 52 % des produits bruts d'exploitation, ont diminué de 0,51 % par rapport à 2008.

Les dotations ont constitué la principale source d'évolution favorable des ressources.

Les consommations intermédiaires ont augmenté de 22,1 M€ soit de 0,91 %, notamment à la suite de la baisse des remboursements de charges par les comptes annexes (- 31,9 M€), l'ensemble des autres dépenses étant en légère diminution.

L'amélioration de la valeur ajoutée sur la période 2008-2009 a résulté de ce que la croissance des consommations est restée inférieure à celle des produits. L'augmentation des ressources allouées par l'Etat a été partiellement neutralisée par des baisses sur les produits d'activité de l'établissement. Il résulte de ces éléments que l'équilibre financier de l'AP-HP est dépendant du niveau des dotations accordées.

1.7.2.3. Excédent brut d'exploitation (EBE)

En €	2008			2009		
	Idaho	Ecart AP	Ecart TPG	Idaho	Ecart AP	Ecart TPG
VALEUR AJOUTEE	4 402 598	2 842	31 127	4 457 152	29 991	36 021
Subventions	105 312	0	0	61 718	0	0
Impôts et taxes	3 102	363 949	0	3 171	373 409	0
Charges de personnel	4 201 603	-392 233	0	4 182 611	-397 358	0
EBE	303 205	31 127	31 127	333 088	53 940	36 021

Sources : comptes financiers

L'écart entre la présentation Idaho et celle de l'AP-HP provient du classement des taxes sur les salaires en impôts et taxes et non en charges de personnel.

Calcul de l'excédent brut d'exploitation en K€	IDAHO 2008 CONSOLIDE	IDAHO 2009 CONSOLIDE
Valeur ajoutée (3)	4 402 598	4 457 152
plus subventions d'exploitation (4)	105 312	61 718
moins impôts et taxes (5)	3 102	3 171
moins charges de personnel (6)	4 201 603	4 182 611
Excédent brut d'exploitation (7)=(3)+(4)-(5)+-(6)	303 205	333 088
charges personnel / charges d'exploitation (%)	58,25%	57,61%
% EBE/PRODUITS BRUTS	4,43%	4,82%

Source : comptes financiers

Malgré une progression de la valeur ajoutée de 54,5 M€ et une baisse des charges de personnel de 19 M€, l'excédent brut n'a progressé que de 30 M€, en raison du non-renouvellement de la subvention d'exploitation de 43,5 M€ pour réduction du temps de travail. De plus, en 2009, l'établissement a perdu, entre autres, 0,5 M€ sur le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH). En neutralisant la monétisation des comptes épargne-temps, la hausse de ces charges s'est avérée proche de 0,5 %.

Il résulte de ces éléments que l'EBE a représenté 4,82 % des produits bruts d'exploitation en 2009, au lieu de 4,43 % en 2008, son évolution étant essentiellement liée à celle de la valeur ajoutée.

1.7.2.4. Marge brute

Calcul de la marge brute en K€	2008 CONSOLIDE	2009 CONSOLIDE
Excédent brut d'exploitation (1)	303 205	333 088
plus autres produits de gestion courante (2)	72 216	85 211
moins autres charges de gestion courante (3)	68 366	87 213
Marge brute (4) =(1)+(2)-(3)	307 055	331 086
Taux de marge (*)	4,49%	4,79%
Amortissements	335 000	378 497
Amortissements / marge brute (%)	109%	114%
Frais financiers (%)	60 232	57 055
Frais financiers/marge brute	19,62%	17,23%
Poids des charges calculées dans marge brute (c/68+C/66/marge brute)	128,72%	131,55%

Sources : Idaho, comptes financiers et analyses rétrospectives de la TGAP

En 2009, la marge brute a progressé de 24 M€, soit de 7,86 % par rapport à 2008, alors qu'elle avait diminué entre 2007 et 2008. Le taux de marge brute par rapport aux produits a évolué ainsi favorablement de 0,30 %.

Toutefois, en 2009, les charges de gestion courante étant supérieures aux produits de gestion courante, cette progression a été inférieure à celle de l'EBE (0,40 %). Le taux de couverture par la marge brute des charges liées aux investissements (frais financiers et dotation aux amortissements), qui était faible, s'est dégradé en 2009.

Il en résulte que la performance économique de l'établissement n'a pas atteint un niveau permettant de financer les frais financiers et les amortissements liés aux investissements.

1.7.2.5. Résultat d'exploitation

Depuis 2007, les charges calculées - amortissements en progression constante (10,71 % en 2008 et 12,98 % en 2009) et provisions - dépassent 100 % de la marge brute. Il en découle un résultat d'exploitation²⁷ structurellement déficitaire.

En 2008, sous l'effet de la baisse des dotations aux provisions et de l'augmentation des reprises sur provisions, le résultat d'exploitation s'est élevé à 42 M€, indépendamment de la baisse de la marge brute et de l'augmentation des dotations aux amortissements. Les modalités de provisionnement ont contribué, selon la chambre, à l'amélioration du résultat d'exploitation à hauteur de 70 M€

En 2009, les dotations ont progressé de 75 M€ et les reprises diminué de 68 M€ ce qui a eu pour effet un prélèvement de 143 M€ sur la marge. Le résultat d'exploitation est devenu négatif de 77 M€

L'incidence des provisions a été positive en 2008 (67 M€) et négative en 2009 (21 M€). Les dotations aux provisions ont augmenté de 26 % et les reprises ont diminué de 35 % entre 2008 et 2009. Le résultat d'exploitation s'est dégradé de 29,8 M€

Les résultats se sont avérés très dépendants de la politique de provisionnement.

1.7.2.6. Résultat courant

Le résultat courant²⁸ prend en compte l'incidence des opérations financières.

Les produits financiers ont connu une évolution positive, passant de 2 093 K€ en 2008 à 3 484 K€ en 2009. En 2008 et 2009, des escomptes de règlement ont été obtenus, à hauteur de 2 M€. En 2009, se sont ajoutés, pour 1,4 M€, d'« autres produits financiers ».

Les charges financières ont diminué, du fait de la baisse des taux d'intérêt. En 2009, elles ont baissé de 5,27 %, après avoir augmenté, en 2008, de 38,72 %. En 2009, bien que dans un contexte d'augmentation de l'encours, les charges d'intérêt sur les emprunts sont passées de 56 M€ à 48 M€, la gestion de sa dette par l'établissement étant active. Les intérêts sur les comptes de trésorerie sont passés de 3 M€ à 0,4 M€. Les dotations aux amortissements sont restées stables à 0,5 M€

Le résultat financier s'est amélioré de 8,52 % entre 2008 (- 58 138 K€) et 2009 (- 53 571 K€).

La dégradation du résultat net a été, de ce fait, limitée.

1.7.2.7. Résultat net

L'évolution du résultat net comptable, solde de toutes les opérations du compte de résultat, prend en compte l'impact du résultat exceptionnel sur le déficit courant.

²⁷ Voir tableau en annexe n° 7.

²⁸ Voir tableau en annexe n° 8.

Résultat exceptionnel du compte de résultat principal (CRP-H)
 Détail par comptes du CRP-H (en M€)

Comptes de charges	2008	2009	Ecart	Comptes de produits	2008	2009	Ecart	2008	2009	Ecart
67 –Charges exceptionnelles	0,83	0,52	-0,31							
671 Charges exceptionnelles sur opérations de gestion	37,33	26,66	-10,67	771 Produits exceptionnels sur opérations de gestion	37,98	41,86	3,88	0,65	15,2	14,55
672 Charges sur exercices antérieurs	16,84	15,39	-1,45	772 Produits sur exercices antérieurs	78,69	118,88	40,2	61,85	103,49	41,64
673 Titres annulés (sur exercices antérieurs)	53,7	73,58	19,88	773 Mandats annulés sur exercices antérieurs	2,71	0,24	-2,47	-50,99	-73,34	-22,35
675 Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	4,58	10,5	5,93	775 Produits des cessions d'éléments d'actif	0,31	0,03	-0,28	-4,27	-10,47	-6,2
				775 Produits des cessions d'éléments d'actif	1,66	2,39	0,73			
678 Autres charges exceptionnelles	2,06	0,5	-1,56	778 Autres produits exceptionnels	1,05	1,51	0,46	-1,01	1,01	2,02
687 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges exceptionnelles	33	1,26	-31,74	787 Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits exceptionnels)	30	9,92	-20,08	-3	8,66	11,66
Compte 67	148,33	128,42	-19,91	Compte 77	152,4	174,85	22,45	4,07	46,43	42,36

Source : comptes financiers

En 2009, le résultat exceptionnel²⁹ du CRP-H s'est amélioré de 42,36 M€ (46,43 M€ - 4,07 M€).

Les produits exceptionnels ont augmenté de 22,45 M€ du fait de ceux imputés à des exercices antérieurs (compte passant de 78,79 M€ à 118,88 M€), mais aussi en raison des réémissions de titres annulés, passées de 24 M€ à 33 M€. Par ailleurs, la reprise de la provision de propre assureur a diminué de 20 M€ (30 M€ - 9,92 M€).

Les annulations de titres de recette sur exercices antérieurs ont crû de 19,9 M€. La valeur nette comptable des éléments d'actifs cédés a progressé de 5,9 M€ (10,5 M€ - 4,58 M€). Cependant, celle-ci étant rarement dégagée, on constate une tendance à minimiser les charges exceptionnelles sur la période.

Résultat exceptionnel consolidé

En 2009, le résultat exceptionnel consolidé³⁰ s'est amélioré de 29,98 M€ (55,55 M€ - 26,57 M€), à la suite de l'amélioration du résultat exceptionnel du CRP-H de 42,36 M€ et de

²⁹ Voir tableau en annexe n° 9.

la diminution du résultat exceptionnel du CR-A (DNA) de 20,26 M€ Le CR-B (USLD) a participé à l'amélioration du résultat exceptionnel consolidé à hauteur de 6,89 M€

Les produits sur exercices antérieurs (126,15 M€) ont bénéficié de la régularisation des codages de séjours non réalisés en 2008, d'un rattrapage de titrage de recettes d'assurance maladie des années 2007 et 2008 et du remboursement d'un trop-versé de cotisations sociales.

Les produits exceptionnels sur opérations de gestion ont été principalement constitués de libéralités reçues à hauteur de 20 M€

En 2008, le résultat exceptionnel consolidé était constitué majoritairement par les opérations en capital du CR-A. En 2009, il était composé majoritairement par des opérations sur exercices antérieurs du CRP-H, la totalité des opérations sur exercices antérieurs représentant 60 % du résultat exceptionnel consolidé.

Impact des annulations et rémissions de titres

En €	2007	2008	2009	2010 (provisoire)
673 - titres annulés sur exercices antérieurs	72 156 222	55 337 150	76 233 003	89 444 032
7721 - réémission de titres annulés	18 731 176	25 695 303	34 787 366	17 779 998
Solde	- 53 425 046	- 29 641 847	- 41 445 637	- 71 664 034

Source : comptes financiers et balance provisoire

L'écart entre les comptes 673 « titres annulés sur exercice antérieur » et 7721 « réémission de titres annulés » a été défavorable sur l'ensemble de la période, avec une perspective très négative pour 2010.

La prise en compte du solde du compte 7728 « autres produits sur exercices antérieurs » a compensé l'évolution négative évoquée précédemment, le solde devenant positif en 2008 (28,7 M€) et en 2009 (49,9 M€).

La chambre considère que, dans la perspective de la certification de ses comptes, l'établissement doit revoir ses procédures liées aux rattachements des charges, aux annulations et rémissions de titres, afin d'en limiter les masses.

Résultat net du compte financier

En 2009, le résultat exceptionnel a permis d'atténuer le déficit du résultat courant, en l'espèce - 130 M€ et de dégager un résultat net, également négatif, de - 75 M€³¹.

Les résultats de l'exercice N-1 inscrits dans les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), au titre des exercices 2008 et 2009, ne concordaient pas avec les résultats des comptes financiers définitifs (10 508 511 € pour 2008 et -75 302 365 € pour 2009).

Les prévisions de 2011 n'étaient négatives que pour le CRP-H, qui poursuivait sa dégradation. Le CR-A se stabilisait. Pour les autres comptes de résultats annexes, l'établissement retenait une hypothèse d'équilibre.

³⁰ Voir tableau en annexe n° 10.

³¹ Voir tableau en annexe n° 11.

Si le résultat exceptionnel s'est amélioré, le résultat net s'est dégradé. L'AP-HP anticipe un redressement important en 2012 et la réalisation d'excédents à partir de 2013. Cette évolution favorable reposerait sur une forte progression en 2012 des produits du CRP-H (de l'ordre de 3,1 %), alors même que l'évolution réelle en 2010 a été de -0,5 % et que l'hypothèse prévisionnelle pour 2011 n'était que de +0,9 %.

Il s'avère donc que l'établissement a élaboré ses EPRD sur la base de résultats antérieurs non arrêtés, ce qui a fragilisé la qualité des prévisions et des arbitrages, en particulier pour les opérations exceptionnelles.

Sur les quatre derniers exercices³², la chambre a constaté que l'évolution des charges d'exploitation avait été supérieure à celle des produits.

Les hypothèses d'évolution, issues du plan stratégique 2010-2014, étaient fondées sur une progression modérée des charges.

En ce qui concerne les produits, même si l'arrêt des mesures liées à la convergence représente un gain de près de 0,70 %, l'évolution prévisionnelle de 1,37 % nécessitera un effort important de l'institution en termes d'activité pour atteindre le niveau de recettes prévu.

L'AP-HP s'est donné comme objectif un retour à l'équilibre en 2012. Or, les ressources tirées de son activité ont régressé. Ce sont, en fait, les dotations versées par l'Etat qui ont permis à l'établissement d'obtenir une augmentation de ses produits d'exploitation. Le résultat d'exploitation a chuté. La diminution conjoncturelle des charges financières, ainsi que l'amélioration du résultat exceptionnel liée à une régularisation des produits des années précédentes, ont limité le montant du déficit net. La tendance des trois derniers exercices, ainsi que les prévisions 2011, ne permettent donc pas d'anticiper un résultat positif dès 2012.

Ainsi, la rentabilité³³ de l'établissement n'est pas assurée.

1.7.3. Tableau de financement

1.7.3.1. Capacité d'autofinancement (Caf)

Après une diminution significative en 2007 (- 130 137 K€), suivie d'une légère baisse en 2008 (- 24 964 K€), la Caf a augmenté en 2009 (+ 71 796 K€).

³² Voir graphique en annexe n° 12.

³³ La rentabilité est le rapport entre un revenu obtenu ou prévu et les ressources employées pour l'obtenir. La notion s'applique, notamment, aux entreprises, mais aussi à tout autre investissement.

Détermination de la CAF (en K€)	2008 CONSOLIDE	2009 CONSOLIDE	ECART 2008 2009
Excédent brut d'exploitation	303 205	333 088	29 883
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	0
+ Autres produits d'exploitation	72 216	85 211	12 995
- Autres charges d'exploitation	68 366	87 213	18 848
+ Produits financiers (sauf reprises)	2 094	3 484	1 391
- Charges financières (sauf dotations)	59 671	56 461	-3 210
+ Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital)	126 748	170 745	43 997
- Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital)	120 271	121 104	833
CAF BRUTE	255 954	327 749	71 796

Source : comptes financiers

L'augmentation de 2009 résulte de l'amélioration de l'EBE (30 M€) et des produits exceptionnels (44 M€).

La Caf assure la couverture du remboursement du capital des emprunts, alimente les réserves, dont celles affectées à la couverture des risques, et permet de dégager des ressources supplémentaires pour l'investissement (fonds propres). Au surplus, elle favorise la consolidation des équilibres à court terme.

En 2009, le remboursement du capital des emprunts, pour 120 M€ a été couvert par la Caf, mais ceci grâce à la transformation de prêts amortissables classiques en prêts à amortissement *in fine*, qui a eu pour effet de faire baisser de 59 M€ le capital à rembourser dans l'année.

L'évaluation des risques à prendre en compte se mesure à la variation des provisions³⁴. En 2009, celle-ci s'est élevée à 21 M€ et a mobilisé une part limitée de la Caf.

Il n'y a pas eu de fonds propres effectivement mobilisés en 2009, les investissements ayant été sur-financés.

Quoique, à court terme, son niveau semble satisfaisant, la Caf est insuffisante, au regard de l'état du patrimoine et de son nécessaire renouvellement.

1.7.3.2. Variation du fonds de roulement

³⁴ Dotation des provisions – reprise des provisions.

Analyse rétrospective

RESSOURCES - En K€	2008	2009
Caf	255 954	327 749
Emprunts	861 810	1 006 818
Subventions	9 261	10 787
Autres	233 303	32 591
Total Ressources	1 360 327	1 377 945
EMPLOIS	2008	2009
Remboursement de la dette	454 202	704 118
Immobilisations	564 258	592 409
Autres	20	24 455
Total Emplois	1 018 479	1 320 982
Apport au FDR	341 848	56 963

Données issues d'Idaho retraitées à partir de l'état de la dette F3 du compte financier.

Le tableau de financement présenté par l'ordonnateur n'intègre pas les variations de la créance de l'article 58 et ne prend en compte, pour les emprunts, que les variations liées aux contrats à long terme renouvelables (CLTR). Il fait état d'un apport au fonds de roulement de 135 M€ au titre de 2008 et de 57 M€ au titre de 2009.

L'apport au FRNG s'est élevé, en 2008, à 342 M€ et, en 2009, à 57 M€. En 2008, l'excédent sur le financement des immobilisations³⁵, soit 3,786 M€, la souscription nette de CLTR pour 121,733 M€ et le dégageant de la créance de l'article 58 (206,342 M€) ont constitué l'essentiel de l'apport au FRNG.

En 2009, l'excédent sur le financement des immobilisations, soit 84,732 M€, et le remboursement net de CLTR, soit 41,599 M€, ont formé l'essentiel de l'apport au FRNG.

Analyse des écarts entre prévisions et réalisations pour les exercices sous revue

En M€	2008			2009			2010			2011
	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.
Capacité autofin.	249	256	7	281	328	46	280	295	15	274
Emprunts	444	577	133	367	423	56	278	315	37	296
Dotations Subv.	0	9	9	18	11	-7	8	1	-7	17
Autres ressources	18	27	9	12	33	21	20	12	-8	15
Total Ressources	711	869	158	678	794	116	586	623	37	602
Insuffisance autofin.			0			0			0	
Rembours. dettes	169	170	0	78	120	42	86	87	0	93
Immobilisations	550	564	14	600	592	-8	500	533	33	510
Autres emplois	0	0	0	0	24	24	0	0	0	0
Total Emplois	720	734	14	678	737	59	586	620	34	603
Apport FDR		135	143		57	57		3	3	
Prélèv. FDR	8			0			0			2

Source : tableau de financement, rapport aux instances du 13 octobre 2010 (présentation différente de celle du 3 juillet 2009)

³⁵Caf + Emprunts financiers + Cessions d'immobilisations - Remboursement d'emprunts financiers - Acquisition d'immobilisations.

Les exercices 2008 et 2009 se sont clos sur un apport au fonds de roulement, alors que les prévisions anticipaient respectivement un prélèvement sur fonds de roulement de 8,3M€ pour 2008, et une stabilité du fonds de roulement, pour 2009. L'apport en fonds de roulement a résulté d'un recours à l'emprunt plus élevé que ce qui était prévu.

Analyse prospective sur la base des EPRD (2011-2015)

Tableau de financement prévisionnel de l'EPRD de 2011 (en K€)

RESSOURCES	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Caf	280 077	273 947	366 490	407 724	433 997	424 830
Emprunts	306 570	297 701	194 965	30 410	29 638	71 189
Subventions	12 524	16 752	8 000	8 000	8 000	8 000
Autres	15 000	15 000	15 000	50 000	50 000	50 000
Total Ressources	614 170	603 400	584 455	496 134	521 635	554 019
EMPLOIS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Remboursement dette	86 509	93 400	84 455	81 134	131 635	154 019
Immobilisations	527 661	510 000	500 000	415 000	390 000	400 000
Autres	0	0	0	0	0	0
Total Emplois	614 170	603 400	584 455	496 134	521 635	554 019
Apport au FDR	0	0	0	0	0	0

Source : EPRD 2011

Dans le tableau ci-dessus, les flux de 2010 ne sont pas en cohérence avec les résultats anticipés de cet exercice, tels qu'ils ont été présentés dans l'EPRD de 2011. Cependant, le remboursement du capital de la dette respecte le seuil de remboursement des prêts amortissables *in fine* à compter de 2014.

Les crédits de paiement d'investissement diminuent au cours de la période envisagée. La Caf évolue favorablement. Le volume des cessions d'immobilisations croît en deux étapes, de 5 M€ à 15 M€ en 2010, de 15 M€ à 50 M€ en 2013.

Ces ressources supplémentaires, conjuguées à la maîtrise des investissements, permettent de faire l'hypothèse d'un faible recours à l'endettement, dès l'année 2013.

A compter de 2013, le montant des investissements diminue significativement, passant de plus de 500 M€ à 400 M€, tandis que les produits de cessions progressent fortement. Cette stratégie patrimoniale (vente d'une partie des surfaces immobilières) permet à l'établissement d'amorcer un désendettement, qui s'amplifie en 2014 avec le paiement des premières échéances des prêts à amortissement *in fine*.

Les excédents en provenance du cycle d'exploitation qui seront réalisés à partir de 2013 et auront pour conséquence une amélioration de la Caf financeront plus le remboursement des emprunts que le développement des équipements.

L'AP-HP a pris en compte le nécessaire redressement de ses équilibres financiers.

Selon l'établissement, des difficultés seraient rencontrées pour respecter les prévisions du tableau de financement. Il en est ainsi, notamment :

- du montant des cessions, sujet à fluctuation en raison de la longueur des négociations et des procédures, de leur caractère sensible et des aléas potentiels ;
- du montant et des dates de versement des subventions d'investissement (ARS, Inca, région, ville de Paris...), peu maîtrisables ;
- de l'incertitude sur la consommation des crédits de paiement, qui dépend de l'intervention d'acteurs multiples, des délais réels de réalisation des travaux et d'une mise en réserve des autorisations d'engagement concernant certains hôpitaux ;
- des effets « *techniques* » liés à l'évolution du système d'information : annulations / réémissions de titres de classe 2.

La chambre constate que l'ajustement nécessaire pour obtenir l'équilibre du tableau de financement ne peut porter que sur le niveau du recours à l'endettement. Afin que le montant des remboursements d'emprunt ne constitue plus la variable d'ajustement du FRNG et de l'équilibre de la trésorerie, le suivi de la réalisation des investissements doit relever d'une gouvernance affirmée pour respecter la trajectoire financière préalablement définie.

