



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
(AP-HM)
(Département des Bouches-du-Rhône)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 22 juin 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	8
RECOMMANDATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
1 PRESENTATION GENERALE	13
1.1 Un établissement pilier du système de santé régional	13
1.2 Un établissement qui a tardé à se doter d'outils stratégiques	14
1.2.1 Un projet d'établissement qui présente des fragilités	14
1.2.1 Le plan de transformation accompagnant le projet d'établissement.....	15
1.2.2 Une organisation polaire inachevée, frein à la réforme des organisations.....	15
1.3 Une activité atone exposée à une forte concurrence du secteur privé	16
2 LA FIABILITE DES COMPTES.....	20
2.1 Des comptes certifiés sans réserve depuis l'exercice 2017.....	20
2.2 Une sécurisation du circuit comptable à finaliser rapidement	21
2.3 Les effets de la certification des comptes sur le bilan	22
3 UNE SITUATION FINANCIERE QUI DEMEURE FRAGILE.....	24
3.1 Une information financière peu transparente.....	24
3.2 Une exploitation redevenant excédentaire sous l'effet de la progression des produits	25
3.2.1 Une évolution des produits du budget principal marquée par la crise sanitaire	26
3.2.2 Des charges alourdies par le poids de la dette et accrues par la crise sanitaire	29
3.2.3 L'excédent brut d'exploitation et la marge brute.....	31
3.2.4 Un résultat net qui reste très insuffisant malgré une évolution positive	32
3.3 Une structure bilancielle fortement dégradée	33
3.3.1 Un niveau d'investissement, hors projet de modernisation, qui reste insuffisant.....	33
3.3.2 Une capacité d'autofinancement insuffisante sur toute la période	34
3.3.3 Une dette historique trop lourde et d'une durée de vie résiduelle encore trop élevée	35
3.3.4 Des emprunts obligataires trop onéreux	36
3.3.5 Des financements à court terme très onéreux pour maintenir la trésorerie à flot	39
3.3.6 Un équilibre bilanciel à terme incertain.....	41
4 LA PRISE EN CHARGE DE LA PANDEMIE.....	43
4.1 Les conséquences de la pandémie sur l'activité de l'établissement	43
4.2 L'organisation de l'AP-HM face à la pandémie	45
4.2.1 L'adaptation capacitaire à la prise en charge de la crise sanitaire	45
4.2.2 La gestion des déprogrammations	47
4.2.3 La gestion des lits de réanimation.....	48
4.2.4 La gestion des personnels pendant la pandémie	49
4.3 La coopération avec les autres établissements.....	50
4.4 Les conséquences financières de la pandémie	51
4.4.1 En recettes.....	51
4.4.2 En dépenses	52
5 LES RESSOURCES HUMAINES.....	53
5.1 Un contexte défavorable au plan de transformation	53
5.2 Des processus de gestion des ressources humaines inachevés	53

5.3	Un système d'information des ressources humaines insuffisamment piloté	55
5.3.1	Présentation du système.....	55
5.3.2	L'architecture de l'organisation du SIRH.....	57
5.3.3	La sécurisation des flux d'entrée dans le SIRH	58
5.3.4	Les agents « dormants » dans le SIRH	60
5.4	Une stabilité des effectifs sur la période 2016-2020.....	61
5.5	Des charges de personnels stables sur la période (actualisation 2019).....	62
5.6	L'évolution des rémunérations du personnel non médical	64
5.6.1	L'évolution des rémunérations du personnel médical	65
5.6.2	Les rémunérations principales	65
5.6.3	La nouvelle bonification indiciaire	66
5.6.4	Un régime indemnitaire normalisé	68
5.7	Le temps de travail.....	71
5.7.1	Les heures supplémentaires rémunérées du PNM	71
5.7.2	Une balance horaire des PNM à évaluer.....	73
5.8	L'existence de cumuls d'activités irréguliers	73
5.8.1	Des agents de l'AP-HM intérimaires pour le compte de leur employeur principal.....	74
5.8.2	Des cumuls d'emplois irréguliers dans un établissement privé.....	75
5.8.3	Approche par échantillon des cumuls irréguliers d'emplois.....	77
5.9	Un contrôle perfectible de la situation individuelle des agents	77
5.9.1	Les bénéficiaires de l'allocation mensuelle du fonds de solidarité des médecins	78
5.9.2	La poursuite des activités au-delà de l'âge limite fixé par les textes.....	78
5.9.3	L'allocation d'aide au retour à l'emploi	81
5.9.4	Un octroi des logements de fonction à rationaliser.....	82
5.10	L'absentéisme, problème structurel de l'AP-HM.....	85
5.10.1	Un absentéisme très pénalisant pour l'établissement.....	85
5.10.2	Des plans de lutte contre l'absentéisme tardifs et inopérants	87
5.10.3	Un recours à l'intérim insuffisamment suivi	89
6	LA GESTION DU PATRIMOINE DE L'AP-HM	91
6.1	Le patrimoine de l'AP-HM.....	91
6.1.1	Un patrimoine important et mal connu	91
6.1.2	Le domaine public hospitalier	93
6.1.3	Le domaine privé hospitalier	95
6.2	Une gestion mal optimisée du patrimoine de l'AP-HM	96
6.2.1	Des objectifs qui peinent à être mis en œuvre	96
6.2.2	Des outils ciblés sur la maintenance technique.....	96
6.2.3	Un suivi perfectible des baux à prendre ou à donner.....	97
6.2.4	Des biens vacants insuffisamment contrôlés	101
6.2.5	Des baux à réhabilitation non suivis	102
6.2.6	Les baux emphytéotiques du domaine privé sous évalués.....	103
6.3	L'organisation de la sécurité des locaux de l'AP-HM.....	109
6.3.1	La situation des différents sites de l'AP-HM.....	110
6.3.2	Le conventionnement avec le Bataillon des marins pompiers.....	111
6.3.3	Le gardiennage des locaux.....	112
7	LA POURSUITE DU PROJET DE MODERNISATION	114
7.1	Un projet réévalué de 36 % et ralenti par la pandémie	114
7.1.1	Des dépenses prévisionnelles revues à la hausse.....	114
7.1.2	Une réalisation à encadrer plus fermement.....	116

7.2 Des modalités de financements incertaines	117
8 LA GESTION DE LA PLATEFORME LOGISTIQUE	119
8.1 Un bilan de fonctionnement à 6 ans, du PPP, défavorable à l'AP-HM	119
8.1.1 Un bénéfice du recours au PPP non mesuré	119
8.1.2 Un financement annuel plus important que prévu	120
8.1.3 Les clauses contractuelles du PPP.	121
8.2 Des conditions anormales de fonctionnement de la plateforme	123
8.2.1 Les conditions d'accès et d'environnement.....	123
8.2.2 Les conditions réglementaires de fonctionnement de la plateforme.....	124
8.3 Une fonction logistique ne répondant pas aux attentes.....	126
8.3.1 Une gestion des processus qui présente des failles.....	126
8.3.2 Une gestion non optimisée des moyens humains	127
ANNEXES	129

SYNTHÈSE

Avec des recettes d'1,55 Md€ en 2020, l'assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) est le 3^{ème} centre hospitalier universitaire (CHU) de France derrière les hospices civils de Lyon et l'assistance publique des hôpitaux de Paris qui occupent respectivement la seconde et la première place. L'AP-HM autrement dénommée hôpitaux universitaires de Marseille est le pilier du projet régional de santé de la région Provence Alpes Côte d'azur (PACA) et est investie, aux côtés du CHU de Nice qui couvre la partie Est de la région, des missions de formation, de recherche, de prévention et d'éducation à la santé.

L'établissement est avec 16 600 équivalents temps plein rémunérés le premier employeur public de la région PACA. La gestion des ressources humaines s'est normalisée grâce à la mise en place de procédures de contrôles impulsées par la certification des comptes. Néanmoins l'établissement doit s'atteler à la définition d'une stratégie plus offensive de gestion prévisionnelle des effectifs et surmonter un handicap majeur induit par un niveau très élevé d'absentéisme de son personnel soignant. Sans établir de lien direct avec cette difficulté la chambre a toutefois relevé des cumuls irréguliers d'activité d'agents de l'AP-HM dans des établissements de santé privés.