1.7.3.3. Variation de la trésorerie

Evolution du BFR

En €	2008	2009
VARIATION EXPLOITATION		
Variation des créances	177 085 644	70 717 943
Stocks	7 451 910	29 184 645
Hospitalisés et consultants	-5 568 188	17 027 107
Caisse de Sécurité Sociale	141 165 065	-16 342 066
Départements	-3 079 954	2 924 598
Mutuelles et autres tiers-payants	12 180 516	20 750 413
Etat et collectivités locales	0	1 504 320
Autres créances	25 639 409	14 034 163
Dépenses à classer	-703 113	1 634 760
Variation des dettes	-306 263 031	48 070 833
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	-93 728 243	23 957 708
Dettes fiscales et sociales	-2 044 830	-3 665 368
Avances reçues	-206 452 125	2 071 394
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	-35 750 632	-1 968 162
Autres dettes diverses	17 153 652	13 306 153
Recettes à classer ou à régulariser	14 559 147	14 369 107
VARIATION NETTE EXPLOITATION	483 348 676	22 647 110

Source : Idaho

Le cycle d'exploitation a eu pour effet une augmentation du BFR de 483 M€, en 2008, et de 22 M€, en 2009. En ce qui concerne cette dernière année, l'augmentation des stocks (21,6 M€) et des créances sur hospitalisés et consultants (22,6 M€), de l'ordre de 44 M€ au total, compensée à hauteur de 24 M€ par l'augmentation des dettes envers les fournisseurs, explique cette situation.

Evolution de la trésorerie

	2008	2009
VARIATION TRESORERIE		
Trésorerie active	-2 552 707	1 514 817
Disponibilités	-2 552 707	1 514 817
Trésorerie passive	139 406 065	-60 936 983
Fonds en dépôt	152 354	-460 128
Intérêts courus non échus	123 710	-86 855
Crédits de trésorerie	139 130 000	-60 390 000
VARIATION NETTE TRESORERIE	-141 958 772	62 451 801

Source : Idaho

Au 31 décembre 2009, la trésorerie de l'institution était toujours négative, à hauteur de 98 M€

1.7.4. Plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2011-2015

Précision méthodologique

L'étude a porté sur le PGFP présenté au conseil de surveillance le 16 juin 2011. Une autre version présente un PGFP différent, sans aucune précision sur son niveau de validation par les instances ou les tutelles.

Faute de PGFP validé par l'ARS, l'analyse a été conduite sur le PGFP de l'EPRD, sachant que ses hypothèses feront l'objet d'adaptations en fonction des équilibres réels et des analyses de l'ARS.

1.7.4.1. Hypothèses

Le PGFP 2011-2015 traduit une volonté de l'établissement de revenir, dès 2012, à un niveau du CRP-H proche de l'équilibre et de maîtriser son endettement. Pour atteindre ses objectifs, il prévoit de réaliser des efforts en termes d'efficacité de l'exploitation et de maîtrise des crédits de paiement. Le tableau de financement prévisionnel est construit sur la base d'une évolution positive moyenne de 1,67 % par an, pour les produits, et de 1,37 % par an, pour les charges.

Evolution des produits

Titre I : Produits versés par l'assurance maladie

Entre les présentations faites à l'ARS, au conseil de tutelle réuni le 25 mai 2011 et au conseil de surveillance réuni le 16 juin 2011, l'établissement a procédé à plusieurs ajustements du PGFP, qui se sont traduits par des baisses dans l'évaluation prévisionnelle des produits.

Selon le PGFP inclus dans l'EPRD de 2011, les recettes devraient progresser, en moyenne, de 1,60 % par an.

Titre II : Autres produits de l'activité hospitalière

Les recettes croissent en moyenne de 2 % par an, au cours de la période couverte par le plan.

Titre III : Autres produits

Les recettes évoluent de manière erratique, mais, en moyenne, de 1,84 % par an.

L'établissement a présenté une prévision d'évolution à la baisse en ce qui concerne les reprises sur provisions pour créances douteuses, au regard des restes à recouvrer et en fonction de la hausse des reprises sur provisions consécutives aux dotations « *Hôpital 2012* », sans apporter de précisions sur ces orientations.

Evolution des charges

Titre I : Charges de personnel

Sur la période, les charges progressent, en moyenne, de 0,91 % par an. Le PGFP inclut, en 2014, une augmentation significative de 1,60 %.

Dans le PGFP présenté à l'autorité de tutelle, l'établissement justifie les évolutions du titre I par la prise en compte d'une augmentation des charges patronales en 2011 et 2012 et des mesures catégorielles entre 2012 et 2014.

Titre II : Charges à caractère médical

Ces dernières augmentent, en moyenne, de 2,18 % par an.

Titre III : Charges à caractère hôtelier

Les dépenses évoluent, en moyenne, de + 1,04 % par an. La tendance, en fin de période, est une hausse de 1,40 %.

Titre IV : Charges d'amortissement, financières et exceptionnelles

Les charges fluctuent de manière erratique, tout en ayant une progression moyenne de 2,88 % par an.

Le PGFP intègre une prévision à la hausse des charges financières résultant de l'accroissement de la charge des emprunts mobilisés.

Les dotations d'amortissement diminuent en 2012, en raison de la neutralité de la règle du « *prorata temporis* ». En 2013, elles augmentent au regard des investissements nouveaux.

L'établissement prévoit, en outre, une augmentation des dotations aux provisions de 20 % par an, au titre de ses charges de propre assureur, des comptes épargne-temps et du plan « *Hôpital 2012* ».

Une autre version du PGFP, postérieure à la présentation de l'EPRD, semble rechercher un nouvel ajustement des équilibres prévisionnels. L'ajustement a été réalisé sur le niveau des charges et conduit à des efforts d'efficacité plus importants. Les prévisions de charges sont inférieures de 70 M€ au bout de quatre ans, grâce à la diminution ainsi programmée : - 6 M€ en 2012, - 17 M€ en 2013, - 21 M€ en 2014 et - 26 M€ en 2015. Le niveau de produits étant équivalent à celui de la simulation incluse dans l'EPRD, l'équilibre serait atteint en 2014. L'obligation d'afficher pour le CRP-H un retour à l'équilibre à cette date semble avoir conduit à cette nouvelle présentation.

1.7.4.2. Conditions de l'équilibre global

L'équilibre global, tel qu'il résulte des deux présentations du PGFP, est fondé sur la réalisation simultanée des quatre objectifs ci-après.

Un effort d'efficiency important en exploitation

Les deux présentations font état d'efforts d'efficiency de l'ordre de 240 M€ sous réserve d'un étalement dans le temps différent.

Une maîtrise des crédits de paiement en investissement

Les deux présentations font état d'une prévision en crédits de paiement de l'ordre de 2,2 Md€ mais avec des répartitions différentes. Cinquante-deux pour cent des crédits de paiement, soit 1,15 Md€, sont consommés pour des opérations majeures relevant du plan stratégique précédent.

Une démarche soutenue de vente de patrimoine

Le PGFP prévoit des cessions à hauteur de 150 M€ avec un palier à 40 M€ à partir de 2013.

Une maîtrise progressive de l'endettement

Au cours de la période, l'endettement croît de 80 M€ Il se caractérise par une forte diminution des souscriptions, à compter de 2013 (30 M€ contre 298 M€ en 2011 et 198 M€ en 2012), et par des remboursements conséquents d'emprunts, à compter de 2014 (130 M€ contre 81 M€ en 2013).

En conclusion³⁶, la modification des hypothèses de la trajectoire financière du PGFP présentée par l'établissement révèle sa difficulté à définir une date certaine pour le retour à l'équilibre.

Le PGFP inclus dans l'EPRD de 2011 prévoit, dès 2012, un retour à un niveau proche de l'équilibre. Dans cette perspective, les prévisions prennent en compte une forte progression des produits conjuguée à une progression modérée des charges. Pour atteindre l'équilibre du CRP-H en 2014, l'établissement a réalisé une autre version du PGFP dans lequel la maîtrise des charges a été renforcée.

L'atteinte de l'équilibre global implique une maîtrise des crédits de paiement en investissement. Pour ce faire, le plan d'investissement associé reste à valider.

Le poids des engagements passés retarde les investissements du plan en cours : sauf à réaliser des arbitrages, le plan stratégique 2010 ne pourra pas être respecté.

La forte progression des cessions d'actif devrait permettre un désendettement, à condition que soient maîtrisés le plan de cession des actifs et l'encaissement des produits correspondants au cours de l'exercice prévu. Il est à noter que le déficit de 2011 s'est aggravé, malgré une progression de l'activité, une réduction de postes et une maîtrise des investissements.

³⁶ Voir graphique en annexe n° 13.

Le ralentissement de la consommation des crédits d'investissements lié à la maîtrise de l'endettement ne doit pas retarder les opérations « *restructurantes* » des groupes hospitaliers en matière de coopération de territoire et de développement de filières de soins.

1.8. Dette

1.8.1. Financement du long terme

Pour assurer ses besoins de financement, l'AP-HP a recours à trois types de supports :

- a- des emprunts bancaires classiques, à taux fixe ou variable, amortissables par annuités ou « *in fine* » ;
- b- des contrats à long terme renouvelables (CLTR), permettant d'associer un crédit à long terme classique et l'ouverture de droits de tirage analogues à une ligne de trésorerie « *revolving* » ;
- c- des émissions obligataires, publiques ou privées, sous programme « *Euro Medium Term Note* » (EMTN), mises en place en 2005 avec un plafond d'émission de 1 Md€, plafond relevé à 2 Md€ en 2009.

Les agences Fitch et Standard & Poor's ont confirmé, en 2011, la note AAA de l'établissement, qui est alignée sur la note d'endettement à long terme de la France.

1.8.1.1. Evolution de l'encours de la dette

Le montant de l'encours de la dette à long et moyen terme (y compris les CLTR) s'élevait à 1 573 Md€ au 31 décembre 2008, à 1 876 M€, au 31 décembre 2009, et à 2 196 M€, au 31 décembre 2010.

Emprunts (en €)	2007	2008	2009	2010 simulation
Obligataires	314 538 410	671 758 520	770 526 127	939 051 754
Amortissables	314 538 410	154 936 000	147 803 000	140 670 000
Remboursés <i>in fine</i>	0	516 822 520	622 723 126	798 381 754
Etablissements de crédit	848 818 434	899 536 638	1 103 776 035	1 255 301 899
Emprunts en euros	704 418 434	633 603 038	879 442 369	939 568 166
CLTR	144 400 000	265 933 600	224 333 666	315 733 733
Sur conditions particulières	2 673 709	2 362 446	2 073 973	1 841 178
Autres	268 034	248 998	229 773	210 356
TOTAL ENCOURS	1 166 298 587	1 573 906 602	1 876 605 908	2 196 405 187

Source : comptes financiers et EPRD 2011

1.8.1.2. Caractéristiques de l'encours

Emprunts	2007-2010
Obligataires	198,55 %
Amortissables	-55,28 %
Remboursés <i>in fine</i>	
Etablissements de crédit	47,89 %
Emprunts en euros	33,38 %
CLTR	118,65 %
Sur conditions particulières	-31,14 %
Autres	-21,52 %
TOTAL ENCOURS	88,32 %

Source : comptes financiers et EPRD 2011

La gestion des financements est fondée sur une stratégie de levée de fonds.

Ainsi, pour tenir compte des préconisations des agences de notation et éviter la dégradation de sa note, l'établissement a décidé de maintenir à 30 % des produits d'exploitation son ratio maximum d'endettement.

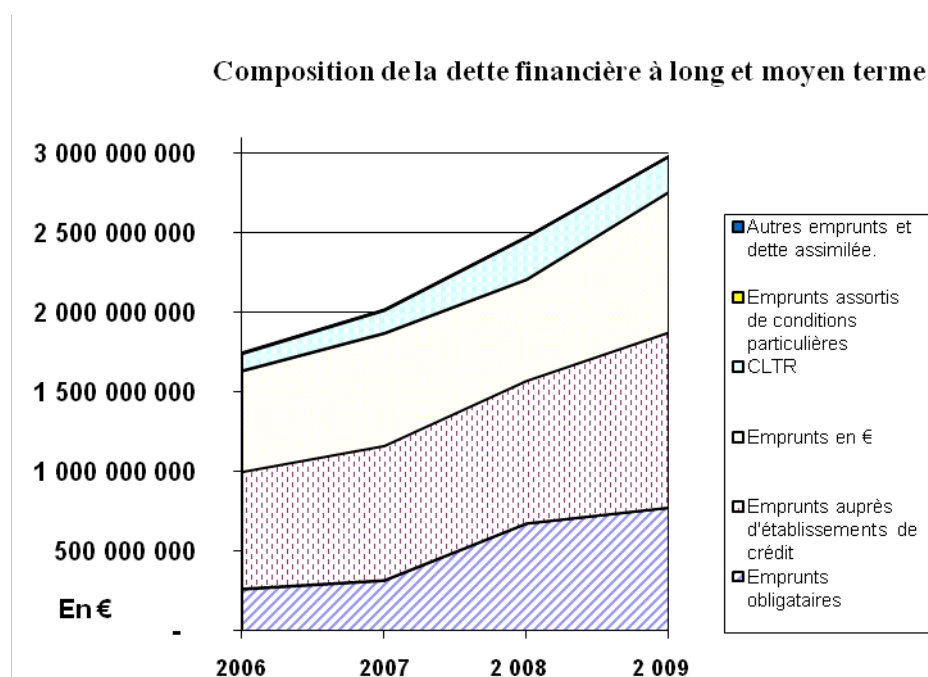
L'établissement a procédé au lissage du profil de remboursement de sa dette afin de préserver le niveau de sa capacité d'autofinancement. Il s'est fixé comme objectif de plafonner à 150 M€ le montant des remboursements annuels du capital emprunté et d'obtenir une durée apparente de la dette cohérente avec la durée moyenne d'amortissement des actifs.

Depuis peu, l'établissement cherche à rééquilibrer la composition de son encours, en augmentant la part de sa dette à taux fixe. La mobilisation des emprunts se fait majoritairement en fin d'année, afin de garantir les équilibres financiers de chaque exercice comptable.

L'encours de la dette à long terme a crû de 88 % entre 2007 et 2010. Après intégration de l'évolution prévisionnelle de l'encours sur 2011, soit 202 M€, la dette aura doublé en quatre ans.

Le ratio d'endettement en 2010, en atteignant 32 %, a dépassé l'objectif de la trajectoire financière.

En 2010, l'AP-HP a emprunté 315 M€, dont 176 M€ en prêts obligataires et 139 M€ en emprunts bancaires, parmi lesquels 28 % à taux fixe et 72 % à taux variable.



Source : comptes financiers

Fin 2010, l'encours de la dette était constitué, à 58 %, d'emprunts bancaires et, à 42 %, d'emprunts obligataires. Sa composition n'exposait pas l'établissement au risque de change.

La gestion active de la dette a eu pour effet, depuis 2008, de faire baisser les frais financiers grâce des arbitrages favorables sur les taux d'intérêt.

Le recours aux emprunts amortissables *in fine* a modifié le profil d'évolution des charges financières. La baisse du montant de l'annuité de remboursement du capital des emprunts, qui a commencé en 2008, se poursuivra jusqu'en 2013. Comme il a été dit ci-dessus, la recherche de l'équilibre financier a conduit l'AP-HP à fixer à 150 M€ le montant maximum de cette annuité. Ce montant n'a pas encore été atteint, mais il s'élèvera à 140 M€ en 2014, sans nouveaux arbitrages.

L'attention de l'établissement doit être attirée sur le fait que sa nouvelle pratique de diversification de l'endettement ne doit plus être traitée « *hors bilan* »³⁷.

A compter de 2013, l'endettement doit intégrer le coût financier de deux opérations conduites sous la forme de partenariat public privé (PPP), en l'occurrence le contrat de partenariat relatif à la centrale d'énergie biomasse à l'hôpital Avicenne et le bail emphytéotique hospitalier du bâtiment d'endocrinologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, tous deux conclus fin 2010.

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

³⁷ Instruction n° 09-003-M21 du 21 février 2009.

1.8.2. Financement à court terme

La gestion « *en trésorerie zéro* » est l'objectif de l'AP-HP. L'établissement a recours à des lignes de trésorerie à moins d'un an, dont le plafond a été porté à 500 M€ selon l'ordonnateur, et des contrats à long terme renouvelables (CLTR).

En 2010, les arbitrages ont conduit à un tirage moyen de 272 M€ en ce qui concerne les CLTR, et de 32 M€ en ce qui concerne la ligne de trésorerie, compte tenu du différentiel de coût en faveur des CLTR.

La mobilisation des crédits de trésorerie a assuré le relais dans le financement des travaux pendant la première partie de l'année. Depuis 2011, toutefois, selon l'ordonnateur, l'établissement a été autorisé à mobiliser des emprunts à long terme avant l'approbation de l'EPRD par les autorités de tutelle, ce qui devrait mettre fin à cette pratique.

Les CLTR ont été mobilisés en permanence pour des montants supérieurs à 200 M€ et la ligne de trésorerie a été utilisée en ajustement des décalages ponctuels.

1.8.3. Ratio d'indépendance financière

Le ratio d'indépendance financière (mesurant le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables) s'est dégradé et a atteint, avec le taux de 44 % en 2009, un niveau plafond par rapport aux taux nationaux. La médiane nationale pour les centres hospitaliers universitaires, au titre de 2008, était, en la matière, de 52 %. En outre, ce ratio n'intègre pas la gestion des lignes de trésorerie.

	Ratio d'indépendance financière (en K€)	2 006	2 007	2 008	2 009
SC/16	Emprunts et dettes assimilées	1 004 054	1 177 113	1 584 845	1 887 457
1 688	moins ICNE		10 814	10 938	10 851
169	moins Primes de remboursement des obligations			448	404
Total Dette à moyen et long terme		1 004 054	1 166 299	1 573 907	1 876 606
SC/10	Apports	2 041 073	2 171 233	2 190 871	2 206 941
11	RAN	26 451	68 143	35 068	10 626
12	Résultat de l'exercice				
13	Subventions d'investissement	5 031	389	23 857	30 432
14	Provisions réglementées	91 150	30 000	33 000	24 338
15	Provisions pour risques et charges	121 841	178 580	107 234	127 289
16	Dette à moyen et long terme	1 004 054	1 166 299	1 573 907	1 876 606
Total Ressources stables		3 289 600	3 614 645	3 963 936	4 276 232
Dette à moyen et long terme/ Ressources stables		30,52 %	32,27 %	39,71 %	43,88 %

Source : comptes financiers

1.8.4. Durée apparente de la dette

La durée apparente de la dette exprime la capacité de remboursement de l'établissement. Le recours aux emprunts obligataires, dont l'amortissement se fait *in fine*, au bout de 10 ans, limite la visibilité sur les capacités effectives de remboursement.

Durée apparente de la dette (en K €)	2006	2007	2008	2009
Dette au 31/12/N (1)	1 004 054	1 166 299	1 573 907	1 876 606
CAF brute (2)	411 054	280 918	255 953	327 749
Nombre d'années de CAF (1)/(2)	2,42	4,17	6,16	5,75
Nombre de mois de CAF (1)/(2) *12	29	50	74	69

Source : comptes financiers

Le profil d'amortissement de la dette est irrégulier avec des remboursements supérieurs à 100 M€ à compter de 2013. Le maximum de 144 M€ en 2020 fera certainement l'objet de futurs arbitrages de « maturité ».

Fin 2010, la dette hors CLTR s'élevait à 1 880 M€ Fin 2011, elle devrait atteindre 2 085 M€ soit plus de 30 % des recettes de fonctionnement consolidées. Ce taux comporte un risque en matière d'évaluation externe.

1.9. Patrimoine

1.9.1. Taux de renouvellement

Taux de renouvellement En K€	2006	2007	2008	2009
Débit 20/21/23 (a)-op budgétaires*	483 974	496 910	563 958	591 860
SD 20/21/23 (b)	7 912 075	8 404 265	8 940 069	9 489 964
(a)/(b) *100	6,1 %	5,9 %	6,3 %	6,2 %

Source : comptes financiers

Le taux de renouvellement permet de mesurer l'évolution des actifs immobilisés bruts dans le haut de bilan et traduit le rythme des investissements de l'hôpital. Pour l'AP-HP, ce ratio était relativement stable et démontrait que l'établissement renouvelait ses biens tous les 16 ans environ (en 2009). Toutefois, cet indicateur doit être relativisé, car l'actif brut comprenait des immobilisations non sorties de l'inventaire et du patrimoine privé.

D'après la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, il résulte des travaux de fiabilisation de l'actif que les ratios indiqués dans le tableau ci-dessus sont inférieurs aux taux réels. En 2010, à l'issue de l'inventaire physique réalisé dans le cadre du nouveau système d'information, le taux de renouvellement ressortait à 11,04 %.

1.9.2. Taux de vétusté

Taux de vétusté en K€	2008	2009
SC 2815+2825+2818+2828 (A)	2 628 025	2 809 565
SD 215+225+218+228+2315+2318 (B)	3 196 457	3 335 528
(A)/(B)*100	82,22%	84,23%

Source : comptes financiers

Il résulte des comptes financiers que le taux de vétusté se dégrade constamment, ce qui traduit un besoin de renouvellement des équipements. Mais cette constatation doit être minimisée, en raison de l'imperfection de l'état de l'actif et du solde partiel des amortissements. Ainsi, d'après la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, les travaux de correction de l'actif dans le cadre de la reprise des immobilisations dans le nouveau système d'information ont eu pour effet de faire apparaître un meilleur taux (63,84 % en 2010).

Selon le diagnostic « *HospidiDiag* », l'établissement, au regard des indicateurs de vétusté de ses équipements et de ses bâtiments, se situe dans la catégorie des établissements peu performants.

2. LA POLITIQUE DU LOGEMENT DE L'AP-HP

Dans un contexte de concurrence entre établissements hospitaliers au sein d'une région où le prix des loyers est élevé, la politique du logement de l'AP-HP a pour objectif d'améliorer l'attractivité de l'établissement auprès des professionnels de santé et de les fidéliser en leur offrant des logements dans son parc immobilier ou dans celui des bailleurs sociaux.

Ainsi, l'AP-HP dispose, pour l'ensemble de ses personnels en activité, d'un parc important de logements répartis entre ses sites hospitaliers (15 % du total), son domaine privé (25 % du total), largement issu de dons et legs, et le parc immobilier des bailleurs sociaux (60 % du total), auprès desquels elle a acquis des droits de réservation de logements.

Au 31 décembre 2010, son offre immobilière était de 11 428 logements (supérieure de 2 % à celle du 31 décembre 2008, soit 10 755 logements), ainsi répartis selon une approche fonctionnelle :

- 1 142, soit 10 % du total, étaient des logements de fonction ;
- 9 832, soit 86 % du total, étaient attribués sur critères socioprofessionnels ou dans le cadre du dispositif « *Infirmières Capitale* »³⁸ ;
- 454, soit 4 % du total, étaient attribués par les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) à des élèves infirmiers, durant leur période de formation.

L'attribution des logements du domaine public (sur les sites des hôpitaux ou des instituts de formation en soins infirmiers) est déconcentrée au niveau des directeurs d'établissement. Celles des logements du domaine privé ou les propositions d'attribution de logements dans le parc des bailleurs sociaux³⁹ sont, quant à elles, décidées au niveau central par des commissions dédiées : commission administrative d'attribution des logements de fonction présidée par le secrétaire général de l'AP-HP et commission paritaire d'attribution des logements sur critères socioprofessionnels⁴⁰.

2.1. Pilotage de la politique du logement de l'AP-HP

2.1.1. Stratégie de l'AP-HP en matière de politique du logement

La politique du logement de l'AP-HP est fixée dans le cadre des documents publics que sont ses plans stratégiques successifs, dont elle constitue l'un des volets.

³⁸ Ce dispositif a pour objet de fournir à des infirmiers nouvellement diplômés, occupant des emplois à enjeu pour l'AP-HP, un studio, durant un an, comme aide à la première installation.

³⁹ A l'exception de 386 logements relevant d'immeubles faisant l'objet de baux emphytéotiques administratifs (BEA) avec des bailleurs sociaux, gérés par trois sites hospitaliers.

⁴⁰ Parmi les principaux critères d'attribution de logements utilisés par la commission, on mentionnera les horaires de travail, la situation de l'hôpital, les ressources de l'agent, ou encore son temps de transport.

2.1.1.1. Volet « *politique du logement* » des plans stratégiques successifs de l'AP-HP

Plan stratégique 2005-2009

Dans le domaine public, le plan ambitionnait la mise à disposition d'environ 200 logements pour les agents nouvellement recrutés, ainsi que la réhabilitation de la moitié des logements des sites hospitaliers.

En outre, le plan fixait des objectifs d'accroissement de l'offre de logements par la construction de 350 à 450 logements sur son domaine public, la récupération, sur le domaine privé de l'AP-HP, d'appartements occupés par des locataires sans liens avec l'institution, ainsi que l'obtention de près de 400 droits de réservation de logements dans le parc immobilier des bailleurs sociaux.

Le volume annuel moyen d'attribution de logements sur critères socioprofessionnels devait, quant à lui, passer de 400 à 500 logements et l'AP-HP entendait valoriser les critères relatifs aux besoins des services, tout en donnant une priorité à la situation sociale des agents demandeurs. Enfin, pour améliorer l'adaptation de l'offre de logements à la demande, était programmée la réalisation d'enquêtes de besoins.

Plan stratégique 2010-2014

Le plan stratégique actuel a arrêté huit objectifs : fournir des logements adaptés aux agents à revenu modeste, étendre l'offre des logements facilitant le recrutement et la vie professionnelle, mettre en adéquation l'offre et de la demande de logements, développer le logement d'urgence, déployer des logements adaptés aux agents en situation de handicap, étudier des possibilités d'octroi de prêts d'accession à la propriété, garantir les impayés de loyers des agents de l'AP-HP logés dans le domaine privé et, enfin, anticiper et accompagner les mises à la retraite des personnels logés par l'AP-HP.

Pour y parvenir, le plan stratégique projette :

- de réaliser des actions concrètes faisant progresser l'adéquation de l'offre à la demande (meilleur accès à l'information, recherche renouvelée de logements adaptés aux revenus modestes etc.) ;
- d'investir 15 M€ sur la durée du plan stratégique, pour réaliser des travaux dans les logements de l'AP-HP (200 logements rénovés ou restructurés par an) ;
- de consacrer 13,5 M€ sur la durée du plan, à l'acquisition de 100 nouveaux droits de réservation de logements par an.

Trois indicateurs de suivi sont associés à ces objectifs : nombre de logements d'urgence attribués, nombre de logements adaptés aux situations de handicap, investissement⁴¹ réalisé pour le logement.

Si l'absence d'indicateurs de suivi et de résultat associés au plan stratégique 2005-2009 a été corrigée dans le plan actuel, il est, toutefois, à relever que lesdits indicateurs demeurent peu nombreux et qu'ont été privilégiés les indicateurs de moyens au détriment des indicateurs de résultats.

⁴¹ Travaux de rénovation et de construction.

Surtout, compte tenu de sa situation budgétaire et de ses difficultés à recruter des infirmiers, l'AP-HP a, récemment, sensiblement modifié ses objectifs initiaux, en décidant de freiner l'augmentation du nombre de logements et d'attribuer les logements de son domaine privé sur des critères plus professionnels que sociaux. Tout en relevant que ces inflexions ont fait l'objet d'une information du conseil de surveillance, le 14 mars 2012, la chambre recommande à l'établissement de les transcrire dans son plan stratégique ou, à tout le moins, d'en informer le plus largement son personnel par un canal idoine.

2.1.1.2. Suivi et résultats des plans stratégiques

Conformément au plan stratégique 2005-2009, l'AP-HP a réalisé, en 2008, une enquête de besoins contenant des éléments de suivi. Un audit interne relatif aux attributions de logements a, par ailleurs, été réalisé en 2008. Existent, également, des bilans annuels relatifs aux attributions de logements sur critères socioprofessionnels ou des comptes rendus d'activité du service en charge de ces questions, assez complets, s'agissant de la gestion locative.

Cependant, aucun suivi, ni bilan spécifique du volet « *politique de logement* » du plan stratégique 2005-2009 n'a été réalisé. A mi-parcours, le plan stratégique 2010-2014 n'a pas encore donné lieu à un bilan d'étape.

Enfin, la chambre a constaté que, dans le passé, le conseil d'administration de l'AP-HP avait été peu informé des résultats du volet « *politique du logement* » du plan stratégique et qu'aucun dispositif particulier d'information du conseil de surveillance, désormais compétent⁴², n'avait été arrêté. Elle note, cependant, positivement que, le 14 mars 2012, postérieurement à la notification de ses observations provisoires, ledit conseil de surveillance a bénéficié d'une information relative à la politique du logement, tout en remarquant, au vu des documents transmis, qu'il n'a été traité dans cette communication, ni de l'atteinte des objectifs du plan stratégique, ni des indicateurs de résultats précités.

2.1.2. Moyens budgétaires alloués à la politique du logement

Le coût total de sa politique du logement n'est pas précisément connu de l'AP-HP. En particulier, comme la chambre l'avait relevé dans son précédent rapport d'observations définitives, en 2005, elle ne connaît pas les moyens budgétaires consacrés aux logements de son domaine public. Outre les problèmes de gestion qu'elle implique, cette méconnaissance est contraire aux dispositions de l'article 13 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Sur ce point, la chambre prend, cependant, acte que l'AP-HP s'engage, pour l'avenir, à mettre en place un dispositif de suivi budgétaire adapté.

En revanche, ont été fournies des données budgétaires relatives au domaine privé de l'AP-HP et au partenariat avec les bailleurs sociaux. Il en ressort le faible poids de cette activité au regard du budget⁴³ de l'AP-HP, les recettes générées étant supérieures aux charges.

2.2. Gestion des logements de fonction

2.2.1. Caractéristiques de l'occupation des logements de fonction

⁴² Cf. article 9 de la loi du 21 juillet 2009 portant modernisation des établissements de santé.

⁴³ Environ 20 M€ pour un budget total de 6,5 Md€, soit 0,3 %.

2.2.1.1. Règle de l'occupation d'un logement de fonction sur le site d'affectation professionnelle

L'article 3 du décret du 8 janvier 2010 précité prévoit que « *les fonctionnaires bénéficiant de logement de fonction par nécessité absolue de service sont logés par priorité dans le patrimoine de l'établissement* » ; à défaut, ils bénéficient « *d'un logement locatif (...) dont la localisation est compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction* ». L'article 9 du même décret dispose que les fonctionnaires logés par utilité de service (US) doivent l'être « *dans l'établissement ou à proximité immédiate* ». Une note du directeur général de l'établissement du 31 janvier 2000, toujours en vigueur, rappelle ces règles.

Dans un arrêt de principe⁴⁴, portant, certes, sur des fonctionnaires territoriaux, mais transposable par analogie (Conseil d'Etat, Assemblée, 2 décembre 1994, n° 147 962, préfet de la région Nord-Pas-de-Calais), le Conseil d'Etat a considéré que les contraintes justifiant l'attribution d'un logement de fonction par nécessité absolue de service (NAS) appelaient de la part de l'agent une présence pouvant être regardée comme constante sur son lieu de travail, celle-ci imposant d'être logé sur le site où s'exerce les fonctions⁴⁵.

Le contrôleur financier de l'AP-HP veille, dans le cadre de ses missions, à faire respecter cette règle.

2.2.1.2. Des cadres supérieurs souvent logés hors de leur site d'affectation professionnelle

Au 31 décembre 2010, l'occupation des logements de fonction était caractérisée par les données suivantes :

- 283 agents sur 913 logés par NAS, soit 31 % de l'effectif total, étaient logés en dehors de leur site d'affectation ;
- pour les ingénieurs, ce taux montait à 40 % et pour les directeurs d'hôpital à 80 % ;
- les agents logés par US étaient quasiment tous logés sur site, alors même qu'ils n'étaient supposés y être qu'à titre subsidiaire par rapport aux agents logés par NAS ;
- 913 des 1 142 logements de fonction recensés⁴⁶ étaient occupés, d'où un taux d'occupation de 80 %, ainsi modulé : 84 % pour le domaine public et 73 % pour le domaine privé.

⁴⁴ Arrêt également mentionné dans le rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes (page 948).

⁴⁵ Contrairement à l'analyse de l'AP-HP, cette règle est de portée générale et ne relève pas de l'application du principe de parité entre fonctionnaires de l'Etat et territoriaux. Dans cet arrêt, le Conseil d'Etat invoque le principe de parité dans le seul but d'interdire qu'un fonctionnaire territorial logé par utilité de service puisse bénéficier de la gratuité des fluides (eau, électricité et chauffage), car un fonctionnaire de l'Etat, dans la même situation, n'y a pas droit.

⁴⁶ Ce nombre de 1 142 logements, également cité dans le rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes (page 947), devrait, selon l'AP-HP, être minoré de 38 unités correspondant à des « *chambres de bonnes* ».

OCCUPATION DES LOGEMENTS DE FONCTION DE L'AP-HP AU 31 DECEMBRE 2010

Régime d'occupation	Catégorie professionnelle	Domaine public		Domaine privé
		Site	Hors site	
Emplois de direction	Directeurs d'hôpital	46	13	174
	Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux	5	0	1
	Sous-total « Emplois de direction »	51	13	175
Nécessité absolue de service	Pharmaciens	2	0	0
	Directeurs des soins	20	0	9
	Ingénieurs	61	5	35
	Cadres socio-éducatifs	0	0	0
	Cadres de santé	5	0	2
	Attachés d'administration hospitalière (AAH)	73	2	15
	Responsables de centres maternels, pouponnières, crèches	0	0	0
	Personnels ouvrier et technique	382	0	19
	Adjointes des cadres hospitaliers (ACH)	0	0	4
	Secrétaires médicales	2	0	0
	Contractuels	2	1	0
	Inspecteur des services extérieurs	1	0	0
Sous-total « NAS »	548	8	84	
Utilité de service	Personnels ouvriers et techniques	13	0	0
	Ingénieurs	3	0	0
	AAH	0	0	1
	ACH	5	0	1
	Contractuels	6	0	1
	Autres agents de catégorie B	1	0	0
	Secrétaires médicales	1	0	0
	Adjointes administratifs	2	0	0
Sous-total « US »	31	0	3	
TOTAL		630	21	262
TOTAL GÉNÉRAL		913		

Source : base de données des arrêtés de concessions

La chambre a constaté, comme elle l'avait déjà fait dans son précédent rapport d'observations définitives⁴⁷, le non-respect fréquent de la règle de l'affectation sur site, notamment pour les cadres supérieurs. Cette situation résulte de défaillances dans la procédure d'octroi des logements de fonction.

En effet, l'attribution des logements de fonction du domaine public des établissements hospitaliers (soit deux tiers desdits logements) étant laissée à la discrétion des directeurs d'établissement et dépourvue de pilotage et/ou procédure de contrôle spécifique de la part du siège, l'AP-HP est dans l'incapacité de garantir que le traitement des attributions de logements de fonction soit homogène.

En particulier, la procédure conduisant à accorder un logement de fonction dans le domaine privé à un agent de l'AP-HP travaillant sur site hospitalier est critiquable : elle repose sur une déclaration d'absence de logement disponible sur ledit site, faite par le directeur de l'établissement auprès de la commission d'attribution des logements de fonction précitée, qui n'est pas vérifiée *in concreto*⁴⁸ (du point de vue de l'exactitude, comme du bien-fondé des choix d'attribution de logements antérieurs), ce qui fragilise le processus décisionnel. La chambre prend, cependant, acte qu'à la suite de ses observations provisoires, l'AP-HP s'est engagée à contrôler davantage les déclarations des directeurs d'établissement.

⁴⁷ Elle s'était, cependant, intéressée aux seuls directeurs d'hôpital.

⁴⁸ Cf. commission du 5 mai 2011, à laquelle l'équipe de contrôle de la chambre a assisté.

En outre, l'examen de la disponibilité des logements sur site n'étant effectuée que lors de l'affectation de l'agent, la libération ultérieure d'un logement sur le site en cause ne conduit pas à le proposer à un agent logé de longue date « *hors site* », ce qui a pour effet que les situations dérogatoires perdurent. Enfin, l'occupation des logements de fonction sur site ne fait pas l'objet d'une forme de planification des opérations⁴⁹ prenant en compte les départs et arrivées potentiels.

Cette situation est contraire à l'économie générale du dispositif juridique des attributions de logements de fonction par NAS, dès lors que le logement de fonction peut davantage être assimilé à un accessoire de la fonction qu'à un outil permettant l'exercice d'une mission de service public. Sur ce point, la chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur de mettre fin à l'attribution « *hors site* » pour les directeurs d'hôpital.

L'occupation du parc des logements de fonction, au 31 décembre 2010, faisait ressortir un taux de vacance élevé. En prenant comme hypothèse un taux de vacance incompressible de 5 %, 80 logements supplémentaires du domaine public pourraient être occupés, ce qui libèrerait subséquemment 80 logements du domaine privé. Sous cette même hypothèse, près de 80 logements supplémentaires du domaine privé pourraient également être attribués sur critères socioprofessionnels (ce nombre pouvant être moindre du fait que les logements du domaine privé, situés à proximité immédiate des sites hospitaliers, ont vocation, même vacants, à rester des logements de fonction, car ils permettent à l'AP-HP de respecter la règle précitée de l'attribution d'un logement de fonction sur site ou à proximité immédiate du lieu de l'affectation professionnelle).

Cette situation s'avère paradoxale, dans la mesure où, durant la période récente, le nombre de logements de fonction a eu une croissance soutenue, notamment dans le domaine privé.

ÉVOLUTION DU PARC DE LOGEMENTS DE FONCTION (2008-2010)⁵⁰

Au 31/12/N	Nombre de logements (2008)	Nombre de logements (2010)	Évolution
Domaine public	738	774	+ 5 %
Domaine privé	241	358	+ 48%
Bailleurs sociaux - BEA	8	10	+ 20 %
Total	987	1 142	+ 15 %

Source AP-HP / DPFLL - DLAL

Il est, enfin, à relever que les dispositions de l'article 14 du décret du 8 janvier 2010 précité, portant sur l'information du conseil de surveillance de l'AP-HP relative aux logements de fonction, ont donné lieu à application, le 14 mars 2012, postérieurement aux observations provisoires de la chambre sur ce point.

2.2.2. Occupation des logements de fonction par les personnels de direction

2.2.2.1. Règles d'attribution des logements de fonction aux personnels de direction

Absence de droit statutaire des directeurs d'hôpital à un logement de fonction indépendamment des fonctions exercées

⁴⁹ Ainsi, sont ignorés les travaux d'entretien éventuellement nécessaires entre deux occupations, l'impact du changement de réglementation introduit par le décret du 8 janvier 2010 ou encore les réorganisations de service entreprises par l'actuelle direction.

⁵⁰ Logements occupés et vacants.

L'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 juin 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dispose qu'un « *décret fixe la liste des catégories de fonctionnaires astreints, du fait de leurs fonctions, à résider dans ou à proximité de l'établissement. (...). Le décret détermine les conditions dans lesquelles ces fonctionnaires peuvent bénéficier d'avantages en nature* ». Jusqu'à la publication du décret du 8 janvier 2010 précité, en l'absence de réglementation précisément applicable déterminant les emplois bénéficiaires, les règles d'attribution des logements de fonction justifiaient qu'il soit fait référence aux dispositions⁵¹ du code du domaine de l'Etat⁵² et à la jurisprudence.

Désormais, le décret du 8 janvier 2010 précité et deux arrêtés du 8 janvier 2010 donnent un cadre réglementaire à l'attribution de logements de fonction aux personnels hospitaliers. S'agissant des emplois de direction, l'article 2 du décret du 8 janvier 2010 dispose que seuls « *les fonctionnaires occupant les emplois dont le statut est prévu par les décrets du 2 août 2005 (...) ou (...) dont le statut est fixé par le décret du 26 décembre 2007 (...) bénéficient de concessions de logement par nécessité absolue de service* ».

Le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des directeurs d'hôpital travaillant au sein des établissements publics de santé (EPS) précise, en son article 3, que « *les emplois des personnels de direction soumis [à ses dispositions] sont celui de directeur lorsqu'il s'agit de la direction d'un ou plusieurs établissements, celui de secrétaire général lorsqu'il s'agit d'un syndicat interhospitalier et celui de directeur adjoint dans les autres cas* ». Le décret du 26 décembre 2007 porte, pour sa part, le statut particulier des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (DESS).

L'article 3 du décret du 8 janvier 2010 prévoit, de plus, que ces fonctionnaires ont le choix, selon les disponibilités, entre un logement de fonction ou une indemnité compensatrice mensuelle (ICM), dont un des deux arrêtés du 8 janvier 2010 fixe à 1 828 € le montant brut en région parisienne. Une période transitoire, à compter de l'entrée en vigueur du décret du 8 janvier 2010, a été instituée pour mettre en conformité les situations individuelles avec les dispositions de ce texte. Cette période transitoire, qui a été allongée d'un an par le décret n° 2011-2031 du 29 décembre 2011, prendra fin le 11 janvier 2013.

Il résulte de ces textes qu'il n'existe aucun droit statutaire pour les directeurs d'hôpital à bénéficier d'un logement de fonction : aux termes de la loi du 9 juin 1986, seuls parmi les fonctionnaires hospitaliers ceux qui sont astreints, du fait de leurs fonctions, à résider dans leur établissement d'exercice ont vocation à bénéficier d'un logement de fonction, un décret définissant les catégories auxquelles ils doivent appartenir pour qu'il en soit ainsi.

Aux termes du décret du 8 janvier 2010, seuls les directeurs d'hôpital exerçant leurs fonctions au sein d'un EPS bénéficient d'un logement de fonction. Par voie de conséquence, et *a contrario*, un directeur d'hôpital qui n'exerce pas ses fonctions au sein d'un EPS ne peut pas jouir d'un logement de fonction. Tel est le cas des directeurs d'hôpital mis à disposition d'autres services, qui n'ont droit ni à un logement de fonction, ni à l'ICM. Ces fonctionnaires, en effet, qui occupent souvent des emplois au sein de l'administration centrale du ministère chargé de la santé, se trouvent soumis, du fait des emplois exercés, au droit commun de la fonction publique, ce qui implique qu'ils perdent le bénéfice de leur logement de fonction (ou de l'ICM, selon les cas), ce dernier ne pouvant être justifié par les fonctions occupées dans le cadre de leur mise à disposition.

⁵¹ Article R. 94 du code du domaine de l'Etat : il « *y a nécessité absolue de service, lorsque l'agent ne peut accomplir normalement son service sans être logé dans les bâtiments où il doit exercer ses fonctions* ».

⁵² Désormais abrogé par le décret n° 2011-1612 du 22 novembre 2011.

Application par l'AP-HP

A la date du 31 décembre 2010, 15 directeurs d'hôpital de l'AP-HP étaient mis à disposition d'autres services. Ils continuaient d'être logés par l'AP-HP, sans avoir à verser de loyers⁵³. Pour justifier cette situation, il a été fait état des gardes administratives qu'ils effectuent pour le compte de l'AP-HP, alors même que, comme il est exposé ci-dessous, l'existence de ces gardes ne saurait fonder, à elle seule, l'octroi d'un tel avantage. Cette situation ne peut être régularisée, en ce qui concerne les directeurs concernés, que par l'abandon de leur logement d'ici le 11 janvier 2013. Ces derniers ne pourront pas davantage bénéficier de l'ICM.

A cet égard, il est pris note que la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), tutelle de l'AP-HP, envisage trois options pour régulariser la situation des directeurs d'hôpital mis à sa disposition : le détachement des directeurs concernés dans le corps des administrateurs civils, ce qui implique la perte du logement de fonction, mais un meilleur régime indemnitaire, leur mise à disposition à temps complet, la perte du logement de fonction étant alors compensée par un meilleur régime indemnitaire, ou, à titre dérogatoire, leur mise à disposition à temps partiel, celle-ci allant de pair avec le maintien d'un logement de fonction⁵⁴. La chambre croit utile de relever que la dernière des options envisagées présente un risque élevé d'irrégularité : l'existence d'un temps partiel, de l'ordre actuel de 10 %, effectué au profit de l'AP-HP ne peut satisfaire à la nécessité, conditionnant l'octroi d'un logement de fonction, d'une présence devant être regardée comme constante sur le lieu de travail.

La situation des directeurs d'hôpital qui bénéficient d'un logement de fonction, alors qu'ils exercent leurs fonctions au siège de l'AP-HP, à l'Ageps ou dans les services mutualisateurs, pose également problème. Ces derniers occupent des emplois atypiques, pour des directeurs d'hôpital, en ce sens qu'ils sont assimilables à ceux de chefs de bureau, voire de sous-directeurs en administration centrale, qui ne sont pas expressément visés par le décret du 2 août 2005 et, subséquemment, par le décret du 8 janvier 2010. Or, ce type d'emplois en administration centrale n'ouvre pas droit, sauf rares exceptions⁵⁵, au bénéfice d'un logement de fonction.

L'AP-HP leur accorde, cependant, des logements de fonction, s'ils effectuent des gardes administratives ou de direction. D'un point de vue juridique, cette contrepartie est vraisemblablement insuffisante pour fonder l'octroi d'un logement de fonction par NAS. En effet, comme il a été dit ci-dessus, le Conseil d'Etat considère que les contraintes justifiant l'attribution d'un logement de fonction par NAS appellent une présence pouvant être regardée comme constante sur le lieu de travail, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

En outre, selon les données communiquées par l'AP-HP, la moyenne des gardes de direction des directeurs d'hôpital affectés au siège est comprise entre 9,6 et 11,8 jours par an et celle des gardes administratives entre 6,6 jours et 12,9 jours⁵⁶. Il est donc douteux que les « contraintes » réellement supportées par ces directeurs puissent fonder l'octroi d'un logement de fonction.

⁵³ Leur administration « d'accueil » - il s'agit, sauf exception, de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) - verse à l'AP-HP un forfait de l'ordre de 20 000 € par an, en remboursement des frais supportés.

⁵⁴ En pratique, les directeurs d'hôpital concernés consacreront 10 % de leur temps de travail à l'AP-HP.

⁵⁵ Parmi ces exceptions, on mentionnera certains personnels, en nombre très restreint, de la direction de la sécurité civile du ministère de l'Intérieur.

⁵⁶ Le terme de garde administrative désigne des gardes de premier niveau, celui de garde de direction, des gardes de second niveau (en soutien des gardes administratives).

En 2010, 40 directeurs d'hôpital ont effectué des gardes de direction et 56 des gardes administratives. Or, si l'on retient, par analogie, le quota de 40 jours fixé par l'arrêté du 8 janvier 2010 pour les autres catégories de personnels logés par NAS⁵⁷, neuf directeurs seulement seraient nécessaires pour assurer chacun des types de garde.