Fortement concurrencée sur sa zone d'attractivité par un secteur privé pléthorique qui capte la progression régionale de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique, l'AP-HM voit ses ressources d'activité progresser très faiblement. L'établissement est fortement handicapé par le poids d'une dette ancienne, frôlant le milliard d'euros, dont le remboursement mobilise une part sans cesse croissante de ses produits au détriment des investissements et du fonctionnement courant.

La gestion de l'important patrimoine immobilier de l'AP-HM est également perfectible. Les défauts de formalisation et de suivi des biens qu'elle détient ont pour effet de priver l'AP-HM d'une source de recettes annuelles de près de 850 000 €. La mise en œuvre d'une gestion patrimoniale efficiente est pourtant un levier important de l'équilibre économique du plan de modernisation projeté par l'établissement.

La gestion de la plateforme logistique, construite et exploitée dans un contrat de partenariat public privé (PPP), affiche un bilan financier des six premières années d'exploitation du PPP qui excède de 10 M€ HT les prévisions d'exploitation. Si l'établissement a mis en place un comité de pilotage pour mieux maîtriser les clauses contractuelles du PPP, la plateforme souffre de défauts structurels et de l'existence de dysfonctionnements induits par des facteurs exogènes que l'établissement ne pourra résoudre sans l'aide des pouvoirs publics comme par exemple les contraintes de l'accès nord.

L'année 2020, marquée par l'entrée dans une crise sanitaire toujours en cours au début de 2022, a mis en lumière le rôle pivot de l'AP-HM dans l'organisation du système de santé au niveau régional. Malgré des conditions d'exercice très difficiles, la structure a su trouver les ressources internes d'organisation et de résilience pour s'adapter à cette situation exceptionnelle par son ampleur et sa durée. Les effets conjoncturels sur son activité ont été largement compensés par les dispositifs financiers mis en œuvre par l'État.

2020 est également l'année de l'approbation par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) du projet de modernisation des différents sites de l'AP-HM. Ce projet de restructuration immobilière de grande ampleur a pour objectif principal de moderniser et rationaliser les deux sites les plus importants de l'AP-HM, la Timone et l'hôpital nord, deux immeubles de grande hauteur,

vieillissants et inadaptés aux enjeux actuels de prise en charge des patients. Le point d'équilibre du projet est la restructuration du pôle mère enfant regroupant sur le site de la Timone, les deux maternités de la Conception et de la Timone.

Nonobstant les efforts faits par l'établissement pour sortir d'un déficit structurellement ancré depuis des années, sa situation bilancielle à fin 2020 reste caractérisée par un déficit cumulé atteignant encore 550 M€. L'insuffisance de capitaux propres obère fortement sa capacité à mener un projet patrimonial de l'envergure de celui projeté sans aggraver sa situation bilancielle. L'engagement fort de l'État et des collectivités territoriales, engagés dans le plan de financement, à hauteur respective de 238 M€ et 130 M€ ne permet pas de contourner cette difficulté structurelle. Le montant total du projet de modernisation a déjà dérivé de 36 % entre son dépôt en janvier 2020 et la dernière version actualisée en octobre 2021 passant de 336,90 M€ à 456,98 M€.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Tenir les engagements pris à l'issue du dernier contrôle de la chambre pour mettre en œuvre, sans délai, la refonte des pôles, la signature des contrats afférents et l'activation du suivi de l'activité par les comptes de résultats analytiques.

Recommandation n° 2 : Reconstituer rapidement le fonds de roulement net global en poursuivant et intensifiant les efforts entrepris et en recherchant une aide extérieure pour y parvenir.

Recommandation n° 3 : S'approprier la gestion du système d'information des ressources humaines (SIRH) pour fiabiliser, sécuriser et administrer les données qui s'y trouvent.

Recommandation n° 4 : Régulariser les baux à donner ou à prendre et mettre en place un suivi rigoureux de leur exécution.

Recommandation n° 5 : Prendre l'attache de la direction de l'immobilier de l'État pour rechercher une solution adaptée à la récupération des pertes annuelles sur les baux emphytéotiques.

Recommandation n° 6 : Poursuivre la mise en place d'un dispositif de pilotage de l'ensemble du projet de modernisation.

INTRODUCTION

La chambre est compétente pour procéder au contrôle des comptes et de la gestion de l'AP-HM en vertu des articles L. 111-15, L. 211-3 et R. 111-1 du code des juridictions financières (CJF) et l'arrêté du Premier président de la Cour des comptes déléguant aux chambres régionales des comptes la compétence pour l'examen des comptes et de la gestion des établissements publics de santé, du 12 décembre 2017 pour les exercices de 2018 à 2022.

La chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur a inscrit à son programme de travail pour l'année 2019, le contrôle des comptes et de la gestion de l'assistance publique hôpitaux de Marseille (AP-HM) à compter de l'exercice 2016. Ce contrôle a été suspendu au stade du rapport d'instruction à fin d'observations définitives en raison du contexte sanitaire lié à la pandémie de Covid 19.

Afin de compléter ce contrôle, la chambre a délibéré le 27 mai pour procéder à une instruction complémentaire circonscrite à l'actualisation de la situation financière, au traitement de la crise sanitaire et à l'actualisation du plan de modernisation.

Au titre de la première procédure, l'ouverture de l'examen des comptes et de la gestion est intervenue le 1^{er} février 2019, par lettres du président de la chambre à M. Jean Olivier Arnaud, directeur général de l'AP-HM ordonnateur en fonction et à Mme Catherine Geindre son prédécesseur à ce poste. Mme Geindre a indiqué par un courrier en date du 12 février 2019 son souhait d'être représentée pour la procédure par M. Arnaud Vanneste, directeur général adjoint à l'AP-HM. Les entretiens de fin de contrôle se sont tenus respectivement le 20 janvier 2020 avec M. Jean Olivier Arnaud, directeur général de l'AP-HM et le 21 janvier 2020 avec M. Arnaud Vanneste, directeur général adjoint représentant Mme Catherine Geindre.

La chambre a délibéré sur ses observations provisoires le 3 mars 2020. M. Jean- Olivier Arnaud a été destinataire de l'intégralité du rapport le 30 juin 2020. Il a sollicité et obtenu du président de la chambre un report de la date limite de réponse au 2 octobre 2020. Sa réponse est parvenue à la chambre le 5 octobre 2020. La chambre a également adressé 57 extraits à des personnes mises en cause.

La chambre a entendu le 27 mai 2021, avant d'arrêter ses observations définitives, deux agents de l'AP-HM qui en avaient fait la demande.

Au titre de la seconde procédure, l'ouverture de l'examen des comptes et de la gestion est intervenue par lettres du président de la chambre le 16 juillet 2021 à M. François Crémieux, directeur général de l'AP-HM, ordonnateur en fonction et M. Jean Olivier Arnaud son prédécesseur à ce poste. M. Jean Olivier Arnaud a fait connaître, par un courriel en date du 26 août 2021, qu'il souhaitait être représenté pour la procédure par M. Pierre Pinzelli, secrétaire général à l'AP-HM. Ce dernier ayant quitté l'AP-HM le 31 décembre 2021, M. Arnaud a indiqué qu'il désignait M. Christophe Got, directeur des affaires juridiques de l'établissement pour le représenter.

L'entretien de fin de contrôle s'est tenu à l'AP-HM, le vendredi 17 décembre 2021, avec M. François Crémieux, directeur général de l'AP-HM, M. Pierre Pinzelli secrétaire général, Mme Marie Deugnier, directrice générale adjointe et M. Christophe Got, directeur des affaires juridiques.

La chambre a arrêté ses observations provisoires lors d'un délibéré en date du 28 janvier 2022 et l'intégralité du rapport a été transmis aux deux ordonnateurs par courrier du

21 février 2022. M. Crémieux a répondu le 20 avril 2022 et M. Got représentant l'ancien ordonnateur le 5 mai 2022. Des extraits du rapport ont été envoyés à la présidente du département et de métropole Aix-Marseille- Provence, au président du conseil régional et au maire de Marseille par lettres du 7 mars 2022. Seul le maire de Marseille a répondu par courrier en date du 10 mai 2022.