Dans la mesure où les gardes effectuées par les directeurs d'hôpital affectés au siège ou mis à disposition d'autres services sont dépourvus de lien avec les fonctions qu'ils exercent, qu'ils ne sont pas logés sur place, voire à proximité de l'établissement dans lequel ils effectuent leur garde et qu'en pratique, leur nombre de jours de garde est très faible, la chambre estime que lesdites gardes pourraient davantage fonder l'attribution d'un logement par US, qui implique le paiement par l'agent d'une partie du loyer du logement fourni⁵⁸, que celle d'un logement par NAS. Au total, au 31 décembre 2010, près de 100 directeurs d'hôpital affectés au siège bénéficiaient, dans des conditions contestables donc, d'un logement de fonction, ce qui constituait pour l'AP-HP une charge annuelle de l'ordre de 2 M€, compte tenu du coût annuel individuel d'un logement de fonction (20 000 €).

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la direction actuelle de l'AP-HP, arguant du contenu concret de ces gardes, considère que les contraintes qui en résultent pour les directeurs d'hôpital affectés au siège justifient pleinement l'octroi d'un logement de fonction. L'ordonnateur précédent estime, quant à lui, nécessaire de supprimer lesdits logements et la Cour des comptes préconise d'en restreindre le bénéfice aux seuls directeurs de sites hospitaliers⁵⁹.

Dès lors, tout en prenant acte de l'engagement de l'AP-HP de remettre à plat son système de garde, la chambre doute que cet exercice permette de justifier l'octroi de logements par NAS à l'ensemble des directeurs d'hôpital concernés.

2.2.2.2. Anomalies individuelles dans l'occupation des logements de fonction octroyés aux personnels de direction

La chambre a vérifié la situation des directeurs d'hôpital affectés au siège, à l'Ageps, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), aux hôpitaux Saint-Louis – Fernand Widal – Lariboisière, Claude Richet et Emile Roux. A cette occasion, elle a détecté trois catégories d'anomalies.

Tout d'abord, aux termes des dispositions de l'arrêté du 26 mars 1993 relatif au contrôle financier sur l'AP-HP, puis de celles de l'arrêté du 19 octobre 2010 relatif aux modalités d'exercice du contrôle financier sur l'AP-HP, le visa du contrôleur financier (CF) est requis pour l'ensemble des arrêtés de concessions de logement. Son absence rend l'occupation du logement irrégulière. Or, les directeurs d'hôpital occupent très souvent leur logement préalablement au visa du CF, ce dernier étant, parfois, sollicité très longtemps après le début de l'occupation du logement (le retard pouvant aller jusqu'à 419 jours).

Il est pris note, toutefois, que ces situations, qui résultaient d'un retard dans la transmission des dossiers au CF, devraient disparaître grâce à des mesures correctrices.

⁵⁷ Cf. *infra*.

⁵⁸ Cette situation peut également fonder un régime d'astreinte.

⁵⁹ Rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes (page 949).

Ensuite, la chambre a constaté que certains directeurs d'hôpital, notamment ceux qui sont affectés en Seine-Saint-Denis, étaient logés dans Paris *intra muros*, à une distance telle (parfois à plus de 30 km, soit à 45 minutes de leur établissement, sous réserve de conditions de circulation fluides) que la pertinence et la régularité de leur concession de logement paraissent discutables.

Les justifications données par l'AP-HP ne sont pas convaincantes, qu'il s'agisse de l'affectation de plus en plus fréquente sur un groupe hospitalier et non sur un site unique, de la proximité des logements de la ligne de RER B ou de la localisation des logements dans le 11^{ème} arrondissement. Les situations relevées par la chambre sont caractérisées par un éloignement excessif par rapport au lieu d'exercice principal des missions et, partant, au siège du groupe hospitalier. Aucun des hôpitaux de l'AP-HP localisés en Seine-Saint-Denis n'est desservi par une gare du RER B située à proximité. Qui plus est, lorsqu'il faut rejoindre, en cas d'urgence, soit nécessairement de nuit (les directeurs intéressés sont sur place, la journée), son lieu de travail, l'utilisation des transports en commun n'est pas forcément le moyen le plus approprié. Un des directeurs concernés est logé dans le 16^{ème} arrondissement et ne peut être couvert par l'argumentaire. Enfin, le 11^{ème} arrondissement n'est pas nécessairement bien relié à la Seine-Saint-Denis. Il est à noter, par ailleurs, que le contrôleur financier de l'AP-HP a fait, lui aussi, dans le cadre de ses contrôles, le même type d'objections que la chambre.

Enfin, cinq directeurs d'hôpital bénéficient, en sus de leur logement de fonction principal, d'un studio (pour l'un d'entre eux, d'un deux-pièces), sans que le second logement apparaisse attribué pour une raison de service. Selon l'AP-HP, dans chacun des cas, il s'agit de directeurs chargés de familles nombreuses, pour lesquelles le logement principal était trop petit. A fin de transparence, la chambre recommande à l'AP-HP, pour l'avenir, de préciser, dans les arrêtés de concessions de logements, les motifs de ces situations particulières.

2.2.3. Occupation des logements de fonction par les autres catégories de personnel

Les autres catégories de personnel peuvent être logées par NAS ou par US.

2.2.3.1. Règles d'attribution des logements de fonction par nécessité absolue de service ou par utilité de service

Rappel du droit positif

Aux termes du décret du 8 janvier 2010 précité peuvent se voir attribuer un logement de fonction par NAS « *les directeurs de soins, ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière, responsables des centres maternels, de pouponnières et de crèches* », s'ils sont astreints à des gardes de direction. Le second des arrêtés du 8 janvier 2010 fixe à 40 journées, pour les agents concernés, le plancher annuel de journées de garde donnant droit à un logement de fonction.

Ces conditions d'attribution des logements de fonction par NAS apparaissent très souples (plancher annuel de 40 jours de gardes administratives) par rapport à la jurisprudence très stricte et constante du Conseil d'Etat (CE)⁶⁰. S'agissant de dispositions fixées par un décret simple, la chambre s'interroge sur la régularité desdites dispositions.

⁶⁰ Cf. par exemple, CE, 2 décembre 1994, préfet de la région Nord-Pas-de-Calais ; CE, 11 juillet 1988, commune de Fréjus ; CE, 30 octobre 1996, commune de Ramonchamp.

Par ailleurs, l'article 9 du décret du 8 janvier 2010 prévoit que *« le directeur d'établissement ou, le cas échéant, l'autorité compétente pour les établissements non dotés de la personnalité morale détermine les catégories de fonctionnaires pour lesquelles des logements peuvent être concédés par utilité de service dans l'établissement ou à proximité immédiate. Les fonctionnaires ainsi logés sont tenus de rembourser à l'établissement un loyer et des charges mensuels déterminés par l'assemblée délibérante, soit sur la base d'un forfait déterminé en fonction du niveau de rémunération des bénéficiaires et par référence au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit d'après la valeur locative servant de base à la taxe d'habitation ou, le cas échéant, d'après la valeur locative réelle ».*

Application par l'AP-HP

Malgré l'entrée en vigueur du décret du 8 janvier 2010 précité, la liste des emplois ouvrant droit à un logement de fonction par NAS et leurs règles d'attribution restent fixées par une délibération du conseil d'administration de l'AP-HP du 30 juin 1999 et une note du directeur général du 31 janvier 2000 : *exercent des emplois pouvant ouvrir droit à une concession de logement par NAS « les pharmaciens chefs résidents (...) les chefs de bureau (et exceptionnellement les adjoints des cadres hospitaliers) qui participent de manière très régulière aux gardes administratives ; les directeurs d'écoles paramédicales ; les ingénieurs et ouvriers (...) ».*

La note du 31 janvier 2000 précise que les agents bénéficiant d'un logement par NAS sont tenus, à l'exception des concierges, de participer à la garde administrative ou technique pour une durée annuelle qui *« ne saurait être inférieure à (...) 60 jours calendaires ».* Enfin, l'article 2 de la délibération du 30 juin 1999 prévoit que *« les personnels logés par NAS jouissent de la mise à disposition gratuite d'un logement (loyer et charges générales d'entretien de l'immeuble) ».*

La liste des emplois ouvrant droit à un logement de fonction par NAS, telle qu'elle est fixée par la délibération du 30 juin 1999, n'est pas conforme au décret du 8 janvier 2010 précité, car les 382 emplois d'ouvriers ne donnent plus droit, désormais, à l'attribution d'un logement par NAS. Par conséquent, sauf modification du décret du 8 janvier 2010, la chambre recommande à l'AP-HP d'apporter à la liste précitée les corrections requises, au plus tard, d'ici le 11 janvier 2013, fin de la période dérogatoire prévue par ledit décret.

Par ailleurs, en ce qui concerne les concessions de logements par NAS, l'article 4 du décret du 8 janvier 2010 prévoit que les charges générales d'entretien de l'immeuble sont désormais supportées par les locataires. Or, seuls les agents logés pour raisons de service dans le domaine privé de l'AP-HP, postérieurement au mois de mai 2010, sont en règle avec ces dispositions. Tout en prenant acte que l'AP-HP va étendre ce régime aux nouveaux locataires du domaine public, la chambre lui recommande de l'étendre également, par avenant, aux concessions de logements en cours.

Quant aux logements de fonction attribués par US, les règles en vigueur à l'AP-HP, bien qu'établies antérieurement aux dispositions du décret du 8 janvier 2010, sont conformes à celles-ci.

2.2.3.2. Anomalies individuelles dans l'occupation des logements de fonction par nécessité absolue de service

La chambre a vérifié la situation des agents logés par NAS et par US qui sont affectés au siège de l'AP-HP, à l'Ageps, aux hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière, Georges-Pompidou, Saint-Louis – Fernand Widal – Lariboisière, Claude Richet et Emile Roux. Elle a décelé trois catégories d'anomalies.

L'absence de visa préalable du contrôleur financier, ci-dessus relevée pour les directeurs d'hôpital, a été également constatée pour les agents logés par NAS.

Un agent contractuel en poste à l'hôpital européen Georges-Pompidou, deux secrétaires médicales, quatre adjoints des cadres hospitaliers et un inspecteur des services intérieurs ne pouvaient plus, au regard du droit positif, bénéficier d'un logement de fonction par NAS. Il en allait de même pour un agent contractuel qui bénéficiait d'un logement de fonction par US, alors que le décret du 8 janvier 2010 n'ouvre cette possibilité qu'aux seuls fonctionnaires. En outre, cet agent versait, pour le logement de deux pièces concédé par US, une redevance d'occupation égale à 2 % de son traitement brut, soit cinq fois moins que le maximum autorisé, ce qui paraissait anormalement bas.

Enfin, un attaché d'administration hospitalière affecté au siège de l'AP-HP bénéficiait d'un logement par US, alors qu'il n'effectuait aucune garde, ce qui était irrégulier.

La chambre a pris acte de l'engagement de l'AP-HP de régulariser ces situations, au plus tard, à l'expiration de la période transitoire fixée par le décret du 8 janvier 2010 au 11 janvier 2013, étant précisé que, pour l'attaché d'administration hospitalière susmentionné, l'obligation d'effectuer des gardes doit être mise en œuvre sans délai.

2.2.4. Régularité des situations au regard du droit fiscal et social

Les administrations fiscales et sociales évaluent l'avantage en nature constitué par le logement de fonction, soit sur la base de la valeur locative brute annuelle servant au calcul de la taxe d'habitation, augmentée des charges payées par l'employeur, soit selon un barème forfaitaire, qui dépend de la rémunération du bénéficiaire et du nombre de pièces. La rémunération est appréciée par rapport au plafond mensuel de la sécurité sociale, qui était de 2 886 € en 2010⁶¹.

Pour la déclaration des revenus de 2011, lorsque le revenu mensuel est inférieur à 1 473 €, l'avantage en nature est de 63,50 € pour les studios et 33,90 € par pièce pour les autres logements. Il augmente en fonction des revenus. Si la personne est logée par NAS, un abattement de 30 % est appliqué à la valeur locative (hors charges) du logement ou au forfait.

En 2009, le contrôle de l'AP-HP par l'Urssaf s'est soldé par une retenue de cotisations et de contributions relatives au logement de 364 953 €. Ce montant est contesté par l'AP-HP devant la commission de recours amiable de l'Urssaf, l'établissement réfutant la prise en compte des primes et indemnités de ses agents pour déterminer le montant de l'avantage en nature, quand ces derniers optent pour le barème forfaitaire. Ce litige n'est toujours pas tranché.

⁶¹ Cf. circulaire DSS n° 2003/07 du 7 janvier 2003 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 10 décembre 2002 relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale et de l'arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale et instruction fiscale 5 F-1-04 n° 24 du 6 février 2004.

Lors de la vérification de la situation des directeurs d'hôpital de l'échantillon précité, la chambre a relevé que :

- l'un d'entre eux, bénéficiaire d'un appartement de type F2, en sus de son appartement principal de type F4, ne le déclarait pas comme avantage en nature ;
- trois d'entre eux, bénéficiaires d'un studio en sus de leur appartement principal, ne le déclarait pas comme avantage en nature ;
- 10 d'entre eux ne déclaraient pas comme avantage en nature une chambre de service, accessoire de leur logement principal ;
- un autre d'entre eux ne déclarait pas comme avantage en nature deux chambres de service, accessoires de son logement principal.

En outre, au sein de l'échantillon examiné, certains montants déclarés ne correspondaient pas au nombre de pièces des logements concédés, étant précisé que certains directeurs déclaraient un montant d'avantages en nature trop élevé. Enfin, les fiches de paie consultées ne mentionnaient pas le cumul de l'avantage en nature à déclarer, ce qui ne permettait pas aux intéressés de vérifier la régularité de leur situation quant à leur avantage en nature.

La chambre prend acte de la réponse de l'AP-HP quant à la régularisation des situations signalées. Elle note également avec satisfaction qu'à la suite de ses recommandations, l'AP-HP a déclaré avoir pris des mesures, non seulement pour éviter la réapparition de ces anomalies, qui avaient pour origine des failles de son système d'information, mais aussi pour améliorer l'information des agents concernés sur ce sujet.

2.3. Gestion des logements attribués sur critères socioprofessionnels

2.3.1. Catégories de logements proposés par l'AP-HP

2.3.1.1. Logements du domaine public de l'AP-HP

Au 31 décembre 2010, le domaine public de l'AP-HP comptait, outre 774 logements de fonction, 477 logements attribuables sur critères socioprofessionnels, dont 133 vacants, d'où un taux de vacance de près de 30 %. Ce nombre de logements a diminué de 12 % en deux ans, puisqu'on en comptait 539 au 31 décembre 2008. Ces 477 logements, attribuables sur critères socioprofessionnels, représentent actuellement 5 % du total des logements attribués sur cette base. Ils sont largement destinés aux situations d'« *urgence sociale* ».

Pour obtenir ces données, un travail de recollement a été opéré par l'AP-HP à l'occasion du contrôle de la chambre. Par ailleurs, si le siège de l'AP-HP maîtrise les tarifs de location des logements du domaine public et fournit les modèles de convention-type d'occupation, il ne connaît pas précisément les modalités concrètes d'attribution de ces logements.

Cette situation, qui a pour origine la déconcentration de la gestion de ces logements au niveau des établissements, emporte une double conséquence : d'une part, l'AP-HP n'homogénéise pas l'attribution de ses logements sur critères socioprofessionnels, d'autre part, elle crée une inégalité de traitement entre ses agents, l'attribution desdits logements n'offrant pas les mêmes garanties procédurales que pour les autres catégories de logements proposés (Cf. *infra*). A l'inverse, cette organisation offre une certaine souplesse, notamment en matière de gestion des « *urgences sociales* ». Néanmoins, compte tenu de ses inconvénients, la chambre recommande à l'AP-HP une « *recentralisation* » de la gestion, sinon du suivi de ces logements, en prenant acte que, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué agir en ce sens.

A titre d'illustration, est à citer le cas d'un des hôpitaux de l'AP-HP disposant de huit logements attribuables sur critères socioprofessionnels :

- cinq studios, faisant l'objet de convention d'occupation précaire, destinés aux « *urgences sociales* » ;
- trois appartements ayant le statut de logements de fonction, utilisés temporairement à d'autres fins dans le cadre de conventions d'occupation précaire.

Si la chambre ne conteste pas les motifs de l'attribution de sept des huit logements du domaine public de cet hôpital, elle est, en revanche, plus perplexe quant à la régularité juridique de l'occupation gracieuse d'un logement de fonction (reconverti, de fait, en logement attribué sur critère socioprofessionnel) octroyé à un médecin.

De plus, la faible rotation des studios destinés au traitement des urgences sociales conduit à faire des agents logés des locataires permanents de l'AP-HP, alors même que ces logements sont supposés constituer des solutions de logement temporaire pour des agents en difficulté.

Enfin, deux veuves d'agents décédés occupent des logements de fonction. Si leurs situations initiales, nées respectivement en 2007 et 2009, pouvaient justifier un maintien temporaire dans les lieux, la durée particulièrement longue de ce maintien paraît critiquable. Un directeur d'hôpital, en effet, n'a pas le pouvoir discrétionnaire, même pour des raisons sociales, de modifier pour un temps aussi long l'usage de logements du domaine public, destinés à l'exercice de missions de service public.

2.3.1.2. Logements du domaine privé de l'AP-HP

Au 31 décembre 2010, le domaine privé de l'AP-HP comptait 2 764 logements répartis sur 80 sites essentiellement parisiens. En 2008, ce parc immobilier comprenait 2 600 logements. Il a donc augmenté d'un peu plus de 6 % en trois ans (non par acquisition, mais par rétrocession de logements dans le cadre de la clôture de baux emphytéotiques administratifs). Les logements de fonction s'élevant, au 31 décembre 2010, au nombre de 358, soit près de 13 % du total, le parc de logements attribués sur critères socioprofessionnels comptait 2 406 unités (dont les 132 logements du dispositif « *Infirmière Capitale* »), soit près d'un quart du total des logements attribués sur critères socioprofessionnels.

L'AP-HP, qui agit à l'endroit de ses biens du domaine privé comme un propriétaire de droit commun, fixe notamment sa politique tarifaire en matière de loyers. Sur ce point, il convient de distinguer les tarifs de relocation des révisions annuelles de loyers.

Le tarif de relocation applicable aux agents logés sur critères socioprofessionnels est, selon les documents transmis, en principe proche du plafond du régime réglementé des « *PLS* » (prêts locatifs sociaux). Cependant, alors que ce plafond était, en 2010, de 12,45 €/ m² à Paris, le tarif moyen de relocation de l'AP-HP était de 9,16 €/ m², soit inférieur de 27 %.

Ce décalage doit être considéré à l'aune de la localisation des immeubles de l'AP-HP : alors que les logements des bailleurs sociaux sont largement situés dans les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris, où le niveau des loyers libres est inférieur à la médiane des loyers parisiens, ceux de l'AP-HP sont plus fréquemment situés dans les 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements, où les loyers libres sont nettement au-dessus de la médiane. En outre, ce tarif de relocation apparaît particulièrement bas dans les arrondissements recherchés de Paris.

A titre d'exemple, 10 €/ m² dans le 7^{ème} arrondissement ou 10,60 €/ m² dans le 16^{ème} arrondissement, le plafond étant atteint dans le 5^{ème} arrondissement, dans un immeuble situé rue Scipion, avec 11 €/m². Cette politique tarifaire exclut, cependant, *a priori* du domaine privé les agents de l'AP-HP ayant le plus de difficultés à se loger, à savoir ceux de la catégorie C⁶², les loyers fixés restant élevés au regard de leurs revenus mensuels. Elle convient, dans les faits, davantage aux agents de catégorie B et surtout de catégorie A.

Il est, cependant, pris acte qu'à la suite des observations provisoires de la chambre, l'AP-HP s'est engagée à porter le tarif de relocation de ses appartements à 15 €/ m² pour ses cadres mis à disposition, ses cadres supérieurs et ses médecins.

Par ailleurs, compte tenu des tarifs pratiqués, l'octroi des logements du domaine privé de l'AP-HP à 1 930 de ses agents semble devoir être regardé comme un avantage en nature imposable, selon les termes du bulletin officiel des impôts 5F-1-07 n° 5 du 12 janvier 2007 ainsi rédigés : « *en application du premier alinéa de l'article 82 du code général des impôts, les avantages en nature, c'est-à-dire la mise à disposition ou la fourniture par l'employeur à ses salariés d'un bien ou d'un service à titre gratuit ou à un prix inférieur à leur valeur réelle, sont, au même titre que la rémunération en espèces des bénéficiaires, imposables à l'impôt sur le revenu* ».

Il convient d'ajouter que le tarif de relocation est actualisé empiriquement, en prenant en compte le standing de l'immeuble, les travaux d'entretien et/ou de rénovation éventuellement effectués, ainsi que l'équilibre global de la dotation non affectée. Cette actualisation des loyers, qui n'est pas véritablement formalisée, n'a jamais fait l'objet, dans le passé, d'une validation ou d'une information du conseil d'administration de l'AP-HP. Toutefois, le comité technique d'établissement central en a été informé, pour la première fois, le 11 décembre 2011 (conformément au nouveau règlement intérieur de l'AP-HP) et le conseil de surveillance, le 14 mars dernier, à la suite des observations provisoires de la chambre.

Quant à la révision des loyers appliquée aux contrats en cours, elle dépend de la nature du bail en cause, étant précisé que la systématisation et la cohérence des actualisations de loyers sont récentes : celle-ci datent de 2006 et résultent de la modernisation de l'outil informatique de gestion locative « *Estia* ».

Dès lors, certains locataires de l'AP-HP continuent de bénéficier de loyers aux tarifs beaucoup plus avantageux que ceux mentionnés ci-dessus⁶³, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

⁶² Ces derniers constituant l'une des cibles visées par le volet logement des deux plans stratégiques précités.

⁶³ Ces données résultent d'un contrôle aléatoire d'une quarantaine de baux du domaine privé des 5^{ème}, 6^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements.

TARIF AU M² DE CERTAINS BAUX DU DOMAINE PRIVÉ (HORS « LOI DITE DE 1948⁶⁴ »)

Arrondissement	Montant du loyer ⁶⁵	Surface occupée	Prix au m ² ⁶⁶
6 ^{ème}	432,69 €	63 m ²	6,87 €
6 ^{ème}	467,64 €	56 m ²	8,35 €
6 ^{ém}	572,90 €	61m ²	9,39 €
15 ^{ème}	376,45 €	59 m ²	6,38 €
15 ^{ème}	381,77 €	54 m ²	7,07 €

Source : échantillon de dossiers de locataires du domaine privé de l'AP-HP consulté sur place

TARIF AU M² DE CERTAINS BAUX « LOI DITE DE 1948 » DU DOMAINE PRIVÉ

Arrondissement	Montant du loyer ⁶⁷	Surface occupée	Prix au m ²
14 ^{ème}	828,81 €	121 m ²	6,85 €
7 ^{ème}	678,07 €	121 m ²	5,60 €
7 ^{ém}	691,65 €	121 m ²	5,72 €
5 ^{ème}	625,83 €	107 m ²	5,85 €
5 ^{ème}	1 112,62 €	109 m ²	10,21 €

Source : échantillon de dossiers de locataires du domaine privé de l'AP-HP consulté sur place

Il est pris, toutefois, acte qu'à la suite des observations provisoires de la chambre, l'AP-HP s'est engagée à mener une politique de révision des loyers ayant pour but de rapprocher des tarifs actuels de relocation les loyers des locataires placés dans les situations ci-dessus signalées.