Aucune demande d'audition n'étant parvenue au titre de cette seconde procédure, la chambre a arrêté ses observations définitives le 22 juin 2022.

1 PRESENTATION GENERALE

1.1 Un établissement pilier du système de santé régional

Les produits d'exploitation¹ du budget consolidé de l'AP-HM qui atteignent, en 2020, 1,47 Mds € classent l'établissement en troisième position des centres hospitaliers universitaires (CHU) français derrière l'assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP) à 7,92 Mds € et les hospices civils de Lyon (HCL) à 1,94 Mds €.

À l'échelle de la région, en sa qualité de centre hospitalier universitaire à vocation régionale (CHU), l'AP-HM est le pilier du projet régional de santé (PRS) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Aux côtés du CHU de Nice qui couvre la partie Est de la région, l'établissement est investi, outre sa mission de soin, des missions de formation, de recherche, de prévention et d'éducation à la santé.

Enfin, depuis l'adoption, le 30 juin 2016, de la convention constitutive du groupement hospitalier territorial des Bouches du Rhône (GHT 13) l'AP-HM est l'établissement support du GHT dénommé « hôpitaux de Provence » qui comprend 12 autres établissements hospitaliers membres et un établissement associé, l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Laveran².

Tableau n° 1 : Structuration de l'offre de soins de l'AP-HM au 31/12/2019

<i>Secteur</i>	<i>Désignation de l'hôpital</i>	<i>Lits et places</i>
<i>Nord</i>	Nord (HN)	889
<i>Centre</i>	Timone adultes (TA)	1048
<i>Centre</i>	Timone enfants (TE)	271
<i>Centre</i>	Conception (CO)	831
<i>Sud</i>	Ste marguerite et Salvator (HS)	440
Totaux		3479

Source : : AP-HM y compris 50 places d'hospitalisation à domicile (HAD) rattachée à la Conception.

L'activité hospitalière de l'AP-HM est réalisée sur cinq sites distincts répartis sur trois secteurs, nord, centre et sud. Les fonctions de restauration, de blanchisserie et de magasin central sont réalisées sur une plateforme logistique (PFL) qui se situe dans le 16^{ème} arrondissement de Marseille, quartier de Mourepiane. La stérilisation est également assurée sur la PFL sauf celle de la Timone qui continue à être effectuée sur site. Enfin, l'institut régional de formations spécialisées en santé (IRFSS) a établi ses locaux dans l'ancien hôpital Houphouët Boigny, chemin de la Madrague ville dans le 15^{ème} arrondissement.

¹ Source hospidiag.

² Créée par l'arrêté n° 2016GHT07-29 du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur du 1^{er} juillet 2016.

Les urgences enfants et adultes ainsi que les activités de soins critiques se répartissent entre l'hôpital Nord et celui de la Timone dans une logique de couverture de l'agglomération Marseillaise, très étendue et imparfaitement reliée par les transports en commun. Les urgences gynécologiques sont assurées par l'hôpital de la Conception.

Le CHU dispose de deux maternités de niveau III³, celle de l'hôpital Nord et celle de la Conception.

L'hôpital Sainte Marguerite et l'hôpital Salvator désignés sous la mention générique « *hôpitaux sud* » sont spécialisés dans le domaine de la psychiatrie et de la gériatrie. L'hôpital Sainte Marguerite développe également une activité de court séjour spécialisée en orthopédie et en rhumatologie.

Au 31/12/2020 l'effectif traduit en équivalent temps plein rémunéré moyen (ETPRM), tous budgets confondus, s'établissait à 16 728 dont 12 359 pour le personnel non médical (PNM) et 4 369 pour le personnel médical (PM) y inclus 3 130 internes et étudiants, faisant de l'AP-HM le premier employeur public de la région PACA.

1.2 Un établissement qui a tardé à se doter d'outils stratégiques

1.2.1 Un projet d'établissement qui présente des fragilités

Longtemps attendu, le projet d'établissement 2017-2021 baptisé « *une ambition pour construire demain* » a été adopté en février 2017. L'établissement n'était en effet plus couvert par ce document structurant socle de la politique générale de l'établissement et imposé par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP). Son approbation formelle par le conseil de surveillance du 24 février 2017 est intervenue sans que l'avis du CTE⁴ n'ait été préalablement et valablement recueilli en contradiction avec l'article R. 6144-40 du CSP. Cette fragilisation juridique a été justifiée, lors de l'entretien de fin de contrôle par l'urgence à adopter un cadre dont l'AP-HM était pourtant dépourvue depuis 2009.

Le projet d'établissement décliné en projet médical, projet de soins, projet social, schémas directeurs immobilier et informatique est structuré autour de quatre axes :

- Renforcer le positionnement de l'AP-HM ;
- Optimiser sa performance ;
- Développer l'esprit de service ;
- Mobiliser les hommes et les femmes de l'institution.

La pierre angulaire de la nouvelle organisation ainsi projetée est le regroupement des disciplines par thématique de spécialités afin d'organiser des masses critiques au service de la

³ Définies par le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale, les maternités de niveau III disposent d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale situés sur le même site et prennent en charge les grossesses les plus risquées.

⁴ Ce projet a été présenté pour avis du comité technique d'établissement (CTE) le 21 février 2017 alors que les organisations syndicales avaient décidé de ne plus y assister depuis septembre 2016. Faute de quorum et conformément aux textes en vigueur l'avis du CTE, toujours en l'absence des organisations syndicales, a été réputé favorable le 28 février 2017.

triple mission du CHU : les soins, l'enseignement et la recherche. Cette thématisation des sites correspond dans ses grandes lignes aux préconisations formulées par l'IGAS et l'ARS dès 2013, ce que la chambre note comme un élément positif. Le projet médical et le projet de soins épousent ces nouvelles orientations et ont donné lieu, pour le second, à de nouvelles maquettes organisationnelles des services de soins conformes aux prescriptions de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS).

1.2.1 Le plan de transformation accompagnant le projet d'établissement

Un diagnostic organisationnel de l'AP-HM a été confié au cabinet McKinsey, par un marché signé en 2018 pour un montant en tranche ferme de 1,3 M€. À partir de cet état des lieux, un plan de transformation baptisé « Avenir AP-HM » comprenant 350 projets a été développé. Ce plan s'appuie sur une logique désignée par l'anglicisme « *bottom up* » qui signifie que des propositions d'économies ou de recettes doivent émaner des services par opposition à une logique descendante de préconisations décidées à l'échelon de la direction générale.

Piloté par une mission de transformation, qui était animée par le directeur général adjoint, sa mise en œuvre doit, selon l'établissement, générer des économies sur la période concernée par la restructuration en sus de celles attendues par le retour sur investissement du projet de modernisation et la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier⁵.

La chambre observe le caractère volontariste et transparent du plan de transformation détaillé par l'ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires. Elle constate toutefois qu'aucune mesure corrective n'est prévue si les économies intégrées dans le plan de financement, à hauteur de 132,5 M€, validé par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), n'étaient pas au rendez-vous.

1.2.2 Une organisation polaire inachevée, frein à la réforme des organisations

En juillet 2019, l'activité de l'AP-HM est organisée autour de 23 pôles et 3 centres de gestion des blocs opératoires de la Timone-hôpitaux sud, de la Conception et de l'hôpital Nord. Les pôles sont intersites sauf l'odontologie qui ne concerne que l'hôpital de la Timone et le pôle de médecine, urgences, soins critiques et anesthésie (MUSCA) limité à l'hôpital Nord.

L'un des objectifs de la thématisation portée par le projet de modernisation est de réduire la dispersion des lits de chacun des pôles entre les sites. La chambre observe que la réorganisation des pôles intervenue en juillet 2018 n'a pas été mise à profit par l'établissement pour s'en rapprocher. En comparant la répartition des lits par pôles et par site au 31 décembre 2017 établie par le cabinet McKinsey dans son diagnostic avec cette même répartition établie au 31 décembre 2018, la chambre constate que le nombre de pôles intersites n'a pas diminué. Ainsi, sur les 18 pôles supportant des lits et places⁶ contre 19 pôles en 2017, 4 sont mono-sites comme en 2017, 8 sont bi-sites (9 en 2017), 5 sont répartis sur 3 sites (6 en 2017) et le pôle médecine oncologie se répartit même sur 4 sites, ce qui n'était le cas d'aucun pôle en 2017.