Par ailleurs, il faut mentionner des cas d'impayés de loyers (qui sont plus souvent le fait des agents logés sur critères socioprofessionnels que des locataires sans liens avec l'AP-HP). Ainsi, nonobstant l'existence de procédures de prévention et de gestion des impayés (allant jusqu'à l'expulsion locative), l'AP-HP recensait 130 locataires cumulant un montant total d'impayés de loyers de 1,07 M€⁶⁸, soit un montant moyen de 8 230 €, certains locataires ayant une dette avoisinant 32 000 €. Il faut, en outre, préciser que, du fait des imperfections du logiciel de facturation de l'AP-HP, le recensement des impayés est sans doute incomplet.

2.3.1.3. Logements sociaux dans le cadre de conventions de réservation**Conventions de réservation « couplées » à un bail emphytéotique administratif (BEA)**

Le dispositif est le suivant. Dans le cadre d'un BEA, l'AP-HP loue un de ses terrains, pour une durée déterminée comprise, en général, entre 40 et 60 ans, à un bailleur social, qui y construit des logements, dont il demeure propriétaire pendant la durée du bail. En contrepartie, l'AP-HP bénéficie de droits de réservation lui permettant de proposer au bailleur social ses agents comme locataires.

Le titulaire du BEA verse à l'AP-HP un loyer pour le foncier. A l'échéance du bail, l'AP-HP devient le propriétaire de l'ensemble des biens construits, sans avoir à verser d'indemnités. Afin de couvrir le solde du financement de l'opération, l'AP-HP verse une subvention à l'opérateur ou lui consent un prêt.

⁶⁴ Loi n° 48-1360 du 1er septembre 1948 portant modification et codification de la législation relative aux rapports des bailleurs et locataires ou occupants de locaux d'habitation ou à usage professionnel et instituant des allocations de logement.

⁶⁵ Hors charges.

⁶⁶ Pour mémoire, il est rappelé que le plafond du tarif réglementé « prêt locatif aidé insertion » était, en 2010, fixé à 5,68 €/m² et celui du « prêt locatif à usage social » à 6,38 €/m².

⁶⁷ Hors charges.

⁶⁸ Données arrêtées au mois d'avril 2011.

Lors de son précédent contrôle, la chambre avait relevé que l'AP-HP éprouvait des difficultés à suivre la gestion de ses BEA tant sur le plan juridique que sur le plan financier, faute, notamment, d'un outil informatique adapté. Ces problématiques sont désormais prises en compte, même s'il subsiste encore quelques difficultés inhérentes à toute relation contractuelle.

Au 31 décembre 2010, 75 baux étaient en cours et on ne recensait aucune opération nouvelle depuis 2008. Celles qui étaient en cours de réalisation et n'étaient pas encore livrées, au nombre de trois⁶⁹, avaient été commencées quatre ou cinq ans auparavant. Elles apporteront une cinquantaine de logements⁷⁰. Les projets non lancés à ce jour, qui sont imprécis, voire incertains, compte tenu de la décision récente de freiner l'augmentation du nombre de logements, accroîtraient, au plus, le parc de logements en BEA de 100 à 300, d'ici à 2014.

Ces BEA permettent à l'AP-HP de proposer à ses agents 4 514 logements (soit 46 % du total des logements attribués sur critères socioprofessionnels). La gestion de 386 de ces logements étant déconcentrée⁷¹, le siège de l'AP-HP ne peut, toutefois, complètement optimiser et homogénéiser la gestion des logements en BEA.

L'AP-HP justifie, notamment, le recours aux BEA par l'accroissement patrimonial réalisé à la fin du bail. Cependant, les deux derniers retours en pleine propriété d'immeubles en BEA (soit, en 2008, l'ensemble immobilier appelé le « *Château des Rentiers* » et, en 2009, l'ensemble « *Mirabeau-Versailles* ») présentaient un bilan mitigé. Les immeubles étaient occupés à 60 %⁷² (ce qui représentait 120 locataires) par des personnes sans liens avec l'AP-HP, ce taux ne devant diminuer que faiblement grâce au non-renouvellement des baux arrivant à échéance.

En outre, le coût actuel des projets à Paris ou en proche banlieue conduit les opérateurs à fixer des loyers élevés pour atteindre le seuil de rentabilité des opérations. Il s'ensuit que les logements construits dans le cadre des opérations récentes sont, soit à loyers libres, soit soumis aux plafonds de loyers de type PLS et prêt locatif intermédiaire (PLI), soit des logements de fonction. Ces logements ne correspondent donc pas, pour cette raison, à la demande des agents de catégorie C (voire de catégorie B) éligibles aux logements très sociaux (même s'ils ne constituent pas l'unique cible des plans stratégiques). Ces derniers étaient, pourtant, en 2010, à l'origine de 1 546 des 2 403 demandes de logements exprimées (soit 64 % du total des demandes).

Conventions de réservation « simples »

Les conventions de réservation « simples » permettent à l'AP-HP de disposer, pour une période déterminée, du droit de désigner des locataires pour des logements identifiés dans un immeuble appartenant à un bailleur social, en contrepartie du versement d'un apport financier sous forme d'un prêt sans intérêt remboursable.

⁶⁹ Projet « *Kellermann* » (Paris 13^{ème}), 40 logements en construction, dont 27 droits de réservation pour l'AP-HP ; projet « *Ambroise Paré* » (Boulogne-Billancourt), 33 logements en construction, dont 23 droits de réservation pour l'AP-HP ; projet « *102 Avenue d'Italie* » (Paris 13^{ème}), 11 logements en construction, dont huit droits de réservation pour l'AP-HP.

⁷⁰ Encore faut-il préciser que l'un des trois projets – Ambroise Paré – est « bloqué ».

⁷¹ Par les établissements Joffre-Dupuytren, Georges Clémenceau et Raymond Poincaré.

⁷² A Mirabeau-Versailles, si les stipulations du BEA avaient été respectées, l'immeuble aurait dû compter 70 % d'agents de l'AP-HP parmi les locataires.

L'AP-HP conclut des conventions de réservation à long terme ou de désignation unique :

- dans le premier cas, pour chaque logement réservé, l'AP-HP verse à l'organisme bailleur un montant moyen de 60 000 € selon la localisation (à Paris, les prix de réservation se situent entre 90 000 et 100 000 € par logement, en banlieue à 45 000 €) et la typologie du logement, ce prêt ayant pour contrepartie un droit de désignation qui lui est accordé, pendant 20 à 30 ans environ, pour loger son personnel ;
- dans le second cas, l'AP-HP dispose sur le logement d'un droit de réservation unique moyennant 10 000 €

Lors de son précédent contrôle, la chambre avait constaté que l'AP-HP éprouvait des difficultés à assurer le suivi desdites conventions et donc, à recouvrer ses apports en capital. Compte tenu du grand nombre de conventions arrivant à échéance et des enjeux financiers qu'elles représentaient, la chambre considérait que l'AP-HP devait mettre en œuvre les mesures nécessaires pour s'assurer du remboursement des sommes en cause.

Une mission d'audit a été confiée, en 2006, à un prestataire externe. A la suite de cette étude, 300 droits de réservation ont été « rendus », ces logements n'ayant pas été jugés attractifs en raison de difficultés d'accès aux transports en commun ou d'une situation dans un environnement dégradé. Désormais, le remboursement des apports financiers ne constitue plus une lacune du dispositif.

Au 31 décembre 2010, l'AP-HP était signataire de 108 conventions octroyant des droits de réservation sur 2 455 logements (soit un quart des logements attribués sur critères socioprofessionnels). Sur la période 2008-2015, l'AP-HP envisage d'acquérir 348 nouveaux droits de réservation, soit une moyenne de 44 logements par an. Sur ce total, seuls 148 droits sont d'ores et déjà acquis.

TABLEAU PRÉVISIONNEL DES ACQUISITIONS DE DROITS DE RÉSERVATION (2008-2015)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Acquis	0	13	26	32	5	17	3	0	148
Projets	0	0	0	30	30	30	30	30	150
Total	0	13	26	62	35	47	33	30	348

Source : AP-HP / DPFL-DLAL

Si l'on prend en compte les droits de réservation couplés aux BEA, ce sont 700 nouveaux droits qui devraient être acquis⁷³. En tout état de cause, comme l'AP-HP doit perdre 1 708 droits unitaires de réservation au cours de la période 2007-2014, le solde est négatif d'environ 1 000 droits de réservation.

Par ailleurs, il apparaît que les programmes de logements très sociaux (PLAI et PLUS)⁷⁴ sont quasiment devenus inaccessibles à Paris, que les programmes sociaux de type PLS (toujours à Paris) sont trop onéreux pour les agents de catégorie C, les PLI étant eux-mêmes souvent trop élevés pour les agents de catégorie B. Par conséquent, le dispositif des conventions de réservation n'offre des solutions qu'en banlieue parisienne, ce qui ne correspond pas nécessairement aux besoins des agents affectés sur les sites parisiens de l'AP-HP, dont les difficultés à se loger sont les plus grandes.

⁷³ La plupart, cependant, sous réserve de « validation budgétaire ».

⁷⁴ Niveaux mensuels du loyer au mètre carré utile : PLAI : 5,68 €/m² à Paris et dans les communes limitrophes, PLUS : 6,38 €/m².

2.3.2. Caractéristiques de l'occupation du parc de logements

2.3.2.1. Procédure d'attribution des logements

La procédure d'attribution d'un logement sur critères socioprofessionnels repose sur deux procédures distinctes : une première gérée de manière centralisée par le siège, une seconde gérée de manière déconcentrée par le directeur d'hôpital compétent. Si la première procédure fait l'objet d'un formalisme très abouti, qui assure une gestion homogène des demandes de logement des agents, la seconde procédure, qui porte sur 863 unités (477 logements du domaine public des hôpitaux et 386 logements relevant des BEA) sur 9 832, soit près de 9 % du total, fonctionne selon les règles propres à chaque établissement et ne présente donc pas le même niveau d'homogénéité et de rigueur que la première procédure, sans que le siège puisse intervenir. Sur ce point, la chambre, qui recommande un suivi plus fin de ces logements de la part du siège, prend acte de l'engagement de l'AP-HP d'œuvrer en ce sens.

2.3.2.2. Caractéristiques des attributions de logements sur critères socioprofessionnels

Au 31 décembre 2010, 5 970 agents étaient logés par l'AP-HP sur critères socioprofessionnels : 1 930 dans le parc privé en gestion directe, 2 682 dans des logements sous BEA et 1 358 dans des logements sous convention de réservation. Ce recensement a été réalisé à la demande de la chambre. En l'absence de séries statistiques historiques même récentes, la chambre a évalué le taux de satisfaction des demandes d'attribution de logements à partir de documents communiqués par l'AP-HP. Il résulte des données retracées dans les tableaux ci-après :

- que l'objectif de proposer 500 logements par an, dont il est fait état dans le projet stratégique 2005-2009, a été atteint ;
- que les attributions de logements en faveur des agents de catégories B et A sont affectées d'une déformation statistique ;
- que les attributions de logements en faveur des agents travaillant sur les sites parisiens, en particulier ceux du siège, sont également affectées d'une déformation statistique.

TAUX DE SATISFACTION DES DEMANDES PAR CATÉGORIE STATUTAIRES (2009-2010)

		Catégorie C	Catégorie B	Catégorie A	Médecin	Total
2009	Demandes	1 545	829	64	14	2 452
	Attributions	293	277	22	2	594
	Taux de satisfaction	19 %	33,4 %	34,4 %	14,3 %	24,2 %
2010	Demandes	1546	814	30	13	2403
	Attributions	343	203	4	2	552
	Taux de satisfaction	22 %	25 %	13%	15 %	23%
Moyenne	Demandes	1545	821	94	13	2427
	Attributions	318	240	26	2	573
	Taux de satisfaction	20,6 %	29,2 %	27,6%	15 %	23,6 %

Source : bilans AP-HP

TAUX DE SATISFACTION DES DEMANDES PAR CATÉGORIE DE SITE HOSPITALIER (2008-2010)

		Sites non parisiens	Sites parisiens	Siège	Services mutualisé	Total
2008	Demandes	1 403	679	22	34	2 138
	Attributions	381	149	7	5	542
	Taux de satisfaction	27,2 %	21,9 %	31,8 %	14,7 %	25,4 %
2009	Demandes	1 621	741	37	53	2 452
	Attributions	425	152	9	8	594
	Taux de satisfaction	26,2 %	20,5 %	24,3 %	15,0 %	24,2 %
2010	Demandes	1 592	704	36	71	2 403
	Attributions	385	119	38	10	552
	Taux de satisfaction	24,2 %	16,9 %	105,6 %	14,0 %	23,0 %
Moyenne	Demandes	1 538	708	32	53	2 331
	Attributions	397	140	18	7	562
	Taux de satisfaction	25,8 %	19,8 %	56,3 %	13,2 %	24,1 %

Source : bilans AP-HP

D'après les tableaux ci-dessus, un agent de l'AP-HP met en moyenne quatre ans pour obtenir un logement (mais cinq ans pour un agent de catégorie C, contre environ trois ans pour les agents de catégorie B et A). Enfin, le nombre des refus (630 en 2010, soit 26 %, le premier motif de refus indiqué étant l'exiguïté du logement) tendrait à démontrer qu'il existe un problème d'adéquation entre l'offre et la demande.

2.3.2.3. Taux élevé et en augmentation de locataires sans liens avec l'AP-HP

Dans son précédent rapport d'observations définitives, la chambre relevait que 26 % des logements attribués sur critères socioprofessionnels étaient occupés par des personnes n'ayant pas de liens avec l'AP-HP. Or, cette proportion s'élève désormais à 32 %⁷⁵, en hausse de six points par rapport au dernier constat de la chambre.

TYPES DE LOCATAIRES (2010)⁷⁶

		Personnel AP-HP	Non AP-HP	Total
Domaine privé	Nombre	1 930	673	2 603
	Part	74 %	26 %	100 %
BEA	Nombre	2 682	1 211	3 893
	Part	69 %	31 %	100 %
Conventions de réservation	Nombre	1 358	974	2 332
	Part	58 %	42 %	100 %
Total	Nombre	5 970	2 858	8 828
	Part	68 %	32 %	100 %

Source AP-HP / DPFLL - DLAL

Pour remédier à cette situation, l'AP-HP insère, depuis 1995, une clause de fonction dans les contrats de location du domaine privé. Cette clause fait obligation aux agents quittant l'AP-HP, y compris pour partir en retraite, de rendre leur logement. 1 295 contrats de bail sur 2 764, soit un peu moins de la moitié, contiennent désormais cette clause.

Cette clause est, en théorie, efficace. Cependant, le service en charge des logements du domaine privé de l'AP-HP n'est pas systématiquement informé par le service des ressources humaines des mutations et des retraites, ce qui est un frein à la mise en œuvre de la clause.

⁷⁵ Ce taux renvoie aux locataires logés dans le domaine privé et dans le parc social.

⁷⁶ Le domaine public ne compte pas de situations de locataires sans liens avec l'AP-HP.

Pour surmonter ces écueils, l'AP-HP, en 2011, a mis en place un contrôle administratif des situations locatives pour vérifier si des agents bénéficiant d'un logement assorti d'un bail comportant la clause de fonction étaient toujours en activité à l'AP-HP. Depuis cette année, elle a, de plus, mis en place un nouveau modèle de bail avec clause de fonction faisant obligation aux agents logés d'attester annuellement de la poursuite de leur activité à l'AP-HP. Elle a, enfin, réorganisé ses services afin de rendre plus efficace le suivi des agents couverts par cette clause.

Par ailleurs, toujours en ce qui concerne le domaine privé, 390 locataires disposant d'un bail de type « loi 1948 », 38 titulaires d'un bail « Méhaignerie » et loi de 1986 et 412 bénéficiaires d'un bail de droit commun type loi de 1989, soit un total de 840 personnes, sont jugés difficiles à expulser par l'AP-HP.

Certains bénéficiaires de ce type de bail sont des agents de l'AP-HP. Cependant, en cas de mutation ou de retraite, et sauf départ volontaire, ils viennent augmenter le nombre des locataires sans liens avec l'AP-HP. Au rythme actuel de diminution de ce type de bail (entre 15 et 30 par an), la chambre évalue à 30 à 40 ans environ, toutes choses égales par ailleurs, le délai nécessaire pour que l'ensemble des baux du domaine privé de l'AP-HP soit couvert par la clause de fonction.

La chambre relève que l'AP-HP, qui, pendant longtemps, a laissé cette situation perdurer, procède désormais à une analyse juridique des contrats de bail mentionnés *supra*, afin d'évaluer la possibilité de demander des expulsions. Elle considère, cependant, que ses marges de manœuvres sont réduites, au regard des droits dont bénéficient les occupants, de la durée des procédures d'expulsion et de leur caractère incertain.

En ce qui concerne les baux signés dans le cadre de conventions de réservation, le pourcentage de locataires sans liens avec l'AP-HP, qui s'élève à 40 %, résulte de l'économie même du système des conventions de réservation, dont les déficiences consubstantielles à ce dispositif s'imposent à l'AP-HP.

Une première difficulté provient de la rotation des locataires au sein des immeubles sur lesquels l'établissement dispose de droits de réservation. En effet, l'AP-HP risque, si elle ne présente pas de candidat, de payer une indemnité de non-occupation (loyers et charges) ou de se voir opposer l'expiration du délai de présentation d'un candidat (auquel cas elle perd son « tour » au profit d'un autre organisme). Pour maîtriser ce risque, l'AP-HP a obtenu de gérer elle-même les droits de visite des logements proposés, ce qui a fortement réduit les désistements et donc les dépassements de délai, sans les faire totalement disparaître.

Le respect des conventions par les bailleurs sociaux et leur suivi constituent un autre obstacle : les conventions ne prévoyant pas d'obligation contractuelle de compte rendu périodique sur l'état du contingent réservé, ni ne désignant précisément les logements réservés, il n'y a pas de flux d'informations réguliers entre l'AP-HP et ses partenaires. Celle-ci est donc astreinte à un suivi spécifique pour obtenir l'information qui lui est nécessaire.

Une dernière difficulté réside dans le suivi et la gestion des départs en retraite ou par mutation des agents de l'AP-HP logés. La réglementation est favorable au locataire : le départ en retraite ou le changement d'employeur ne mettent pas fin au contrat entre le bailleur et son locataire (article R. 441-11 du code de la construction et de l'habitation⁷⁷). Certes, certains bailleurs sensibilisés à la politique de l'AP-HP essaient de faire libérer les appartements. Pour autant, faute d'un système d'information adéquat entre les services des ressources humaines et du logement de l'AP-HP, certains agents restent dans leurs appartements, pour la simple raison que leur congé ne leur a pas été notifié à la suite de leur départ de l'AP-HP. En tout état de cause, ils ne sont pas expulsables.

Dans ces conditions, compte tenu des outils auxquels elle recourt, l'AP-HP ne peut optimiser complètement son offre de logements sur critères socioprofessionnels.

2.4. Appréciation générale

Si l'on retire du total les 454 logements des instituts de formation en soins infirmiers, qui sont des logements d'école de formation, l'AP-HP dispose de 10 972 logements. Son effectif étant de 87 730 agents permanents⁷⁸, le taux théorique d'agents pouvant être logés par l'AP-HP (pour raisons de service ou sur critères socioprofessionnels), dans le cadre de sa politique du logement, s'élève à 12,5 %. Selon les calculs de la chambre, le taux « réel », c'est-à-dire le taux d'agents effectivement logés, est actuellement de 7,8 %. Environ 4 000 agents supplémentaires pourraient donc être logés⁷⁹, à un coût équivalent pour l'AP-HP, si son offre de logement bénéficiait aux seuls membres de son personnel.

Toutefois, cet objectif semble difficile à atteindre, les dispositifs utilisés par l'AP-HP présentant chacun des défauts, que seules des modifications législatives ou réglementaires pourraient corriger.

3. LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION A L'AP-HP

Etablissement public de santé de dimension régionale, l'AP-HP est installée dans 37 sites. 25 d'entre eux disposent de services de soins de suite et de réadaptation (SSR) : 21 à Paris et dans cinq autres départements de la région parisienne (Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Essonne, Val-d'Oise) et quatre en dehors de l'Ile de France (hôpital maritime de Berck-sur-Mer dans le Pas-de-Calais, hôpital marin de Hendaye dans les Pyrénées-Atlantiques, hôpital San Salvador à Hyères dans le Var et hôpital Paul Doumer à Liancourt dans l'Oise).

Dans les établissements d'implantation, les SSR constituent l'activité exclusive, ou nettement dominante. Lorsqu'ils ont pour cadre un hôpital comprenant des lits de court séjour, le secteur de médecine chirurgie et obstétrique (MCO) y est, le plus souvent, très réduit⁸⁰.

La réforme en cours d'achèvement, qui assemble les hôpitaux existants en 12 groupes hospitaliers (GH), devrait faire disparaître cette spécificité sur le plan fonctionnel, si ce n'est sur le plan géographique. En effet, chaque GH comprend obligatoirement un service de SSR.

⁷⁷ Article R. 441-11 du code de la construction et de l'habitation : « le contrat de location des logements mentionnés à l'article L. 441-1 ne peut, en aucun cas, être l'accessoire d'un contrat de travail... ».

⁷⁸ Cf. plan stratégique 2010-2014, page 207.

⁷⁹ En retenant un taux de vacance de l'ordre de 5 %.

⁸⁰ 31 lits/323 à l'hôpital René Muret, 20/190 à l'hôpital Corentin Celton, par exemple.

Chevauchement des réformes touchant le secteur des soins de suite

Aux termes du code de la santé publique (CSP), et notamment de son article R. 6123-118, « l'activité de soins de suite et de réadaptation (...) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. »

La réglementation antérieure à 2008 distinguait l'activité de soins de suites et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Depuis les deux décrets du 17 avril 2008⁸¹ et la circulaire d'application du 3 octobre 2008, les deux activités ont été regroupées sous la désignation unique de « soins de suite et de réadaptation », qui se décline en neuf catégories de prises en charge spécialisées⁸², auxquelles s'ajoute une prise en charge de SSR polyvalents. Les établissements offrant des SSR sont désormais soumis à une procédure d'autorisation par la tutelle et les volets SSR des schémas régionaux de l'offre de soins (Sros SSR) ont été révisés en 2009. La phase de contractualisation entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements relative à ces nouvelles autorisations est en cours.

Par ailleurs, alors que les SSR étaient jusqu'alors financés par une dotation globale, un projet de réforme, engagé en 2009, prévoit de leur appliquer une tarification à l'activité (T2A), à compter de l'année 2013. En attendant, la dotation annuelle de financement (Daf) est modulée, pour une faible part, en fonction de la lourdeur des prises en charge.

3.1. Une offre se superposant à l'offre régionale de SSR

3.1.1. Une offre régionale de SSR suffisante, mais déséquilibrée

3.1.1.1. Une offre régionale satisfaisante en volume

En 2008, la région Ile-de-France comptait 20 159 lits et places de SSR autorisés et 18 597 lits et places installés, répartis sur 243 implantations.

A l'occasion de la révision du Sros, en 2009, l'offre a été considérée comme répondant quantitativement aux besoins de la région. Avec un taux d'équipement⁸³ moyen de 1,74, le taux moyen national⁸⁴ étant de 1,70 et le taux médian de 1,66, la région se place au septième rang des 26 régions françaises⁸⁵.