⁵ A titre illustratif 7,1 M€ d'économies supplémentaires sur le PNM et 2,5 M€ sur le PM à échéance 2025.

⁶ Dont le pôle médico technique imagerie médicale qui supporte 9 lits de médecine nucléaire.

Au surplus, le sous dimensionnement capacitaire⁷ des unités de soins en médecine et chirurgie constaté sur l'année 2017 lors du diagnostic n'a pas été amélioré par le passage de 19 à 18 pôles. Cette dispersion des lits ne favorise ni les mutualisations des personnels, ni l'optimisation des taux d'occupation pourtant recherchées dans le projet de modernisation.

L'AP-HM accuse également une carence importante de formalisation de son organisation en pôles d'activités. Cette modalité de fonctionnement, impliquant les médecins dans la gestion des moyens alloués, prévue dès l'ordonnance du 2 mai 2005 et renforcée en 2009⁸, n'est toujours pas mise en œuvre. L'AP-HM ne dispose pas, en septembre 2019 de contrats de pôle signés et n'assure pas le suivi de leur activité par les comptes de résultats analytiques (CREA), malgré les observations déjà formulées par la chambre dans son dernier rapport.

Ce défaut majeur d'organisation n'a commencé à être traité, très partiellement, que dans le courant de l'année 2018 par la relance des revues de gestion sous la responsabilité de la direction du contrôle de gestion, lors de rencontres avec les équipes de pôle. Pour autant, en septembre 2019, la contractualisation avec les pôles n'était toujours pas effective, comme l'établissement l'a d'ailleurs admis sans pour autant donner une échéance à sa mise en œuvre.

Le président de la commission médicale d'établissement (CME) concède que cette formalisation a pris beaucoup de retard en assurant toutefois que la dynamique est enclenchée.

Dans sa réponse aux observations provisoires l'ordonnateur a fait part des raisons, notamment d'organisation territoriale justifiant des implantations multisites pour les urgences, l'obstétrique et la cardiologie, ce que la chambre ne contestait pas. En revanche aucune réponse n'a été apportée sur l'oncologie répartie sur quatre sites.

La chambre maintient que les contrats de pôle et les CREA sont nécessaires car ils participent à la transparence de l'organisation et permettent un pilotage fin d'un établissement de la taille du CHU. Ils sont également les vecteurs indispensables du déploiement du plan de transformation dont la réussite dépendra beaucoup de l'implication des chefs de pôles et ne sauraient être remplacés par des solutions alternatives non contraignantes.

Recommandation n° 1 : Tenir les engagements pris à l'issue du dernier contrôle de la chambre pour mettre en œuvre, sans délai, la refonte des pôles, la signature des contrats afférents et l'activation du suivi de l'activité par les comptes de résultats analytiques.

1.3 Une activité atone exposée à une forte concurrence du secteur privé

L'évolution de 20 unités du nombre de lits et places entre 2016 et 2018 est, à l'échelle de l'établissement, peu significative. Le fait le plus notable est l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) à l'hôpital Nord qui s'est traduite par la création de 40 lits et places. Sur l'ensemble des lits et places, 456 sont dédiés à la psychiatrie financée par une dotation annuelle de financement, les autres sont des lits et places de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) financés par la tarification à l'activité (T2A). Dans cet ensemble

⁷ Diagnostic McKinsey : 95 % des unités de soins ont une taille inférieure aux 28 lits recommandés par la DGOS.

⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST.

l'établissement dispose, à fin 2018, de seulement 93 places réservées à la chirurgie ambulatoire, à mettre en relation avec le faible taux de chirurgie ambulatoire de l'AP-HM développée *infra*.

Exprimée en nombre de résumés de sortie standardisés (RSS), l'activité en médecine chirurgie et obstétrique (MCO) accuse une perte de substance d'un millier de RSS qui, combinée à une fluctuation du poids moyen du cas traité (PMCT)⁹, conduit à une déperdition de 3 M€ sur la période. Cette déflation se concentre sur l'hôpital de la Conception et surtout les hôpitaux sud dont l'activité s'érode de 2 % en variation moyenne annuelle. Cette décroissance est diffuse et ne repose sur aucun facteur exogène clairement identifié, comme des travaux par exemple.

Les consultations externes ont, en revanche, fortement progressé en nombre et en montant passant de 24,71 M€ en 2016 à 32,28 M€ en 2018. Cette augmentation de 2,37 % en nombre de consultations s'est traduite par une augmentation des montants perçus de 14,28 %, ce qui s'explique par une amélioration de la qualité du codage des consultations externes dans le cadre de la fiche CREF associée et une augmentation de la valorisation des forfaits techniques. Comme pour l'activité, le nombre de consultations externes à l'hôpital de la Conception est en retrait et celui de la Timone enfants stagne (+ 0,59 %).

Le nombre de passages aux urgences a progressé en moyenne annuelle entre 2016 et 2018 de 1,86 %, soit + 8 544 passages. Dans le même temps le nombre de patients hospitalisés après leur passage aux urgences est stable, autour de 17 %. Ce faible taux caractérise un recours inadapté aux urgences qui, en principe, ont vocation à traiter des patients dont l'état de santé présente, a priori, des risques de complications sérieuses susceptibles d'entraîner une intervention rapide ou des investigations plus poussées qui se traduisent par une hospitalisation. Cette situation est commune à de nombreuses villes où les urgences sont utilisées comme alternative aux médecins généralistes.

Avec un taux d'hospitalisation complète en provenance des urgences de 39,9 %, cette filière d'adressage reste dans la moyenne des CHU et n'appelle pas d'observation particulière.

Tableau n° 2 : Principaux indicateurs de l'activité de l'AP-HM

<i>Nom des indicateurs</i>	2016	2017	2018	2019
<i>IP-DMS Médecine</i>	0,899	0,931	0,928	0,937
<i>IP-DMS Chirurgie</i>	1,001	1,033	1,014	0,998
<i>IP-DMS Obstétrique</i>	1,175	1,154	1,168	1,114
<i>Taux de CA</i>	26,76	27,82	28,48	34,62
<i>Taux des 18 gestes marqueurs en CA</i>	59,77	63,54	63,86	67,71
<i>Taux d'utilisation des places de CA</i>	60,3	65,1	64,1	68,68

Source : hospidiag.

⁹ PMCT hors séance (2016) = 3 123 €, PMCT (2017) = 3 129 € PMCT (2018) = 3 125 €. Source comptes financiers.

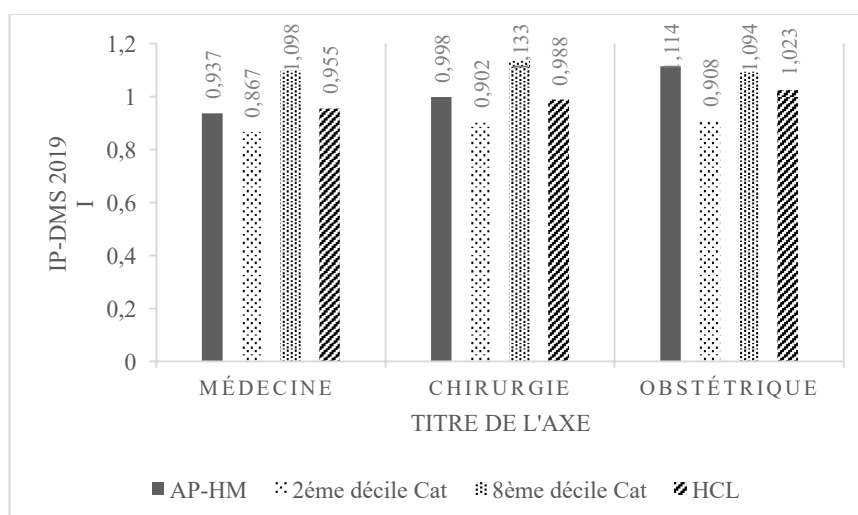
L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) rapporte le nombre de journées de court séjour réalisées en MCO au nombre de journées théoriques calculé par rapport à l'éventail des cas traités (ou case-mix¹⁰) de l'établissement auquel sont appliquées les durées moyennes de séjour de référence. Cet indicateur mesure l'efficacité de l'établissement dans le traitement des pathologies qu'il prend en charge. L'IP-DMS doit être le plus proche de 1 tout en lui restant inférieur. Les variations enregistrées, sur la période, sur les trois secteurs MCO, résultent de facteurs conjoncturels et ne sont pas significatives.

Un premier enjeu concerne l'amélioration de l'IP-DMS en chirurgie pour lequel la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) a fixé une cible à 0,96. Les marges de progression sont importantes et l'établissement l'a bien identifié comme un axe majeur de travail dans son projet d'établissement. La thématique, les regroupements d'unités, la fluidification des entrées et sorties par un travail sur les filières aval de soins de suites et rééducation et sur l'amont en préparant mieux les patients notamment âgés sont autant de chantiers initiés par l'établissement.

Un second enjeu est relatif au développement de la chirurgie ambulatoire qui reste insuffisamment pratiquée à l'AP-HM. Cette sous performance est liée à la fois au faible nombre de places consacrées à cette modalité de prise en charge et à une réticence du corps médical pour la mettre en œuvre. Le taux de chirurgie ambulatoire cible retenu par le COPERMO pour calculer le dimensionnement du projet de modernisation est de 45,2 %, très au-dessus du taux constaté en 2019 (34,62 %). La marge de progression est donc très importante.

Le projet de modernisation prévoit une augmentation de 53 places dédiées à la chirurgie ambulatoire, soit très peu à l'échelle d'un établissement de plus de 3 400 lits et places. L'établissement s'appuie sur la relocalisation des places d'ambulatoires et une meilleure prise en charge des patients, notamment les plus âgés. La chambre relève que nonobstant le faible nombre de places, l'atteinte des objectifs résulte surtout d'une action volontariste et concertée des médecins de l'AP-HM, ultimes décisionnaires pour cette modalité de prise en charge.

Graphique n° 1 : IP-DMS AP-HM / Catégorie /HCL



Source : hospidiag ATIH données 2019.

¹⁰ Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et mesure la gravité moyenne de ceux-ci afin de pondérer la valeur de la durée de séjour de référence. Plus le cas est grave plus il est fondé que le patient soit hospitalisé longtemps.

En replaçant le focus de la performance de l'AP-HM par comparaison¹¹, sur la seule année 2019, avec les autres établissements, dont les hospices civils de Lyon (HCL) qui se rapprochent le plus en taille et en activité de l'AP-HM, sa situation apparaît toutefois contrastée en fonction des secteurs MCO. Pour ses activités de médecine son IP-DMS est tout juste moins performant que celui des HCL ce qui est plutôt positif.

Pour la chirurgie, l'AP-HM se situe dans la moyenne haute des établissements les plus performants de la région et de sa catégorie mais loin de la performance des HCL qui ont, sur la même période, réussi à se refonder pour ramener leur indice en dessous de 1.

Le secteur le moins performant est l'obstétrique. L'AP-HM se situe dans les tous derniers établissements de la région ou de sa catégorie et très loin de l'IP-DMS des HCL dans ce secteur. Cette sous performance est à relativiser car compte tenu du plus faible volume de séjours, soit environ 12 000 RSS répartis entre l'hôpital Nord et la Conception, son amélioration, même notable, n'aurait qu'un effet marginal sur la performance globale. Au surplus, la lourdeur des cas pris en charge par les maternités de niveau III traitant par définition les cas les plus lourds explique également cet IP-DMS dégradé.

L'AP-HM est l'établissement de référence des départements des Bouches-du-Rhône, de Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes ainsi que de l'ouest du département du Var et de la Corse. Il sert également de référence pour l'est de la région Occitanie dont les départements du Gard et de l'Hérault pour des spécialités de recours hautement spécialisées non couvertes par les CHU de Nîmes et de Montpellier, notamment la néonatalogie pour les cas les plus graves, grâce à ces deux maternités de niveau III.

Dans les Bouches du Rhône et plus encore dans le 7^{ème} et le 8^{ème} arrondissement de Marseille, l'AP-HM est soumise à une forte concurrence de deux établissements privés non lucratifs, l'hôpital Saint Joseph et l'hôpital européen. Elle est également directement concurrencée par des établissements privés lucratifs implantés en nombre dans Marseille comme les cliniques privées Juge, Monticelli et Beauregard.

Sur sa zone d'attractivité le poids relatif de l'AP-HM lui permet de maintenir globalement sa position dominante. En revanche en replaçant le prisme, par site et par domaine, la chambre observe la fragilité du positionnement des sites de l'AP-HM notamment en chirurgie. À titre d'exemple l'hôpital Nord qui réalise, en 2019, pour l'AP-HM le plus grand nombre de séjours issus de la zone d'attractivité est dépassé en chirurgie par l'hôpital européen et la clinique Axiom d'Aix en Provence.

Le poids moyen du cas traité (PMCT) qui mesure la sévérité des cas traités reste beaucoup plus élevé dans les sites de l'AP-HM que chez ses concurrents du secteur privé. Celui-ci capte ainsi les cas les moins sévères qui permettent plus facilement d'améliorer la performance médico-économique en réduisant la durée du séjour ou en attirant la patientèle avec un meilleur confort hôtelier.

Les regroupements envisagés entre l'hôpital européen et Saint Joseph ou l'agrandissement de la clinique Beauregard, parfois encouragés par les autorités locales, risquent d'accroître une concurrence déjà forte et accélérer le délitement des parts de marchés des sites de l'AP-HM alors que la prévision de croissance de l'activité sanitaire sur la région PACA, à l'horizon 2025, est pourtant très favorable.

Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM a fait part de l'amélioration de l'activité constatée en 2019 sur l'hospitalisation complète (+ 2,1 %), l'activité des blocs opératoires (+ 1,5 %) et l'activité ambulatoire (+ 4,5 %). Cette embellie qui s'est, selon

¹¹ Cf. Annexe 1. Comparatif des indicateurs AP-HM / autres établissements.

l'établissement, poursuivie sur les deux premiers mois de 2020 a été remise en cause par la survenue de la crise sanitaire qui est venue bouleverser le fonctionnement régulier de l'hôpital.

2 LA FIABILITE DES COMPTES

2.1 Des comptes certifiés sans réserve depuis l'exercice 2017

Un arrêté ministériel du 21 octobre 2015¹² a soumis l'AP-HM, dans les conditions fixées par l'article L. 6145-16 du code de la santé publique (CSP), à la certification de ses comptes à compter de l'exercice 2016. Sa réalisation a été confiée à un cabinet de commissaire aux comptes au terme d'une procédure de mise en concurrence qui n'a pas été examinée par la chambre.

Les opérations spécifiques de fin d'année comme le calcul des dépréciations des créances, l'apurement des créances irrécouvrables, la répartition des séjours à cheval ou la valorisation des produits à recevoir et des produits constatés d'avance pour la recherche font l'objet d'une procédure dédiée et formalisée par la direction des affaires financières (DAF).

Dans son rapport de juin 2017, sur les comptes de 2016, le commissaire aux comptes (CAC) a émis deux réserves relatives à la provision pour renouvellement des immobilisations et aux subventions d'investissements. Les travaux de fiabilisation n'avaient en effet pu être menés à temps en raison de l'importance des corrections intervenues en ouverture du bilan 2016 notamment sur les éléments d'actifs. Le paiement des éléments variables de paie (EVP) de décembre N qui étaient payés en février N+1, ne respectant pas le principe de la séparation des exercices, une correction en bilan d'ouverture a été effectuée en 2019.

Les rapports du CAC relatifs aux exercices 2017 à 2020 ne comportent plus de réserve. Certaines anomalies non significatives persistent toutefois sans être érigées en réserve compte tenu de leur faible effet sur le résultat. Le niveau de fiabilité des comptes est suffisant et la chambre n'a pas retraité les comptes financiers examinés au-delà de la seule neutralisation des aides exceptionnelles versées par l'agence régionale de santé (ARS).

L'établissement a créé, conformément à son obligation réglementaire¹³ un comité d'audit chargé de rédiger un rapport présenté au conseil de surveillance. Il a été instauré par délibération du conseil de surveillance en date du 26 octobre 2018, sa composition a été arrêtée lors du conseil de surveillance du 10 mai 2019 et réuni pour la première fois le 14 mai 2019. Sa composition et son fonctionnement n'appellent pas d'observations de la chambre.