Cette saturation résulte du dynamisme de l'offre depuis une décennie. L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Ile-de-France a, en effet, eu comme objectif prioritaire, dès 1999, d'augmenter l'offre de soins en SSR, notamment par conversion de lits de médecine et de chirurgie, excédentaires dans la région.

⁸¹ Décret n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation, codifié aux articles R. 6123-118 à R. 6123-126 du CSP et décret n° 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des services de SSR, codifié aux articles D. 6124-177-1 à D. 6124-177-53 du CSP.

⁸² Appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif-métabolique-endocrinien, onco-hématologique, grands brûlés, conduites addictives, personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

⁸³ Nombre de lits et places pour 1 000 habitants.

⁸⁴ Pour la France métropolitaine.

⁸⁵ Rapport des conseillers généraux des établissements de santé sur l'évaluation des Sros SSR, février 2010.

L'hospitalisation privée a, en particulier, fortement investi le secteur. Entre 2006 et 2009, les dépenses de SSR privé ont augmenté, au niveau national, de 14 % par an.⁸⁶ En Ile-de-France, plus du tiers des structures de SRR se trouvent dans des cliniques privées.

Le Sros révisé a donc confirmé l'absence d'augmentation globale des capacités autorisées au cours de la période 2009-2012, ainsi qu'une faible croissance des volumes d'activité, en fixant le taux moyen annuel de progression des objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos) à 3,8 %, ce qui situe l'Ile-de-France au 23^{ème} rang des régions françaises⁸⁷.

3.1.1.2. Une offre déséquilibrée

L'offre régionale souffre d'un déséquilibre géographique. Certains territoires apparaissent déficitaires⁸⁸, notamment la ville de Paris, alors que des zones plus éloignées présentent des surcapacités, notamment l'Essonne (territoires 91-1 et 91-2) et la Seine-et-Marne (territoire 77-2).

L'offre est insuffisamment diversifiée. Les besoins, qui sont correctement pris en charge en ce qui concerne les SSR gériatriques⁸⁹, ne sont pas couverts dans d'autres spécialités, notamment en onco-hématologie, addictologie, digestif, pneumologie et cardiologie.

3.1.2. Une offre de l'AP-HP qui reproduit certaines caractéristiques de l'offre régionale et qui ne couvre pas la demande interne

3.1.2.1. Une offre importante, dominée par la gériatrie et inégalement répartie

Avec 4 605 lits, dont 3 811 lits de soins de suite et 874 lits de réadaptation fonctionnelle, l'activité de SSR de l'AP-HP représente un cinquième des capacités de SSR autorisées en Ile-de-France et constitue plus du quart de la capacité totale de l'établissement⁹⁰.

Les capacités de SSR ont peu varié au cours de la période sous revue. La légère baisse (2,1 %) constatée entre 2008 et 2010 fait suite à l'augmentation au cours de la période précédente, qui avait vu la création de 250 lits entre 2005 et 2009⁹¹.

L'offre SSR de l'AP-HP est très peu diversifiée. Les services de SSR gériatriques concentrent 68 % des capacités et 79 % de l'activité, alors que les autres spécialités n'occupent qu'une place résiduelle :

Spécialité	Neurologie	Cardiologie	Orthopédie	Gastro	VIH	Addictologie	Polyvalent
% d'activité	8,80 %	4 %	2,80 %	2,30%	0,30%	0,28 %	0,22 %

Source : AP-HP

La répartition géographique de l'offre est déséquilibrée : celle-ci est excédentaire au sud de la région, particulièrement dans le département de l'Essonne, et déficitaire au nord, notamment en Seine-Saint-Denis.

⁸⁶ Commission des comptes de la sécurité sociale- rapport de septembre 2010.

⁸⁷ Six régions ont un taux supérieur à 20 %.

⁸⁸ 75-1, 75-2, 77-1, 94-1 et tout le département des Hauts-de-Seine.

⁸⁹ En Ile de France, on compte 15 666 habitants de plus de 60 ans par implantation spécialisée dans la prise en charge de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, contre une moyenne nationale de 24 000 habitants et une médiane de 22 000 habitants (et de 77 459 pour la région Pays-de-la-Loire).

⁹⁰Hors unité de soins de longue durée.

⁹¹ Bilan du plan stratégique 2005-2009- ; CTCE du 26 mars 2010.

L'offre de SSR gériatriques, globalement suffisante, est implantée dans les territoires de santé extérieurs, au détriment de la population parisienne, la capitale souffrant d'un déficit estimé à 170 à 200 lits⁹². Un patient parisien sur cinq est pris en charge dans des structures SSR gériatriques situées dans la grande couronne ou dans les secteurs éloignés de la petite couronne.

3.1.2.2. Des besoins internes non couverts

En 2007, 36 385 patients sortant d'un service de court séjour de l'AP-HP ont bénéficié d'une hospitalisation en SSR. Moins de la moitié d'entre eux (15 000) ont été pris en charge par le secteur SSR de l'AP-HP, alors que 21 000 patients étaient orientés vers d'autres établissements.

L'AP-HP a évalué que sa filière gériatrique était bien organisée, mais que la couverture de ses besoins propres dans les huit autres spécialités nécessiterait l'ouverture de 455 lits, dont 160 en neurologie, 25 en orthopédie, 145 en pneumologie, 35 en addictologie, 75 en pathologies digestives, 30 en cardiologie⁹³.

3.1.3. Une double stratégie par rapport à l'offre régionale

L'AP-HP relève, désormais, du droit commun, en application de la loi « *hôpitaux patients santé territoire (HPST)* » du 21 juillet 2009, notamment en ce qui concerne l'organisation des soins à l'échelle du territoire de santé. Cette évolution se heurte au fait que, longtemps, en raison notamment de son poids et de sa dimension régionale, l'établissement a été placé dans une situation juridique spécifique.

Face à cette configuration particulière, l'AP-HP semble poursuivre une double stratégie dans le domaine des soins de suites. On constate, d'une part, une logique interne, plutôt promue par le siège, et, d'autre part, une recherche de proximité, plutôt relayée par le corps médical.

3.1.3.1. Une démarche interne relativement déconnectée des territoires de santé

Au regard de l'origine des patients, il apparaît que les SSR assurent prioritairement l'aval des séjours de l'AP-HP⁹⁴. Cette orientation est souhaitée par l'AP-HP.

Un recrutement extraterritorial important pour certains sites

Certains établissements de l'AP-HP offrant des SSR ont un recrutement extraterritorial supérieur à 50 % et constituent les filières d'aval de l'AP-HP, au détriment des populations du territoire de santé.

Dans le territoire 91-1, 22 % des patients hospitalisés dans les services de SSR de l'hôpital Joffre-Dupuytren étaient, en 2010, domiciliés à Paris et 7,5 % dans les Hauts-de-Seine.

⁹² Note interne du 11 septembre 2009.

⁹³ Note de la direction de la politique médicale du 11 septembre 2009, reprise par le conseil exécutif du 16 mars 2010.

⁹⁴ Soixante-deux et demi pour cent (15 000/24 000) des séjours de SSR de l'AP-HP concernent des patients provenant d'un service de MCO de l'AP-HP, contre 17 % pour les patients provenant d'un autre établissement.

Quarante-trois pour cent des admissions concernaient des patients hospitalisés auparavant dans un service MCO de l'AP-HP. Ce taux était de près de 70 %, pour l'hôpital Emile Roux à Limeil-Brevannes, alors que les établissements⁹⁵ les plus importants du bassin de santé n'appartiennent pas à l'AP-HP.

Dans le Val-de-Marne, le recrutement extraterritorial est également important. Les patients issus de l'AP-HP forment 93 % des admissions en SSR à l'hôpital Charles Foix, 60 % à l'hôpital Bicêtre, 70 % à l'hôpital Paul Brousse et 75 % à l'hôpital Albert Chenevier. 40 % des patients de SSR de l'hôpital Charles Foix sont domiciliés à Paris.

Une démarche renforcée par la restructuration en 12 groupes hospitaliers

Le regroupement des 37 sites en 12 groupes hospitaliers risque d'accentuer la relative autonomie de l'AP-HP par rapport à l'offre régionale, en donnant à chaque groupe hospitalier un caractère « *autosuffisant* ». Les SSR ont, en effet, vocation à être représentés dans chacun des groupes hospitaliers.

La définition de ces groupes ne prend pas davantage en compte le nouveau découpage à l'échelon départemental, prévu par le prochain Sros, qu'il ne le faisait pour les territoires de santé. Les regroupements sont souvent interdépartementaux⁹⁶ et ont, avant tout, vocation à permettre à l'AP-HP de constituer en son sein des filières cohérentes, d'optimiser le parcours de ses patients et d'améliorer l'efficacité de ses services de MCO.

Ils répondent également à une logique universitaire, soutenue par l'AP-HP lors de la réflexion préalable au nouveau découpage territorial. Les groupes épousent, en effet, les contours des unités de formation et de recherche (UFR) de médecine d'Ile-de-France.

Une tendance que la réforme du secteur SSR n'a pas modifiée

Dans le cadre de la révision du Sros SSR, les sept projets de création de SSR spécialisés répondent aux besoins propres de l'AP-HP, notamment en cancérologie, pathologie respiratoire et pathologie digestive.

Les travaux préparatoires à la révision du Sros III ont, par ailleurs, donné à l'AP-HP l'occasion de rappeler la vision centralisée de sa stratégie. Alors que toutes les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (Ddass), à l'exception de la Ddass de Paris, s'étaient adressées directement aux établissements de l'AP-HP offrant des SSR, sans en aviser le siège, l'AP-HP a imposé une validation centralisée des réunions et des fiches correspondantes avant transmission à la tutelle. Elle a fait savoir que la participation des établissements à ces réunions n'emportait aucun engagement contractuel de la direction générale.

⁹⁵ CH sud francilien, CH d'Etampes, de Dourdan, de Longjumeau.

⁹⁶ Par exemple le GH Sainte-Perrine (75)-Ambroise Paré (92)-Raymond Poincaré (92)-Berck (62), ou le GH Bichat (75)-Bretonneau (75)-Charles Richet (95)-Louis Mourrier (92).

3.1.3.2. Une démarche de proximité, constatée sur le terrain, relayée par le corps médical

Le projet médical⁹⁷ indique que « *la dimension territoriale, promue par la loi HPST, constitue un élément déterminant pour l'AP-HP, qui entend mieux adapter son offre de soins aux différents bassins de population qu'elle dessert* », notamment en répondant mieux « *aux besoins spécifiques de la petite couronne de Paris* ».

Cette logique a été retrouvée dans deux des sites examinés lors du contrôle.

L'hôpital Raymond Poincaré, situé dans l'ouest parisien, spécialisé en SSR neurologiques, constitue l'aval privilégié des services de neurologie de l'hôpital Foch de Suresnes et de l'hôpital André Mignot de Versailles, qui n'appartiennent pas à l'AP-HP, mais sont très proches géographiquement. En revanche, il reçoit peu de patients en provenance d'hôpitaux de l'AP-HP disposant de tels services (La Pitié-Salpêtrière, Tenon, Lariboisière), situés dans l'est parisien.

L'hôpital Sainte-Perrine, consacré majoritairement aux SSR gériatriques, a également un très fort recrutement local. Plus de 75 % des patients sont domiciliés dans le 16^{ème} arrondissement de Paris ou à Boulogne-Billancourt. Ce recrutement local est un choix du corps médical, par ailleurs fortement sollicité, comme le montre l'importance des taux de refus.

Un rééquilibrage semble, en outre, se dessiner dans l'Essonne. A l'hôpital Joffre, les recrutements issus de l'AP-HP sont ainsi passés de 56 % à 43 % entre 2008 et 2010, et de 47 % à 37 % à l'hôpital Georges Clémenceau. En revanche, l'hôpital Emile Roux continue de recruter majoritairement des patients de l'AP-HP (66 % en 2008 et 68 % en 2010).

La prise en compte des critères de proximité varie en proportion inverse de la spécialisation des services. L'hôpital Albert Chenevier, qui se prévaut d'un ancrage territorial très fort et offre un large éventail de spécialités, illustre cette tendance : alors que 70 % des patients de SSR gériatriques sont domiciliés sur le territoire de santé et 90 % dans le département, ces taux tombent respectivement à 55 % et 74 % pour les unités de SSR locomoteur, 40 % et 60 % pour les unités de neurologie et de cardiologie et 30 % et 43 % pour les unités de SSR digestif.

Les SSR « *de recours* » peuvent avoir une dimension régionale ou même nationale, comme à l'hôpital de Garches.

3.1.3.3. Les alternatives du plan stratégique 2010-2014

Les orientations du plan stratégique confortent, en partie, la stratégie interne visant, notamment, à assurer une plus grande efficacité des services MCO de l'AP-HP.

Le redéploiement des lits de SSR a été étudié à partir d'une modélisation destinée à augmenter la performance du secteur MCO⁹⁸.

⁹⁷ Plan stratégique 2010-2014.

⁹⁸ Dans les services de court séjour d'orthopédie, il a été constaté que la durée moyenne de séjour doublait lorsqu'un séjour SSR était prévu, compte tenu des difficultés à trouver un lit d'aval.

L'AP-HP souhaite donc ouvrir des lits de soins de suites pour s'assurer de filières autonomes et accroître le nombre de séjours de MCO dans certaines spécialités, notamment en hématologie et en pneumologie, ainsi qu'en cancérologie, compte tenu de l'importance de cette activité pour l'établissement.

Cependant, dans le cadre financier contraint imposé par la tutelle, et compte tenu de la saturation globale du secteur, toute création d'activité nouvelle ne pourrait s'envisager qu'en procédant par redéploiement, à moyens constants. Le rééquilibrage géographique au profit de Paris et du nord de l'Ile-de-France devrait donc s'accompagner d'une réduction des capacités au sud de la région. Cette hypothèse risquerait de se heurter, selon la direction, aux contraintes créées par la situation géographique du domicile de nombre d'agents.

Ces différentes contraintes ont mis en exergue les alternatives de la direction dans l'application de la stratégie en matière d'offre régionale de soins. En 2010, elle hésitait entre deux options consistant, soit à mieux couvrir les besoins en SSR de l'établissement dans les différentes spécialités, soit à renforcer les coopérations avec les partenaires hors AP-HP⁹⁹.

Tant au regard du contexte actuel, difficile, que dans l'optique de la loi « *hôpital, patients, santé, territoires* », la chambre ne peut qu'encourager le développement des coopérations.

3.2. Performances de l'établissement

La performance globale des services de SSR et les relations avec la tutelle ont été étudiées à l'échelle de l'établissement, par le biais d'entretiens et de questionnaires adressés au siège. L'analyse du fonctionnement des services, notamment du parcours du patient, a été réalisée à partir d'un échantillon de trois sites représentatifs, choisis sur les conseils du siège :

- l'hôpital Sainte-Perrine, comptant 172 lits de SSR gériatriques ;
- l'hôpital Raymond Poincaré, spécialisé en SSR neurologiques ;
- l'hôpital Albert Chenevier, fusionné avec l'hôpital Henri Mondor, qui présente une offre diversifiée de SSR (appareil locomoteur, neurologie, pathologies cardiovasculaires, pathologies digestives, gériatrie).

3.2.1. Un dialogue de gestion avec les tutelles imprégné d'incertitude

3.2.1.1. Conformité des procédures d'autorisation

L'AP-HP dispose actuellement de 25 autorisations de SSR pour ses 25 établissements concernés. Vingt-deux sites ont obtenu une autorisation en SSR de gériatrie, 13 en neurologie, quatre en cardiologie et en conduites addictives (dont une autorisation transitoire), trois en appareil locomoteur et en digestif, deux en respiratoire.

Le volet SSR révisé du SROS d'Ile-de-France a été publié en décembre 2009 et les nouvelles demandes d'autorisation ont été notifiées en septembre 2010.

⁹⁹ Conseil exécutif du 16 mars 2010. Le CTCE du 26 mars 2010 mentionne, parmi les critères de redéploiement de lits de SSR, le taux de couverture régionale des besoins en SSR par territoire de santé et la part des patients parisiens dans les structures SSR de la grande couronne.

La phase de contractualisation est actuellement en cours, mais les orientations récentes de la tutelle en matière de SSR apparaissent fortement restrictives. Par une circulaire du 19 mai 2010, la direction générale de l'offre de soins suggérait, en effet, aux agences régionales de santé (ARS) « *la plus extrême prudence* » dans la délivrance des autorisations, afin de respecter l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) 2010 et dans la double perspective de la prochaine révision du Sros III¹⁰⁰ et de la publication des projets régionaux de santé pour l'été 2011.

3.2.1.2. Une discussion des objectifs quantifiés d'offre de soins (Oqos) interrompue en 2011

La discussion des Oqos a été conditionnée en 2010 par la sous-utilisation des capacités ouvertes au Sros III, dont le taux de réalisation était de 82 % en hospitalisation complète. La plupart des sites n'atteignaient pas les objectifs cibles¹⁰¹. Seuls sept établissements sur 25 avaient dépassé les Oqos¹⁰². En hospitalisation partielle, le taux de réalisation était, en revanche, de 99 %.

Dans le cadre de la révision du SROS III, il n'était donc pas prévu d'Oqos supplémentaires au cours de la période 2011-2015. L'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'AP-HP était en cours de signature, à la date de clôture de l'instruction de la chambre.

La discussion des Oqos a été interrompue à la fin de la période sous revue. En effet, la circulaire relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé dispose que « *de nouvelles modalités de régulation de l'activité hospitalière entreront en vigueur au cours de l'année 2011* ». Les objectifs de répartition de l'offre de soins (Oros) se substituent désormais aux Oqos et devront être déclinés par les ARS, dès la publication du Sros PRS.

Ces modifications itératives placent l'établissement dans une situation d'incertitude quant à la reconfiguration de son offre de soins de SSR.

3.2.2. Ressources humaines

3.2.2.1. Effectifs de personnel non médical (PNM)

Avec 3 871,9 emplois temps plein (ETP), l'effectif de personnel non médical affecté aux SSR représente, en 2010, 5,3 % du total des agents de l'AP-HP. Il a diminué légèrement (- 0,6 %) au cours de la période examinée. Les aides soignants constituent plus de la moitié des effectifs (58,3 %), suivis des infirmiers (29 %).

3.2.2.2. Répartition des effectifs selon les établissements (annexe n° 14)

L'effectif moyen était de 0,85 ETP de personnel non médical par lit de SSR en 2010, la moyenne étant de 0,5 ETP pour les aides soignants (AS) et de 0,24 ETP pour les infirmiers diplômés d'Etat (IDE).

¹⁰⁰ Soit une seconde révision du Sros en moins de deux ans, après celle prévue par le décret du 17 avril 2008 comme devant intervenir dans les 18 mois.

¹⁰¹ Les écarts les plus marqués étaient constatés pour le groupe Lariboisière-F.Widal (76 %), Rothschild (33 %), La Pitié (42 %), Corentin Celton (73 %), Bigottini (74 %), Charles Foix (66 %), Bicêtre (60 %).

¹⁰² Centres hospitaliers de Bretonneau (104 %), Bichat (107 %), Emile Roux (100,5 %), G. Clémenceau (102 %), Louis Mourier (104 %), P. Brousse (103 %) et C. Richet (108 %).

La densité des personnels de soins diffère fortement d'un site à l'autre et peut varier du simple au triple : les hôpitaux Sainte-Perrine et Raymond Poincaré disposent de 0,54 ETP par lit, alors que les hôpitaux Bicêtre (1,8 ETP/lit), Rothschild (1,45 ETP) et Corentin Celton (1,26 ETP/lit) ont une densité bien supérieure.

Elle est également très variable selon les spécialités. Les taux les plus bas (autour de 0,6) sont plutôt retrouvés en gériatrie (hôpitaux Sainte-Perrine, René Muret, Joffre-Dupuytren, Emile Roux) et les taux élevés dans les spécialités d'orthopédie (hôpitaux Corentin Celton, Rothschild) ou de neurologie (hôpital Avicenne).

La répartition des effectifs à l'hôpital Albert Chenevier, dont le taux d'encadrement est élevé par rapport à la moyenne des hôpitaux de l'APHP, illustre cette variabilité. Ce site, très diversifié, offre cinq spécialités de SSR : appareil locomoteur, neurologie, cardiologie, pathologies digestives et gériatrie.

Spécialités	Gériatrie	Cardiologie	Neurologie	MPR	Digestif
Nbre de lits/ 1 médecin	19	16,7	19,7	8	18,5
Nbre de lits / 1 IDE	3,8	2,6	2,7	2,1	2,3
Nbre de lits/1AS	1,7	2,6	2,4	4,4	2,3
Nbre lits/1 kiné	19	14,8	13,8	5,7	32

Source: hôpital Albert Chenevier

La spécialité de médecine physique et réadaptation (locomoteur) y est particulièrement consommatrice de personnel médical et de kinésithérapeutes, contrairement à la gériatrie, secteur dans lequel ce sont les aides soignantes qui sont plus nombreuses.

Une étude de la productivité des agents de l'AP-HP, qui offre six spécialités, est donc difficile.

Cependant, pour une même spécialité, en l'occurrence la gériatrie, la densité de personnel non médical peut varier du simple au double : certains sites, tels les hôpitaux Paul Brousse, Louis Mourier ou Charles Richet, semblent sur-dotés en personnel par rapport à leurs homologues que sont, par exemple, les établissements Sainte Perrine, Bretonneau, Emile Roux ou Dupuytren.

3.2.2.3. Les difficultés de recrutement

Elles touchent principalement les postes d'infirmières, d'où un recours important à l'intérim et aux heures supplémentaires.

Cette pénurie n'est pas spécifique aux services de soins de suite et s'explique, en partie, par les conditions de vie en Ile-de-France, caractérisées par les difficultés de logement et de transports. Cette problématique n'est toutefois pas retrouvée chez les aides soignantes, dont le recrutement est satisfaisant.

Le recrutement des médecins ne rencontre pas de difficultés sur les trois sites de l'échantillon.

3.2.3. La performance des SSR de l'AP-HP

3.2.3.1. Evolution de l'activité et du taux d'occupation

L'activité de soins de suite de l'APHP a augmenté au cours de la période, qu'il s'agisse du nombre d'entrées (+ 4,3 %) ou de journées (+ 0,9 %). Cette augmentation est régulière, ce qui constitue une tendance plutôt favorable.

Le taux d'occupation global des services de SSR de l'AP-HP est proche de 90 % au cours de la période examinée¹⁰³. Il est éminemment variable selon les sites, allant de 43 % à l'hôpital de la Pitié à plus de 100 % à l'hôpital Bretonneau.

Les taux d'occupation sont faibles en neurologie, inférieurs à 80 %, alors que le nombre de places est insuffisant au regard des besoins. Ils s'expliqueraient par les permissions de sortie accordées aux patients, pendant lesquelles les lits sont gardés vacants en prévision de leur retour.

Les difficultés de recrutement et les vacances de postes d'infirmiers peuvent également être en cause, lorsqu'elles nécessitent la fermeture temporaire de lits, comme à l'hôpital Sainte-Perrine en 2009.

3.2.3.2. Durée moyenne de séjour (DMS)

La DMS en soins de suites est à l'AP-HP de 57 jours¹⁰⁴, bien supérieure à la durée moyenne constatée à l'échelle nationale en soins de suites, qui était de 32,7 jours en 2009¹⁰⁵.

Elle est variable selon les établissements. Globalement, les séjours sont plus courts dans les services de réadaptation fonctionnelle que dans les services consacrés aux soins de suite¹⁰⁶. La DMS est plus courte à Paris (45 jours) qu'en banlieue (78 jours).

Le manque de structures d'aval, plus ou moins aigu selon les spécialités, est le premier facteur de cet allongement.

Les « séjours extrêmes », de plus de trois mois en SSR, identifiés comme correspondant à des patients vulnérables, porteurs de pathologies lourdes et en situation d'« impasse sociale »¹⁰⁷, pénalisent fortement la DMS globale de l'établissement.

Une étude faite en 2010 par la coordination des services sociaux hospitaliers retraçait les principales problématiques rencontrées lors de ces séjours extrêmes. Elle montrait que, sur 441 patients dont le délai moyen d'hospitalisation en SSR était de 111 jours, 83 % étaient âgés de plus de 75 ans, 51 % avaient un déficit moteur lourd, 80 % présentaient un trouble cognitif, plus de 50 % étaient complètement dépendants et 68 % ne pouvaient retourner à leur domicile, malgré leur souhait (pour diverses raisons : isolement, ressources faibles, absence de protection sociale complète, logement inadapté).

¹⁰³ Source : SAE.

¹⁰⁴ Chiffres SAE 2009.

¹⁰⁵ Données SAE reprises par la Fédération hospitalière de France (FHF) – finances hospitalières – février 2011.

¹⁰⁶ En 2009, la DMS était de 53 jours à l'hôpital Sainte-Perrine, contre 46 jours à l'hôpital Raymond Poincaré, où la totalité des 308 lits de moyen séjour est consacrée à la réadaptation fonctionnelle et 32,5 jours à l'hôpital Albert Chenevier (143 lits de réadaptation fonctionnelle sur 235).

¹⁰⁷ Etude réalisée en 2008 et en 2010 par les cadres socio-éducatifs de l'AP-HP sur les problématiques sociales.

A titre d'exemple, l'hôpital Sainte-Perrine compte 10 lits de soins de suite en psychogériatrie, où la durée de séjour moyenne particulièrement longue (132 jours) entraîne un allongement conséquent de la DMS globale de l'établissement.

Tous les responsables rencontrés, administratifs comme médicaux, s'accordent pour juger excessive la DMS en SSR de l'AP-HP et reconnaissent qu'elle est proche du double de la DMS constatée à l'échelle nationale¹⁰⁸. L'objectif d'une DMS cible de 40 jours, à atteindre progressivement, a été proposée en 2009¹⁰⁹. A cet égard, la dotation annuelle de fonctionnement de chaque site est modulée, pour une faible part, en fonction de l'indice de performance de la DMS.

3.2.4. Le parcours du patient

Maillon intermédiaire entre le court et le long séjour, ou le retour au domicile, l'activité de SSR est au cœur de la fluidité du parcours du patient.

3.2.4.1. L'articulation avec l'amont¹¹⁰

En tant que structure d'aval, le séjour de SSR est un élément clé de la réduction de la durée de séjour en MCO. Il constituerait, à hauteur de 25 % de ses lits, le régulateur de performance du service de MCO.

L'articulation avec les services de court séjour de l'AP-HP paraît perfectible, notamment avec celui de la gériatrie aiguë, dont l'indicateur de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) n'est pas optimal¹¹¹, alors qu'*a priori*, l'offre de SSR gériatriques est suffisamment développée. Les services de gériatrie aiguë des hôpitaux Georges Clemenceau, Joffre-Dupuytren¹¹² ou Charles Foix ont un IPDMS particulièrement médiocre, comparé à celui des hôpitaux Ambroise Paré¹¹³, Louis Mourier, Emile Roux ou Henri Mondor.

L'âge moyen des patients ne semble pas intervenir, puisque l'hôpital Ambroise Paré a la plus forte proportion de patients de plus de 80 ans (96 %), alors que ce ratio est de 63 % à l'hôpital Joffre-Dupuytren et de 60 % à l'hôpital Georges Clémenceau.

Procédures d'admission

L'admission est prononcée par décision médicale.

Aucun des trois sites visités lors du contrôle de la chambre n'avait mis en place de commission d'admission. C'est une cellule d'admission qui centralise les demandes à l'hôpital Sainte-Perrine, après examen des dossiers par un médecin. A Garches, une équipe médicale pluridisciplinaire hebdomadaire étudie les demandes, et les médecins se déplacent au besoin dans les unités neuro-vasculaires des principaux établissements adresseurs, l'hôpital Foch et l'hôpital de Versailles.

Les établissements ne disposent pas d'outil, du type d'un tableau de bord, qui permette le suivi des demandes d'admission.

¹⁰⁸ Note interne du 11 septembre 2009 qui cite une moyenne nationale en SSR polyvalent de 32 jours.

¹⁰⁹ Note interne complémentaire aux éléments de cadrage du projet médical des GH, 11 septembre 2009.

¹¹⁰ Annexe n° 15.

¹¹¹ 1,13 (correspondant à une DMS globale de 13,1 jours), l'indice de référence étant de 1 (DMS de 11 jours).

¹¹² DMS respectivement de 17,6 jours et de 15 jours.

¹¹³ IPDMS= 0,88- pour une DMS de 10 jours.

Le logiciel « *Trajectoire* »¹¹⁴ est utilisé de façon encore inégale. Il est très peu développé à l'hôpital Sainte-Perrine, mais commence à être utilisé à l'hôpital Raymond Poincaré.

Listes d'attente

En raison de l'organisation de circuits courts reposant sur les relations directes qu'entretiennent les équipes médicales, les délais d'attente sont minimes ou inexistant dans les trois établissements examinés dans le cadre du présent contrôle.

A l'hôpital Albert Chenevier, qui a fusionné avec l'hôpital Henri Mondor, les nombreux patients venant de cet établissement sont adressés directement et il n'y a pas de délai d'attente.

Il en est de même à l'hôpital Sainte-Perrine, où le délai d'attente est inférieur à 48 heures. La demande d'admission en SSR est faite dès l'entrée du patient dans le service de gériatrie aiguë de l'hôpital Ambroise Paré, principal établissement adresseur. Le délai d'attente correspond, alors, à la durée d'hospitalisation dans ce service et ne perturbe en rien la fluidité du parcours du patient.

A Garches, qui comporte des unités très spécialisées, dont le recrutement est régional et même national, les admissions se font au fil de l'eau, mais les délais ne dépassent pas une semaine.

Taux de refus

Les établissements rencontrés ont une forte demande, liée notamment à leur localisation privilégiée (hôpital Sainte-Perrine) ou à leur renommée (hôpital Raymond Poincaré).

Les taux de refus sont importants : quatre refus sur cinq demandes à l'hôpital Raymond Poincaré, un sur deux à l'hôpital Sainte-Perrine.

Dans la quasi-totalité des cas, les refus sont motivés par une situation médicale ne relevant pas de la structure demandée. Dans les rares cas où un manque de places est à l'origine du refus, le critère de résidence et de proximité est déterminant.

Outils de la planification

Face à la redéfinition de l'offre de soins de SSR, l'AP-HP avait prévu de se doter de nouveaux outils¹¹⁵, tels la tenue d'annuaires de l'offre de SSR par filière, la mise en place de pratiques communes d'admission, l'adoption d'un logiciel de gestion pour piloter le dispositif et la mise en place de rapports d'activités standardisés.

Il semble que l'outil « *Trajectoire* » réponde aux principales questions évoquées ci-dessus. Son déploiement complet au niveau de l'AP-HP est prévu pour fin 2011¹¹⁶.

¹¹⁴ L'outil « *Trajectoire* » est un logiciel d'aide à l'orientation, s'appuyant sur une fiche standardisée de demande d'admission et un annuaire internet de l'offre de soins en SSR.

¹¹⁵ Note interne du 14 novembre 2008 déjà citée.

¹¹⁶ ARS Ile-de-France, état de développement de *Trajectoire* à l'AP-HP, 3 mai 2011. En mai 2011, le logiciel était complètement déployé dans un site et en cours de déploiement dans 11 sites.

3.2.4.2. Les difficultés de l'articulation avec l'aval¹¹⁷

La filière d'aval des SSR constitue la difficulté majeure rencontrée par le secteur, comme en témoigne la longueur de la DMS. La sortie est problématique, notamment en gériatrie, en raison d'un faible taux de retour à domicile et du mode de financement des établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et en neurologie, par manque de structures spécialisées dans le polyhandicap.

Une des missions des SSR est une prise en charge de proximité, suivie d'un retour du patient à son domicile.

A l'AP-HP, 54 % seulement des patients regagnent leur domicile après un séjour en SSR, alors que ce retour a lieu dans 62,3 % des cas en Ile-de-France et dans 68,6 % au niveau national¹¹⁸.

Les sites consacrés aux SSR gériatriques sont particulièrement concernés. A l'hôpital Sainte-Perrine, moins de la moitié des patients réintègrent leur logement à l'issue d'un séjour en SSR. Ce constat est, cependant, nuancé par le fait que la patientèle de cet hôpital est une des plus âgées de l'AP-HP¹¹⁹.

Quand un retour au domicile n'est pas envisageable, l'accueil dans une structure médico-sociale de type Ehpad entraîne une contribution financière du patient, au titre de l'hébergement. En cas de demande d'aide sociale, la sortie peut être retardée par la constitution du dossier et l'attente de son attribution par le département. Certains patients, en situation d'« *impasse sociale* », ne sont, quant à eux, acceptés dans aucune structure.

A l'inverse, en cas de SSR spécialisé comme à l'hôpital Raymond Poincaré, la sortie avec retour au domicile survient dans près de 80 % des cas. Néanmoins, pour certains patients, relativement jeunes, stabilisés, mais lourdement handicapés, la sortie est compliquée en raison du manque de structures d'aval adaptées, tels les foyers d'accueil médicalisés (Fam) ou les maisons d'accueil spécialisées (Mas). L'accueil, très sélectif dans ces établissements, nécessite souvent des recherches sur l'ensemble du territoire national¹²⁰.

3.2.4.3. L'adéquation des séjours et des passages

La discipline présente un caractère composite et les frontières entre les stades évolutifs peuvent être, à première vue, imprécises.

Néanmoins, la prise en compte de critères exclusivement médicaux semble à même de garantir une bonne adéquation des séjours lors de l'admission. Les séjours inadaptés sont principalement la conséquence de l'insuffisance des structures d'aval et, dans une moindre mesure, du déséquilibre entre les différentes spécialités de SSR.

Des pathologies trop lourdes, qui appellent le développement de spécialités plus pointues

¹¹⁷ Annexe n° 16.

¹¹⁸ Source : ARS.

¹¹⁹ En 2009, 91 % des patients avaient plus de 75 ans et 83 % plus de 80 ans. L'hôpital Sainte-Perrine occupe la troisième place en ce domaine après l'hôpital de Vaugirard, qui compte 93 % de patients âgés de plus de 75 ans et 90 % de plus de 80 ans, et l'hôpital Broca (respectivement 96 % et 88 %).

¹²⁰ L'admission dans ces structures peut nécessiter plus de 20 demandes par patient.

Certains patients accueillis en SSR présentent des séquelles particulièrement lourdes à l'issue de leur séjour en MCO et nécessitent une assistance médico-technique importante (patients ayant subi une trachéotomie ou une gastrostomie).

Lors de l'instruction, la chambre a constaté qu'un raccourcissement des séjours de MCO, résultant d'arbitrages prenant en compte des critères économiques, n'apparaissait pas plausible.

L'absence de structures intermédiaires entre les services de réanimation et le SSR semble, en revanche, être en cause dans certains cas, notamment à l'hôpital de Garches. Dans cette perspective, la création d'un service de rééducation post-réanimation (SRPR), comme il en existe dans certains hôpitaux français, a été demandée par l'hôpital, et le dossier a été validé par le Cros.

Des pathologies chroniques, cumulant handicap et dépendance, prises en charge en SSR en raison des carences du secteur médico-social

L'inadéquation des séjours en SSR relève principalement de patients stabilisés dont la sortie s'avère problématique, qu'ils soient âgés, mais dépendants, ou plus jeunes, mais polyhandicapés. Cette problématique est la conséquence des difficultés propres aux filières d'aval du SSR.

Certains patients âgés restent en SSR faute d'une place en Ehpad, y compris dans des territoires *a priori* favorisés (hôpital Sainte-Perrine).

Des patients plus jeunes, dépendants et polyhandicapés, sans solution de sortie par manque de structure d'aval adaptée, demeurent hospitalisés en SSR neurologiques. A l'hôpital de Garches et à l'hôpital Albert Chenevier, une hospitalisation sur cinq relèverait de ce type de situation, qu'il s'agisse notamment des séquelles de traumatismes crâniens graves ou des tétraplégies.

L'hôpital maritime de Berck, bien que classé en SSR, semble constituer une structure d'aval intégrée de l'hôpital Raymond Poincaré, à l'instar des trois autres établissements hors Ile-de-France de l'AP-HP, qui jouent plutôt le rôle de maison d'accueil spécialisée. Les DMS dans ces quatre établissements sont, d'ailleurs, très longues, supérieures à 100 jours.

La concurrence du secteur privé

La proportion de séjours inadéquats est, selon certains responsables médicaux, accentuée par la concurrence des établissements privés dans le champ des SSR.

Cette concurrence serait, selon eux, jugée « *agressive* », au motif qu'elle réserverait au secteur public l'accueil des patients les plus lourds, qui, une fois stabilisés, ont moins de chances d'être accueillis dans une structure d'aval. Elle participerait donc à l'inadéquation des séjours dans les services de SSR publics.

Les SSR gériatriques, structures d'accueil pour les pathologies les plus diverses

Théoriquement, les patients âgés de plus de 75 ans sont admis en SSR gériatriques pour une prise en charge globale en raison de leur polypathologie et/ou de leur dépendance.

Dans la pratique, certains patients sont hospitalisés dans les unités de SSR gériatriques en raison d'un manque de places en SSR spécialisés. 40 % des prises en charge dans ces unités relèveraient de spécialités (cardiologie, neurologie, orthopédie) en lien avec le vieillissement, qui justifieraient une orientation thématique.

A titre d'exemple, 21 % des patients hospitalisés en court séjour d'orthopédie sont âgés de plus de 75 ans. A leur sortie, 40 % d'entre eux (soit 2 400 séjours) sont accueillis dans des unités de SSR gériatriques de l'AP-HP, faute de place en SSR d'orthopédie.

De même, tous les patients atteints de cancer n'ont pas la possibilité de bénéficier d'un séjour en soins de suite d'oncologie. La population concernée est importante, très hétérogène, et chaque service a organisé ses propres filières. Certains patients sont accueillis en SSR polyvalents, d'autres en SSR gériatriques, d'autres en unité de soins palliatifs. L'orientation des patients dont la prise en charge est la plus lourde, en raison d'une importante altération de leur état général, est particulièrement difficile.

Dans certains cas, les SSR gériatriques accueillent des patients trop jeunes. 15 % des journées de SSR gériatriques concernaient, en 2008, des patients de moins de 75 ans. Les suites d'accident vasculaire cérébral prises en charge par les SSR gériatriques concernaient, par exemple, des patients de moins de 75 ans, à hauteur de 50 équivalent-lits¹²¹.

Pour remédier à ces inadéquations, préjudiciables à la qualité des soins, l'AP-HP souhaite redéployer son offre de SSR spécialisés hors gériatrie et obtenir de nouvelles autorisations. Elle souhaite également identifier et structurer, au sein des SSR gériatriques, des secteurs thématiques correspondant à certaines pathologies et les adosser à des SSR et à des services MCO des spécialités correspondantes.

3.3. Le financement des SSR

L'activité de soins de suite des établissements publics de santé est financée par une dotation globale, au même titre que l'activité de psychiatrie.

3.3.1. La répartition de la dotation annuelle de financement (Daf)

3.3.3.1. L'enveloppe régionale

Chaque année, le ministère répartit entre les régions une enveloppe destinée au financement des SSR et de la psychiatrie dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)¹²².

Le taux d'évolution national moyen des tarifs des prestations de SSR et de psychiatrie, fixé par arrêté, était de 0,61 % en 2011. Un taux moyen est, ensuite, déterminé pour chaque région. Il était de 0,28 % en 2011 pour l'Ile-de-France, soit un des plus faibles au niveau national¹²³. Chaque ARS partage les crédits entre le secteur psychiatrique et le secteur soins de suite¹²⁴, puis entre les établissements de la région.

¹²¹ Sur la base des journées PMSI réalisées dans les SSR gériatriques, on peut repérer des prises en charge précises et les transformer en « *équivalent-lits* », selon des hypothèses de DMS moyenne de 40 à 45 jours, et estimer le nombre de lits occupés par les patients concernés.

¹²² Ex-établissements participant au service public hospitalier (PSPH). Les cliniques privées sont, quant à elles, financées par un prix de journée.

¹²³ Trois régions avaient, par exemple, un taux supérieur à 1 % (Limousin, Alsace, Bretagne).

¹²⁴ Sauf pour l'AP-HP, où c'est le siège qui opère cette répartition.

L'enveloppe SSR de l'AP-HP représente 38 % de l'enveloppe SSR régionale.

Daf (en M€)	Daf SSR	Daf SSR /Daf régionale totale	Daf psy	Daf psy/Daf régionale totale	Daf totale
AP-HP	463	17%	122	4%	586
Espic	423	15%	215	9%	637
EPS	305	11%	1 200	44%	1 505
Total Région	1 191	44%	1 537	56%	2 728

Source : ARS Ile-de-France, chiffres 2011

3.3.1.2. Evolution de la Daf de l'AP-HP et répartition entre les différents hôpitaux/groupes hospitaliers

Daf AP-HP (en M€)	2007	2008	2009	2010	2011
Daf globale (cpté 731-17)	546,521	562,721	581,861	585,514	586
Daf SSR	423,058	437,475	454,499	457,152	463
Produits de la tarification non pris en charge par l'assurance maladie (732-14)	6,393	5,831	6,469		
Forfaits journaliers SSR (732-72)	22, 057	21, 804	22, 021		
TOTAL	451,508	465,11	483		

Source : comptes de gestion, données fournies par la DEF (2010 et 2011)

La dotation globale annuelle de financement des SSR n'a augmenté que faiblement à compter de 2010, et les produits du titre II, provenant des organismes complémentaires de protection sociale et des forfaits journaliers, qui sont liés à l'activité, ont stagné entre 2007 et 2009.

Le siège répartit la Daf entre les différents sites sur une base historique, pondérée par l'introduction, récente et très mesurée, d'un critère d'efficience, prenant en compte la lourdeur des prises en charge et la longueur de la DMS.

3.3.2. Préparation du passage à la T2A

Pour préparer au financement à l'activité dans le secteur des soins de suite, un modèle intermédiaire a été introduit au cours de la campagne tarifaire 2009. La Daf a été modulée progressivement en fonction de l'activité produite, dans une proportion de 2,5 % en 2009, puis de 5 % en 2010 et 2011, comme en témoigne le document joint en annexe n° 17.

3.3.2.1. Un indice de modulation élevé, qui conduit à considérer l'AP-HP comme sur-dotée pour son activité SSR

L'indice de modulation pour l'AP-HP, calculé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et communiqué par l'ARS, était de 1,117 en 2009 et de 1,070 en 2010. L'établissement est donc considéré comme sur-doté en ce qui concerne sa dotation globale¹²⁵.

La modulation nationale, appliquée sur une fraction de 5 % de la DAF, a engendré, pour l'AP-HP, une perte de recettes de 1,5 M€ en 2010, et, théoriquement, de 1,3 M€ en 2011, ce qui explique l'arrêt de la progression de la Daf.

¹²⁵ Cette constatation confirme les conclusions du rapport des conseillers généraux des établissements de santé, déjà cité, qui indiquait que le coût moyen journalier des SSR était, en 2008, de 259 € pour l'AP-HP, contre 210 € pour la moyenne des établissements de France métropolitaine.

L'AP-HP risque donc d'être fortement pénalisée par le passage à un financement complet par la T2A.

En effet, la valeur du point IVA de l'établissement était, en 2010, de 0,1614 € alors que la valeur du point national était de 0,15 € d'où une sur-dotation de 7,7 %. En 2011, la valeur du point IVA de l'établissement était de 0,15 € alors que la valeur du point national était de 0,14 € d'où une sur-dotation globale de 6,6 %, en légère diminution¹²⁶.

Certes, la valeur moyenne du point IVA de la région Ile-de-France, supérieure de 10,4 % à la valeur du point national en 2010, est encore plus élevée que celle de l'AP-HP. Il n'en demeure pas moins qu'un financement par la T2A à 100 % aurait théoriquement conduit à une diminution des recettes SSR de 32,5 M€ en 2010¹²⁷.

3.3.2.2. Un recueil des données jugé satisfaisant

Le recueil des données permettant le codage de l'activité SSR est lourd et administrativement complexe. Il implique le concours de quatre catégories de soignants : médecins, infirmiers, aides soignants et kinésithérapeutes.

Selon le directeur de l'information médicale (Dim) du siège, l'exhaustivité du codage est de 99,9 % à l'AP-HP.

L'établissement ne présente plus les données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) dans des tableaux dits « *Mahos* », cette présentation ayant été jugée peu efficace et dépassée dans le cadre de la spécialisation. Depuis 2008, l'analyse est faite par spécialités et sous-spécialités.

Chaque site dispose d'une antenne Dim, qui produit les résumés hebdomadaires de séjours (RHS) et les transmet au siège. Ce dernier les transmet lui-même à l'ATIH par plateforme sécurisée. La transmission des RHS se fait au fil de l'eau, selon un rythme hebdomadaire, tel que recommandé par la tutelle, et non par séjour. Une remontée consolidée a lieu chaque trimestre.

Cependant, certains responsables, notamment médicaux, estiment que le système de codage de l'AP-HP est beaucoup moins performant que celui du secteur privé. Le sous-investissement en matière de logiciels d'aide au codage et de formation des DIM serait en cause.

Quoi qu'il en soit, la qualité du codage, si elle est avérée, devrait faire disparaître une opportunité de « *rattrapage* » des recettes en T2A par une amélioration dans la valorisation des RHS.

3.3.2.3. Une comptabilité analytique relativement fiable

L'utilisation de la comptabilité analytique en tant qu'outil de gestion interne apparaît comme un complément naturel de la T2A, en incitant l'établissement à une gestion plus efficiente.

L'AP-HP dispose d'une comptabilité analytique par établissement.

La production des retraitements comptables

¹²⁶ ARS Ile-de-France, « *Le financement des soins de suite et de réadaptation* », 6 juin 2011.

¹²⁷ Soit 7,7 % de la DAF 2010, diminuée du compartiment « *molécules onéreuses-missions d'intérêt général-plateaux techniques spécialisés* », financé par une enveloppe séparée et évalué à 7,9 % de la masse financière totale allouée aux SSR (ARS Ile-de-France, « *Le financement des soins de suites et de réadaptation – problématique et illustration en région Ile de France* », 6 juin 2011).

457,152 M€ x 0,921 = 421,036 M€

421,036 M€ x 0,077 = 32,419 M€

Le retraitement comptable faisant apparaître le coût de l'activité de SSR a été validé sans itération par l'ARS en 2009. La campagne d'élaboration du retraitement comptable de 2010 n'était pas lancée lors de l'instruction du présent contrôle.