¹² Arrêté du ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes du 21 octobre 2015 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2016 NOR : AFSH1525173A, JORF du 29 octobre 2015.

¹³ (I) de l'article L. 823-19 du code de commerce « *Au sein des entités d'intérêt public au sens de l'article L. 820-1 et des sociétés de financement au sens du II de l'article L. 511-1 du code monétaire et financier, un comité spécialisé agissant sous la responsabilité, selon le cas, de l'organe chargé de l'administration ou de l'organe de surveillance, assure le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières* ».

2.2 Une sécurisation du circuit comptable à finaliser rapidement

La mission du CAC consiste à « *prendre connaissance du contrôle interne pertinent pour l'audit afin de définir des procédures d'audit appropriées en la circonstance, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne* ». La certification n'a donc pas eu d'effet direct sur la qualité comptable indépendamment de la formalisation des procédures. Ainsi, malgré un niveau de coopération jugé réciproquement bon et courtois entre la direction des affaires financières et la recette des finances de Marseille assistance publique (RFMAP), des difficultés persistent.

À fin 2020, la liquidation et le mandatement sont toujours décentralisés alors que la chambre dans son rapport couvrant la période 2010-2015 avait déjà mis en lumière les dysfonctionnements engendrés par cette organisation. Selon un bilan de 2018, transmis par l'AP-HM, 212 888 opérations de liquidations annuelles ont été traitées par 18 services différents. La direction des affaires financières (DAF), en première ligne pour la certification et la dématérialisation des pièces justificatives et des factures, en traite seulement 13,20 %. Les agents décentralisés, s'ils sont à proximité des acteurs de la phase amont du processus des achats facilitant théoriquement la vérification du service fait se trouvent en revanche éloignés des évolutions des processus comptables. Pour les agents dont ce n'est pas l'activité principale et qui réalisent très peu de liquidations dans l'année, cet éloignement du fait comptable est pénalisant.

La carence de formation, de contrôle des agents et d'homogénéité des procédures se traduit principalement dans les rejets que la RFMAP pratique sur des dépenses relatives à des marchés ou des conventions, par défaut de pièces justificatives, défaut de liquidation et, ce qui est préoccupant, sur des domiciliations bancaires erronées. Ainsi le bilan du contrôle hiérarchisé de la dépense (CHD) de 2020 souligne la dégradation du taux d'erreur patrimoniales significatives¹⁴ puisque ce taux passe de 0,72 % en 2018 à 1,50 % en 2020 pour un montant total de mandats de 7,75 M€.

La direction des affaires financières est chargée dans le plan de transformation¹⁵ de proposer une nouvelle organisation de la liquidation et du mandatement qui devait se dérouler jusqu'en décembre 2021 et dont la mise en œuvre a été ralentie par l'occurrence de la crise sanitaire.

Si l'enjeu financier est minime eu égard au budget de l'AP-HM (0,9 %) la situation fragile des finances de l'établissement impose une plus grande maîtrise du circuit comptable. L'établissement et la RFMAP ont remis en route la signature d'une convention de service comptable et financier (CSCF) avec comme pilier la mise en place d'un service facturier. La chambre invite l'établissement à procéder rapidement à la mise en œuvre effective de cette nouvelle CSCF. Selon l'ordonnateur, une première réunion s'est tenue fin 2021 pour la présentation à la direction générale du nouveau dispositif et une démarche de présentation fonctionnelle aux services était prévue en avril 2022.

¹⁴ Une erreur est patrimoniale lorsqu'elle conduit à un appauvrissement sans cause de l'établissement et est significative quand elle dépasse 100 euros. Ces deux conditions cumulatives définissent une erreur patrimoniale significative. Le risque patrimonial correspond à plusieurs types de paiements indus, comme la prescription de la dette, le double paiement, l'absence totale ou l'invalidité des pièces justificatives ou l'erreur de liquidation.

¹⁵ Action D7 : organisation de la liquidation et du mandatement.

2.3 Les effets de la certification des comptes sur le bilan

L'ampleur des problèmes de fiabilité des comptes de l'AP-HM, par ailleurs relevés par la chambre dans son précédent rapport d'observations définitives, a conduit l'établissement en vue de la certification des comptes à réaliser d'importantes opérations de fiabilisation qui se sont poursuivies pendant la période sous revue.

Dans son avis n° 2011-04 du 27 mai 2011 le conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) a admis que les corrections d'erreurs commises au cours d'exercices antérieurs ne soient pas comptabilisées dans le compte de résultat de l'exercice au cours duquel elles sont constatées, mais en situation nette¹⁶, c'est-à-dire au sein des passifs du haut de bilan.

Tableau n° 3 : Effets de la certification sur le haut du bilan (en M€)

<i>Comptes mouvementés</i>	2016		2017		2018	
	D	C	D	C	D	C
<i>C/ 10682 Excédents affectés à l'investissement</i>	47,62	9,81		5,53	1,5	
<i>C/ 110 Report à nouveau excédentaire</i>		0,16				
<i>C/ 119 Report à nouveau déficitaire</i>	86,70	0,69	-	1,95	5,00	
<i>Total</i>	134,32	10,66	-	7,48	6,50	-

Source : AP-HM comptes financiers 2016-2018.

L'AP-HM s'est appuyée sur cette disposition pour fiabiliser ses comptes au prix d'une dégradation très importante de ses capitaux propres, déjà négatifs, qui sont passés de - 48 M€ en 2015 à - 208 M€ en 2016.

L'effet le plus notable concerne le compte 119 - *report à nouveau déficitaire* - qui enregistre à l'issue de la période sous revue un débit total de 89,06 M€ qui vient augmenter le déficit cumulé et amoindrir encore des capitaux propres déjà malmenés.

L'établissement a également dû procéder à d'importantes corrections de ses comptes de provisions dont la constitution, confirmant les observations précédemment émises par la chambre, était jusqu'en 2016 insincère. Ces provisions servaient de variables d'ajustement à une construction budgétaire très contrainte.

L'opération de régularisation la plus significative a concerné les créances irrécouvrables du compte 49 qui supporte la dépréciation des comptes de redevables. Au 31 décembre 2015, ce compte était évalué à 5,33 M€. En réalité, le niveau des créances s'établissait à 47 M€. En 2016, ce compte a été augmenté en situation nette de 71 M€ ce qui a permis grâce à une reprise de 40 M€, d'admettre en non-valeur un montant de 29,99 M€ (C/654 - *pertes sur créances irrécouvrables*) et annuler des titres sur exercice antérieur à hauteur de 10 M€ au titre d'un plan d'apurement arrêté suite à un accord transactionnel avec la CPAM au compte 673 - *titres annulés sur exercices antérieurs*.

¹⁶ Cette disposition ne s'applique toutefois pas au budget A qui retrace les opérations sur le patrimoine privé de l'établissement dit de dotation non affectée (DNA) pour lequel les corrections ont été comptabilisées dans les flux 2016.

Le compte 49 est désormais constitué à un niveau plus réaliste, entre 30 et 40 M€ par an, soit six à huit fois plus que son précédent niveau. Selon la RFMAP, une procédure de suivi de l'état des restes a été mise en place comprenant une relance systématique auprès de la CPAM après 12 jours. Cette procédure a engendré une nette baisse du taux de rejet de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES)¹⁷ auprès de la CPAM. Le montant des créances irrécouvrables inscrites au compte 49 a pu être diminué à l'aune des régularisations en cours pour s'établir à 32,7 M€ en 2018. La chambre invite l'établissement à poursuivre le travail d'apurement des comptes en procédant aux admissions en non-valeur qui s'imposent notamment pour les créances détenues sur les patients étrangers.

Les autres corrections qui sont venues dégrader le report à nouveau déficitaire sont essentiellement des remises à niveau de provisions sous évaluées pour un montant total net de 14,77 M€.

Le suivi de l'actif étant également défaillant, une démarche générale de fiabilisation a été entreprise dans le cadre de l'audit du bilan d'ouverture. Il s'est agi de rapprocher les bases d'inventaire physique tenues par les directions fonctionnelles, de l'actif immobilisé enregistré dans le logiciel de gestion des immobilisations (Madrid). L'établissement ayant opté pour la méthode de l'amortissement par composants, la valeur des actifs correspondante aux opérations les plus significatives et dont la valeur nette comptable était supérieure à zéro a également été recalculée. La démarche de fiabilisation de l'actif s'est poursuivie jusqu'en 2018 et désormais, selon l'établissement, 99 % de l'actif a été inventorié. L'effacement total ou partiel de biens qui figuraient à l'actif du bilan alors qu'ils n'existaient plus ou alors avec une valeur nette comptable (VNC) erronée a engendré une diminution de l'actif net de 41,84 M€ sur l'ensemble de la période.

La réconciliation avec l'état de l'actif tenu par le comptable étant impossible, ce dernier a été ajusté sur l'état fiabilisé par l'AP-HM ce qui explique qu'en 2018 les deux états n'enregistrent plus d'écart.

Les autres corrections ont concerné les produits constatés d'avance qu'ils soient relatifs à l'activité hospitalière (c/ 73), aux subventions d'exploitation et participations (c/ 74) ou aux produits divers de gestion courantes dont les autorisations d'occupation temporaire (AOT) du domaine public (c/ 75), pour un montant total de 10,22 M€.

En 2017, la levée des deux réserves de 2016 relatives d'une part, au périmètre des subventions restant à amortir pour lesquelles l'établissement a rattaché chaque subvention au bien financé et mis en adéquation ses modalités d'amortissement avec la durée de vie des biens et d'autre part, à la reprise et au calcul des provisions réglementées du compte 142 au titre des plans d'investissements hôpital 2007 et hôpital 2012 avec l'accord de l'agence régionale de santé (ARS), s'est traduite par deux nouvelles corrections sur les comptes 1068 et 119.

L'évaluation des comptes de provisions étant un point clef d'audit conditionnant le maintien de la certification sans réserve, l'AP-HM évalue désormais ses provisions conformément aux textes et sous le contrôle du commissaire aux comptes.

La chambre observe toutefois que si les mouvements de constitution et reprise de provisions intervenus pendant la période sous revue sont conformes à l'instruction M21, la DAF n'a formalisé aucune procédure de gestion des provisions de sorte que leur fiabilité ne repose actuellement que sur le travail du commissaire aux comptes dans sa démarche d'audit.

¹⁷ Ce dispositif généralisé en 2013 consiste, à l'aune de la facturation aux patients et aux organismes complémentaires, à renforcer la politique d'assurance qualité des factures adressées à la CPAM.

Répondant à l'invitation de la chambre, l'AP-HM a fourni, en réponse aux observations provisoires, l'amorce d'un travail de réflexion pour fiabiliser l'évaluation des provisions.

3 UNE SITUATION FINANCIERE QUI DEMEURE FRAGILE

Le périmètre du budget consolidé comprend, un budget principal (H) qui représente sur la période contrôlée entre 94 et 99 % du total, un budget annexe (C) de l'institut de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes, un budget annexe (A) retraçant les opérations sur le patrimoine privé de l'établissement dit de dotation non affectée (DNA), un budget annexe (P) retraçant les activités médico-sociales relevant de la loi du 30 juin 1975 et depuis le 1^{er} janvier 2018, un budget annexe (G), encore anecdotique dans son montant, pour le groupement hospitalier de territoire des Bouches du Rhône. L'établissement n'a pas de filière avale gériatrique identifiée par un budget annexe spécifique.

3.1 Une information financière peu transparente

Un pilotage financier efficace passe à la fois par une prévision réaliste et une capacité à analyser rétrospectivement l'exécution budgétaire avec un prisme sans concession pour repérer et corriger les écarts les plus significatifs. Ces deux aspects sont encore très perfectibles à l'AP-HM.

Pendant la période sous revue les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) présentaient un ou plusieurs motifs de rejet¹⁸ comme un déséquilibre financier de l'EPRD du budget H non compatible avec le plan global de financement pluriannuel (PGFP) approuvé par l'ARS ou l'insuffisance de la capacité d'autofinancement (CAF) pour permettre le remboursement en capital des annuités d'emprunt.

Tableau n° 4 : Écart EPRD - Objectifs COPERMO (année 2018)

	EPRD	Objectif COPERMO performance
<i>Déficit prévisionnel</i>	53,2 M€	47,3 M€
<i>Capacité d'autofinancement</i>	5 M€	8,8 M€
<i>Taux de marge brute non aidée</i>	26 M€	30 M€
<i>Prélèvement sur fonds de roulement</i>	34,1 M€	16,7 M€

Source : lettre du directeur général de l'ARS d'approbation de l'EPRD 2018 sur le PGFP.

¹⁸ Les motifs de rejet des EPRD se déduisent de la lecture de l'article R. 6145-11 du code de la santé publique.

La chambre constate que des écarts très importants existent entre les résultats excédentaires attendus par l'EPRD et la réalité de l'exécution budgétaire, sur le budget de la dotation non affecté (DNA) qui supporte les opérations relatives au domaine privé de l'hôpital.

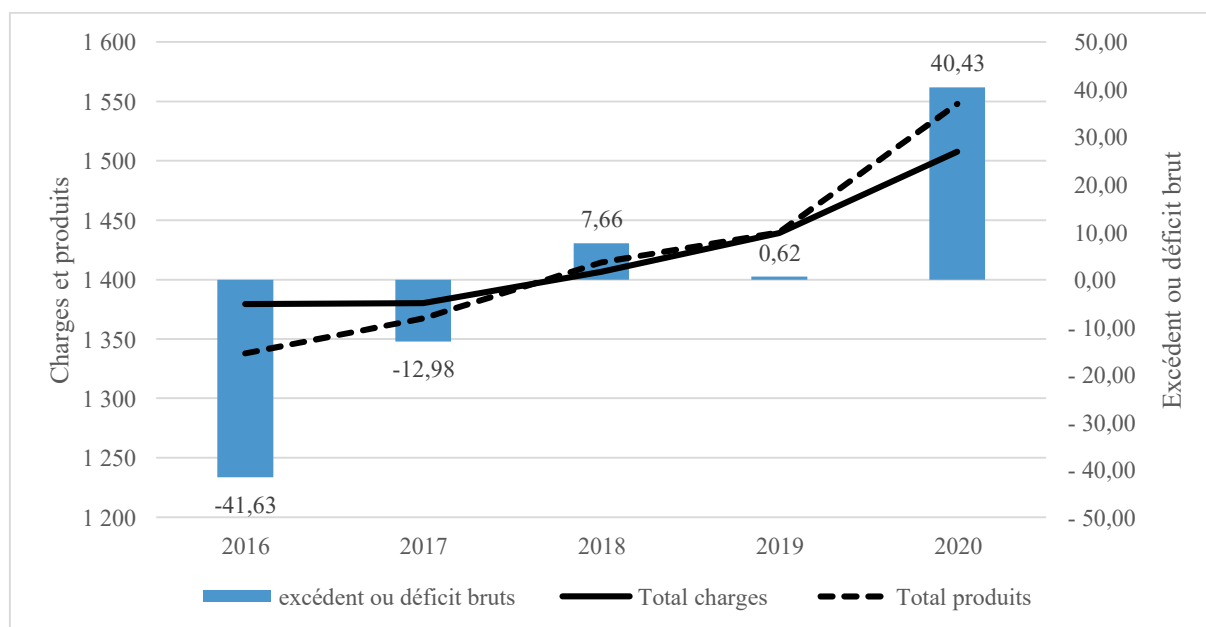
Ces écarts s'expliquent un décalage dans les prévisions de cessions d'éléments d'actifs immobiliers qui sont traduits au compte C/775 cession d'éléments d'actifs du budget de la DNA :

- 2016 : EPRD = 10,4 M€ / CRA DNA = 1,6 M€ ;
- 2017 : EPRD = 24,3 M€ / CRA DNA = 0,95 M€ ;
- 2018 : EPRD = 6,6 M€ / CRA DNA = 2,2 M€.