En 2009, le montant total des charges nettes majorées du secteur SSR s'élevait à 469,9 M€ Les charges directes représentaient 60 % des coûts et les charges induites 40 %, dont 33 % pour les charges de logistique générale et 4,8 % pour les charges de structure.

Cette répartition est proche de la répartition globale dans l'ensemble des établissements de santé de la région. Le montant des charges de structure, notamment, n'est pas plus élevé que celui de la moyenne des établissements de la région :

en % des charges totales	APHP	données régionales
charges directes nettes	60 %	56,20 %
charges médico-techniques	2 %	1,60 %
charges de structure	4,80 %	4,80 %
charges logistiques et gestion générale	33 %	34,50 %

Sources : AP-HP et ARS Ile-de-France

Au regard du retraitement comptable, l'activité de SSR apparaissait bénéficiaire en 2009 : les recettes totales liées au secteur, qui se montaient à 483 M€, couvraient, en effet, largement ses coûts, évalués à 469,9 M€

Un fichier commun de structure qui apparaît cohérent et exhaustif

L'établissement a organisé son fichier commun (Ficom) en sections d'analyse, auxquelles sont rattachées les charges. Les sections d'analyse s'articulent correctement avec les unités fonctionnelles, qui correspondent aux différents sites. Elles sont subdivisées en services, entités élémentaires à partir desquelles la collecte des données PMSI est organisée. Tous les sites de l'établissement produisant des SSR figurent au Ficom.

3.3.2.4. Anticipation de la T2A

En raison des incertitudes concernant les tarifications dans le cadre de la T2A, l'établissement n'a pas prévu de réorienter son offre de soins en fonction des critères de recettes futures. La logique de réponse à une demande de soins, de santé publique et de structuration de filières cohérentes continue de prévaloir.

Des simulations pour réduire les coûts de certains sites seraient toutefois nécessaires, afin d'anticiper la correction éventuelle de la sur-dotation. Les différences de productivité des personnels, notamment entre les sites spécialisés en gériatrie, mériteraient d'être analysées. Les taux d'occupation pourraient également être améliorés, en particulier dans les services de neurologie.

ANNEXE n° 1

Fonds de roulement net global

ACTIF	2 007	2 008	2 009	PASSIF	2 007	2 008	2 009
BIENS STABLES				FINANCEMENT STABLE			
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	363 636 308	463 253 012	559 649 360	Apports	1 353 947 811	1 354 085 356	1 335 205 042
Immobilisations incorporelles	362 535 403	462 255 034	559 245 400	Excédents affectés à l'investissement	509 102 225	528 611 840	563 562 310
Charges à répartir	1 100 904	55 453		Subventions affectées à l'investissement	16 448 282	23 856 685	30 432 383
Prime remboursement Obligations	-	447 524	403 959	Emprunts et dettes assimilées	1 166 298 578	1 573 906 603	1 876 605 909
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	8 043 481 763	8 479 565 995	8 932 470 832	Amortissement	5 283 115 442	5 594 576 520	5 941 604 239
Terrains	182 870 354	186 947 304	187 208 814	Dépréciation des immobilisations	-	-	-
Immobilisations en cours-Terrains			313 361				
Constructions	4 109 022 504	4 273 911 821	4 542 704 467				
Constructions en cours	492 641 373	374 576 186	129 843 167				
Installations matériel outillage et autres immobilisations	3 039 346 360	3 196 457 199	3 333 776 127				
Installations, matériel et autres immo en cours	334 478		828				
Avances et acomptes sur commandes immo corporelles	217 514 226	445 921 017	736 871 600				
Immobilisations reçues en affectation	1 752 468	1 752 468	1 752 468				
Immobilisations affectées ou mise à disposition	-	-	-				
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	68 025 265	67 381 098	44 454 295				
Participations et créances rattachées	25 533 825	25 533 825	-				
Autres immobilisations financières	42 491 440	41 847 273	44 454 295				
Total biens stables	8 475 143 336	9 010 200 105	9 536 574 487	TOTAL des financements stables	8 328 912 338	9 075 037 004	9 747 409 883
FRI NEGATIF	- 146 230 998			FRI POSITIF		64 836 899	210 835 396

ANNEXE n° 2

Fonds de roulement d'exploitation (FRE)

--

ANNEXE n° 3

Besoin en fonds de roulement (BFR)

VALEURS D'EXPLOITATION				DETTES D'EXPLOITATION			
ACTIF	2 007	2 008	2 009	PASSIF	2 007	2 008	2 009
Stocks	41 860 830	49 312 740	78 497 385	Dettes fournisseurs	287 400 177	193 671 934	217 629 642
Hospitalisés et consultants	261 353 470	255 785 281	272 812 388	Dettes fiscales et sociales	174 219 425	172 174 595	168 509 226
Caisses de SS	593 485 256	734 650 321	718 308 254	Avances reçues	313 704 898	107 252 773	109 324 168
Départements	30 819 776	27 739 822	30 664 420	Dettes sur immobilisations	49 334 373	13 583 740	11 615 578
Mutuelles et autres tiers payants	107 314 747	119 495 263	140 245 677	Autres dettes diverses	68 168 693	85 322 345	98 628 499
Créances admises en NV	-	-	-	Recettes à classer ou à régulariser	60 767 203	75 326 350	89 695 457
Etat et collectivités locales	-	-	1 504 320				
Autres créances	167 864 138	193 503 547	207 537 711				
Dépenses à classer	3 681 140	2 978 026	4 612 787				
TOTAL VALEURS D'EXPLOITATION	1 206 379 357	1 383 465 000	1 454 182 942	TOTAL DETTES D'EXPLOITATION	953 594 769	647 331 737	695 402 570
Besoin en fond de roulement	252 784 588	736 133 263	758 780 372	EFE	-	-	-

ANNEXE n° 4

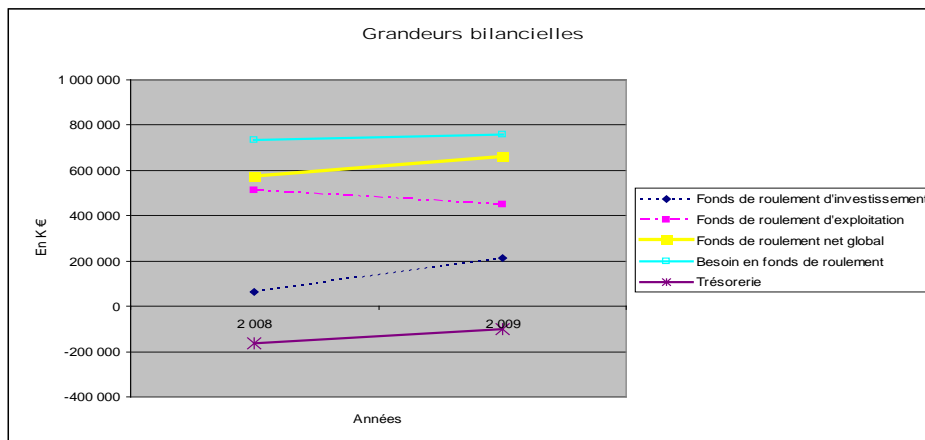
Trésorerie

ACTIF	2 007	2 008	2 009	PASSIF	2 007	2 008	2 009
LIQUIDITES				FINANCEMENTS A COURT TERME (PASSIF)			
Disponibilités	3 829 913	1 277 206	2 792 024	Fonds en dépôt	12 161 617	12 313 972	11 853 843
Dotations attendues	-	-	-	ICNE	10 814 476	10 938 186	10 851 331
				Crédits de trésorerie	-	139 130 000	78 740 000
Liquidités	3 829 913	1 277 206	2 792 024	Total financements à court terme	22 976 093	162 382 158	101 445 174
TRESORERIE POSITIVE	-	-	-	TRESORERIE NEGATIVE (total liquidités - Financements à court terme)	-19 146 180	-161 104 95	-98 653 151

Sources : comptes financiers

ANNEXE n° 5

Bilan fonctionnel : Conclusion



Source : comptes financiers

ANNEXE n° 6

Soldes intermédiaires de gestion (SIG), formation du résultat

En M€	2008			2009		
	Idaho	AP-HP	Ecart	Idaho	AP-HP	Ecart
Produits bruts d'exploitation	6 839,24	6 276,06	563,18	6 915,94	6 342,17	573,77
Consommations intermédiaires	2 436,64	1 870,62	566,02	2 458,79	1 855,03	603,76
Valeur ajoutée	4 402,60	4 405,44	-2,84	4 457,15	4 487,14	-29,99
Excédent brut d'exploitation	303,20 4,43%	334,33 5,33%	-31,13	333,09 4,82%	387,03 6,10%	-53,94
Marge brute	307,05 4,49%	307,05 4,89%	0,00	331,09 4,79%	331,09 5,22%	0,00
Résultat d'exploitation	42,07	42,07	0,00	-77,28	-77,28	0,00
Résultat courant	-16,06	-16,06	0,00	-130,85	-130,85	0,00
Résultat exceptionnel	26,57	26,57	0,00	55,55	55,55	0,00
Résultat net	10,51	10,51	0,00	-75,30	-75,30	0,00

Source : comptes financiers

ANNEXE n° 7**Résultat d'exploitation**

Calcul du résultat d'exploitation en K€	2008 CONSOLIDE	2009 CONSOLIDE
Marge brute (1)	307 055	331 086
+ reprises sur amortissements et provisions (2)	191 704	123 456
- dotation aux amortissements (3)	335 000	378 489
- dotations aux provisions (4)	121 685	153 335
Résultat d'exploitation 5=(1)+(2)-(3)-(4)	42 074	- 77 283

Source : comptes financiers

ANNEXE n° 8**Résultat courant**

En K€	2 008	2 009
Résultat d'exploitation 5=(1)+(2)-(3)-(4)	42 074	- 77 283
produits financiers (6)	2 093	3 484
charges financières (7)	60 231	57 055
résultat financier 8=(6)-(7)	- 58 138	- 53 571
Résultat courant 9=(5)+(8)	- 16 064	- 130 854
produits exceptionnels (10)	184 459	188 419
charges exceptionnelles (11)	157 887	132 868
Résultat exceptionnel 12=(10)-(11)	26 572	55 551
Résultat net 13=(9)+12)	10 508	-75 302

Source : comptes financiers

ANNEXE n° 9

Résultat exceptionnel

Part de chaque CRP dans le résultat exceptionnel

En M€	Charges			Produits			Résultat			Résultat	
	2008	2009	Ecart	2008	2009	Ecart	2008	2009	Ecart	2008	2009
CRP H	148,33	128,42	-19,91	152,40	174,85	22,45	4,07	46,43	42,36	15,32%	83,58%
CRP A	1,71	2,15	0,44	29,91	10,08	-19,82	28,19	7,93	-20,26	106,10%	14,28%
CRP B	7,77	2,14	-5,63	1,92	3,18	1,25	-5,85	1,04	6,89	-22,00%	1,88%
CRP C	0,07	0,16	0,09	0,23	0,31	0,08	0,15	0,14	-0,01	0,58%	0,26%
Total	157,89	132,87	-25,02	184,46	188,42	3,96	26,57	55,55	28,98	100,00%	100,00%

Source : comptes financiers TGAP

ANNEXE n° 10

Ventilation du résultat exceptionnel par type d'opérations

	2008				2009			
	Courant	Antérieur	Capital	Provision	Courant	Antérieur	Capital	Provision
CRP H	-1,19	10,86	-2,60	-3,00	15,69	30,16	-8,08	8,66
CRP A	0,65	1,89	25,66	0,00	0,71	1,96	5,26	0,00
CRP B	-0,40	-5,44	0,00	0,00	-0,11	1,16	0,00	0,00
CRP C	0,10	0,02	0,03	0,00	0,04	0,04	0,07	0,00
Total	-0,84	7,32	23,10	-3,00	16,33	33,32	-2,75	8,66

Source : comptes financiers TGAP

ANNEXE n° 11

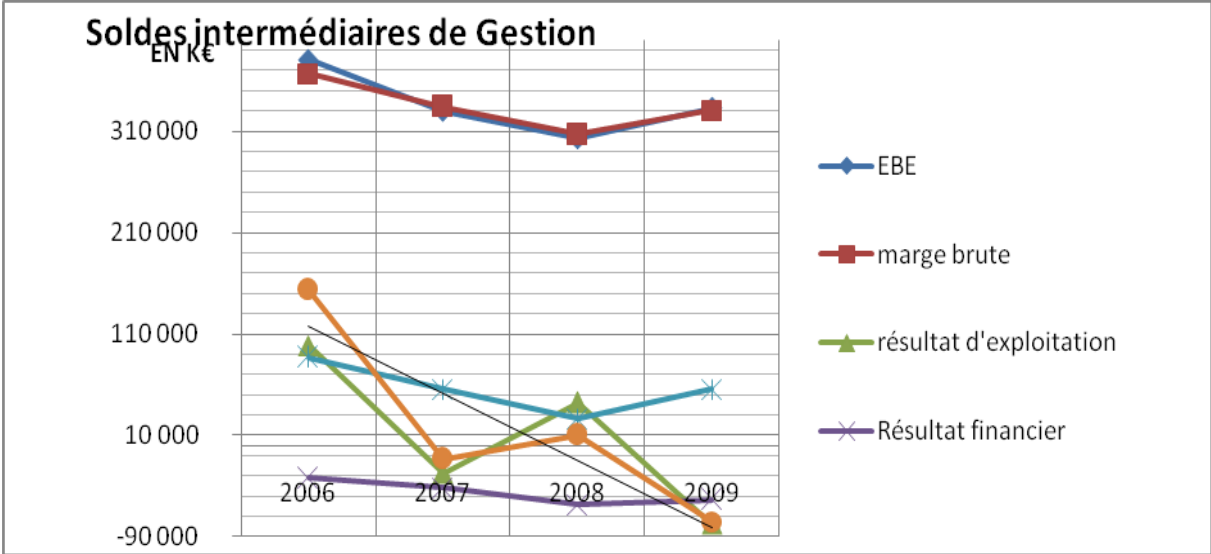
Résultat net

Résultat net dans les EPRD

En €	Résultats issus des EPRD			
	CF2008(2010)	CF2009 (2011)	CAA2010(2011)	Prévi2011(2011)
Résultat_H	-20 627 569	-93 539 891	-114 375 205	-139 072 891
Résultat_B	-3 610 913	-1 639 010	-1 668 540	0
Résultat_E	0	0	711 343	0
Résultat_P	0	0	364 317	0
Résultat_C	330 420	4 746 265	424 022	0
Résultat_A	35 382 579	15 395 847	15 667 588	15 439 827
Résultat_consolidé	11 474 517	-75 036 789	-98 876 475	-123 633 064

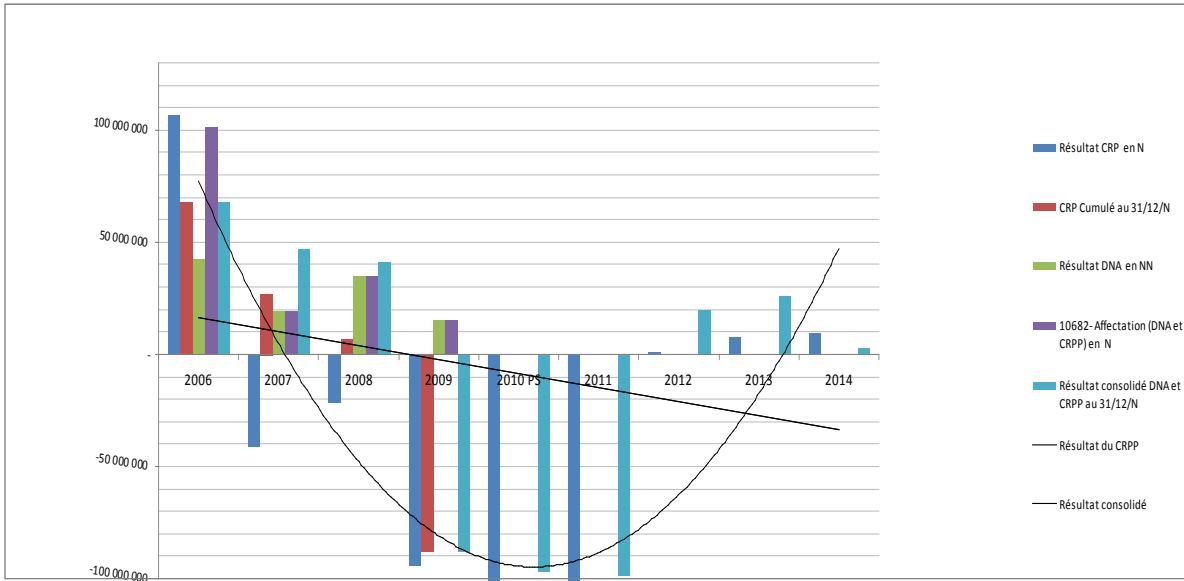
Source : comptes financiers

ANNEXE n° 12 : Synthèse des SIG



ANNEXE n° 13

Comparaison des évolutions tendanciennes des comptes financiers et des prévisions du plan stratégique



Source : PS 2010-2014

ANNEXE n° 14

REPARTITION DES EFFECTIFS SELON LES SITES

TS	Hôpital	Lits SSR	Spécialité	TOC	ETP 2009	ETP 2010	ETP/lit 2010
75-1	Lariboisière	104	Gériatrie Neurologie	91%	58,8	59,1	0.56
	Bretonneau	76	Gériatrie	102%	33,7	46,6	0.61
	Bichat	60	Gériatrie	93,5	61,6	61,2	1.02
75-2	Rotschild	94	Gériatrie Orthopédie Neurologie	83,70%	112,1	136,6	1.45
	Pitié	156	Neurologie	43%	149	154,5	0.99
	Broca	136	Gériatrie	94%	99,9	83,7	0.61
75-3	Cochin	17		91%			
	Vaugirard	124	Gériatrie	96,8	93,7	101,1	0.81
	Ste Perrine	172	Gériatrie	83,8	98,8	93	0.54
93	René Muret	323	Gériatrie	83,22%	209,6	203,1	0.62
	Avicenne	23	Neurologie		19,5	18,8	0.81
	Bicêtre	47			89,1	88	1.8
91	Dupuytren	359	Gériatrie			266,9	0.74
	E. Roux	409	Gériatrie	94	295,3	291,1	0.71
	Clemenceau	185	Gériatrie	93			
94	A Chenevier	235	Gériatrie Neurologie Cardiologie Orthopédie Digestif	86	273,8	256,1	1.08
	Charles Foix	289	Gériatrie neurologie	54	243,5	218,4	0.75
	Paul Brousse	206	Gériatrie	87,3	197,9	194,9	0.94
92	Louis Mourrier	30	Gériatrie	97,4	27,3	27	0,9
	R.Poincaré	308	neurologie	90	170,1	168	0.54
	C.Celton	190	Gériatrie orthopédie	95,7	182	241,6	1.26
95	Ch Richet	145	Gériatrie	97,1	161,3	156,2	1,07
64	H maritime	320		94			
62	H maritime	200					
83	San Salvador	348			346,8	349,6	1
Total		4596			3 895,90	3871,9	0.85

ANNEXE n° 15

LES MODES D'ENTREE

Modes d'entrée	2008		2009		2010	
	Nbre	part/ total	nbre	part/ total	Nbre	part/ total
entrée directe	4 596	19%	4 492	18,60%	4 817	19,4%
mutation court séjour	14 823	61,40%	14 873	61,7%	14 980	60,4%
mutation long séjour	91	0,30%	127	0,5%	87	0,35%
mutation psy	36	0,10%	33	0,13%	24	0,09%
mutation SSR	193	0,80%	142	0,58%	129	0,52%
transfert court séjour	4 133	17,10%	4 193	17,4%	4 545	18,3%
transfert long séjour	53	0,20%	51	0,2%	79	0,3%
transfert psy	8	0,03%	11	0,04%	7	0,02%
transfert SSR	173	0,70%	166	0,58%	117	0,4%
Total	24 106	100%	24 088	100%	24 785	100%

Source : siège, documents adressés par le Dim

ANNEXE n° 16

LES MODES DE SORTIEAP-HP

Modes de sortie	2008		2009		2010	
	Nbre	part/ total	nbre	part/ total	nbre	part/ total
décès	1 909		1 972		1 888	4,8%
domicile	13 149	54%	13 135	54%	13 454	54,6%
HAD	187		77		123	0,4%
structure médico-sociale	2 407	9,9%	2 655	10,7%	2 705	10,9%
transfert/mutation court séjour	3 908	16%	4 151	17%	4 115	16,7%
transfert/mutation long séjour	1 581		1 599		1 488	6%
transfert/mutation psy	54		40		34	0,1%
transfert/mutation SSR	933		658		804	3,2%
	24 128		24 287		24 611	100%

Source : Dim SSR

Sainte-Perrine

Modes de sortie	2008		2009		2010	
	nbre	part/ total	nbre	part/ total	nbre	part/ total
décès	166	14,4%	107	10,7%	120	11,5%
domicile	513	44,6%	461	46,1%	500	48,1%
HAD	11	0,9%	12	0,1%	6	0,5%
structure médico-sociale	182	0,9%	170	17%	154	14,8%
mutation court séjour	166	14,4%	162	16,2%	142	13,9%
mutation long séjour	98	8,5%	76	7,6%	105	10,1%
transfert/mutation psy						
transfert SSR	13	1,1%	8	0,8%	8	0,7%
	1 149	100%	998	100%	1 039	100%

Raymond Poincaré

Modes de sortie	2008		2009		2010	
	nbre	part/ total	nbre	part/ total	Nbre	part/ total
décès	2		0		0	0
domicile	676	81,60%	658	80%	713	78,30%
HAD	15					
structure médico-sociale	1		1		1	0,10%
mutation court séjour	73	8,80%	75	9,20%	109	11,90%
mutation long séjour	5		3		5	0,54%
transfert/mutation psy						
transfert SSR	56		76		82	9%
	828		813		910	100%

ANNEXE n° 17**LA PREPARATION DU PASSAGE A LA T2A**

A partir d'une description standardisée de l'activité résultant du recueil de données PMSI, mesurée selon un indice de valorisation de l'activité (IVA), une ressource théorique est calculée au niveau national¹²⁸, à l'instar de la tarification des séjours en MCO. Chaque résumé hebdomadaire de sortie (RHS) génère un certain nombre de points IVA, en fonction de huit variables fournies par le PMSI.

La ressource théorique de chaque établissement, obtenue en multipliant ce nombre de points IVA par la valeur nationale du point, en y ajoutant les montants des molécules onéreuses, des missions d'intérêt général et des plateaux techniques, est, ensuite, rapportée au montant de la Daf notifiée. L'écart éventuellement constaté permet d'établir si l'établissement est sur-doté ou sous-doté et de moduler, en conséquence, le niveau de Daf.

Le ratio rapprochant ces deux valeurs est dénommé « *indice de modulation* ». Ainsi entendu, un établissement dont l'indice de modulation est supérieur à l'unité est considéré comme sur-doté et celui dont l'indice est inférieur est considéré comme sous-doté.

¹²⁸Sont exclus du calcul des compartiments de financement spécifiques, plateaux techniques, molécules onéreuses et missions d'intérêt général.