Dans le PGFP 2019-2029, support à la mise en œuvre du schéma directeur immobilier, les cessions sont évaluées à 68,15 M€ dont 42,9 M€ dès 2019. Ce montant a été porté à 104,8 M€ dans le dossier validé en janvier 2020. La chambre souhaite attirer l'attention de l'AP-HM sur la nécessité d'une meilleure prise en compte des délais inhérents aux opérations immobilières (contentieux, contraintes urbanistiques,) avant de porter les montants des cessions dans l'EPRD d'un exercice.

3.2 Une exploitation redevenant excédentaire sous l'effet de la progression des produits

Schéma n° 1 : Évolution de l'exploitation du budget principal H (en M€)



Source : CRC d'après comptes financiers 2016-2020.

L'amélioration du résultat brut¹⁹ entre 2016 et 2020 passant d'un déficit de 41,63 M€ à un excédent de 40,43 M€ résulte principalement de la progression des produits au rythme

¹⁹ Cf. Annexe 2 Évolution 2016-2020 du budget H (en M€).

annuel de 3,71 % tandis que les charges ont crû moins rapidement au rythme de 2,24 % par an. Ce redressement du résultat brut d'exploitation doit toutefois être interprété avec prudence à l'aune de deux tendances qui en relativisent grandement la portée.

La première concerne l'effet de la forte progression des produits du titre 1 entre 2019 et 2020. L'évolution de 10,26 % entre les deux années est induite par l'explosion des crédits notifiés sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC) au titre de l'aide en trésorerie (+ 15,7M€), de la compensation des surcoûts liés à la crise Covid-19 (+ 62,8M€), des revalorisations salariales liées au Ségur de la santé (+ 14,1 M€) et du versement de la prime exceptionnelle (+ 20,7 M€).

La seconde est l'importance corrélative de la progression des dépenses de personnel du Titre I. Ces dépenses progressent entre 2016 et 2019 en moyenne annuelle de 0,86 % pour les crédits limitatifs et 0,60 % pour les crédits évaluatifs. Sous l'effet des mesures nationales réglementaires notamment celles du Ségur de la Santé, des recrutements réalisés de manière pérenne ou ponctuelle pour assurer la prise en charge de la crise sanitaire, elles font un bond respectif de 8,72 % et 6,36 % entre 2019 et 2020. Étant pour la plupart pérennisées, ces dépenses vont durablement peser sur l'exploitation alors que leur compensation intégrale ne semble pas garantie sur le moyen ou le long terme.

Compte tenu de l'atypie de l'année 2020 et certainement de l'année 2021, l'équilibre structurel du compte d'exploitation doit s'analyser en isolant, en dépenses et en recettes, les effets de la crise sanitaire.

3.2.1 Une évolution des produits du budget principal marquée par la crise sanitaire

3.2.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

La répartition du poids respectif des différents titres dans le total des produits²⁰ est stable sur l'ensemble de la période sous revue. Les produits versés par l'assurance maladie qui constituent le titre I pèsent sur l'ensemble de la période, 77 % du total.

Au sein de ces produits les évolutions sont très contrastées. La tarification des séjours qui représentent annuellement 51 %²¹ du total du Titre I, affiche un taux de croissance annuel moyen globalement positif (+ 0,74 %). Sur la période 2016-2018 ce mode de financement principal de l'activité hospitalière était en léger retrait (- 0,49 %) en lien avec une activité faible (+0,21 %) et une légère baisse du poids moyen du cas traité (PMCT). Comparée à la croissance annuelle moyenne de 2,2 % de l'activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO) sur la région PACA pendant la même période, cette situation reflétait la difficulté de l'AP-HM à capter et préserver des parts de marché dans un contexte de concurrence très agressive sur Marseille.

L'année 2019 marque une reprise de l'activité valorisée en T2A (+ 16,3 M€) résultant pour 7 M€ de l'effet en année pleine de la réforme des transports et du produit des séjours à cheval. Le reste de la progression est portée par l'augmentation du nombre de séjours valorisés (+ 10 253 soit + 3,6 %) et la forte progression de l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD). Ces deux tendances se sont confirmées sur les mois de janvier et février 2020.

À partir de mars 2020, pour répondre à la crise sanitaire, le gouvernement a mis en place une garantie de financement (GF) afin de limiter la perte de recettes liée à la baisse de l'activité sur les mois de mars à décembre 2020. Cette garantie correspond à 10/12^{ème} de l'activité T2A

²⁰ Cf. Annexe 3 Evolution 2016-2020 des produits du budget H (en M€).

²¹ 46 % en 2020 compte tenu de l'importance des MIGAC.

facturée en 2019 avec un taux de 0,2 % correspondant à l'évolution des tarifs pour les séjours MCO et de 1,1 % pour l'activité HAD. L'AP-HM se trouvant dans le cas où la valorisation de l'activité 2020 est inférieure à celle de 2019, elle a bénéficié de la garantie de financement. Ce dispositif a permis une augmentation de 1,1 % de la valorisation des séjours malgré la baisse globale du nombre de séjours (- 10 405).

Au titre des produits de l'activité l'établissement a également perçu, en 2020, le montant des « Lamda²² » déclarés au titre de l'année 2019 ainsi que le montant relatif au dégel du coefficient prudentiel. Pour le Lamda, la base de l'AP-HM était importante en 2019 (1,9 M€) grâce à une revue du codage sur les activités en hospitalisation qui a permis à l'établissement de récupérer 6,6 M€ auprès de l'assurance maladie entre 2016 et 2019.

Le financement des missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC) constitue la deuxième source des produits versés par l'assurance maladie et se situe, sur la période, autour de 212 M€ annuel. Ces dotations progressent en moyenne annuelle de 3,35 % entre 2016 et 2019. Entre 2019 et 2020, l'augmentation de la dotation MIGAC atteint 117,6 M€. Cette progression de plus de 54 % porte la dotation MIGAC au titre de 2020 à 336 M€²³ et résulte essentiellement de la compensation financière des effets de la pandémie.

La dotation MIGAC notifiée en 2020 comprend, 62,8 M€ de compensations des surcoûts liés à la crise sanitaire dont 27 M€ pour les tests RTPCR, 20,7 M€ pour le versement de la prime exceptionnelle Covid-19, 14,1 M€ pour compenser l'effet des revalorisations salariales liées aux accords du Ségur de la santé et enfin 4 M€ en compensation des pertes de recettes liées à la crise sanitaire sur le ticket modérateur et le forfait journalier. Elle comprend également 15,7 M€ au titre de l'aide en trésorerie qui avait été versée principalement en dotation DAF en 2019.

Les forfaits annuels progressent entre 2016 et 2019 en moyenne annuelle de 5,78 %. Tous les forfaits progressent de manière linéaire sauf le forfait annuel de prélèvement d'organes qui accuse une petite déflation, purement conjoncturelle, en 2017.

Concernant le forfait annuel des urgences, la localisation des urgences de l'AP-HM dans des quartiers sensibles lui permet de bénéficier d'une majoration²⁴ du forfait annuel des urgences (FAU).

Enfin, au titre de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) l'AP-HM perçoit en 2020, 4,92 M€ soit 3 M€ de plus qu'en 2019.

La dotation annuelle de financement (DAF) se répartit entre les soins de suite et réadaptation (SSR) à 10 % du total et la psychiatrie à 90 %.

La réforme du financement de la DAF SSR introduite par l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 combine, dans un dispositif transitoire s'étant prolongé jusqu'au 31/12/2019, anciennes et nouvelles modalités de financement. Ces dernières, représentant 10 % de la DAF SSR, sont fondées sur la part activité de la dotation modulée à l'activité prévue à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale. Pour

²² Lamda est le nom du logiciel permettant, suivant les articles L. 332-1 et L. 553-1 CSS de modifier, à titre exceptionnel, des données déjà transmises en année N-1 ou N-2 mais mal codées, ce qui permet à l'établissement de récupérer son manque à gagner.

²³ Crédits notifiés 339 M€ dont 5,6 M€ pour la MIG « internes » comptabilisés en produits constatés d'avance.

²⁴ Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale : « (...) 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ».

l'AP-HM la base initiale a baissé de 5,66 M€ en 2016 à 5,12 M€ en 2018 suite au débasage imposé par la réforme. Les pertes en bases ont été partiellement compensées par des crédits non reconductibles. Au surplus en 2018, la DAF SSR a accueilli, en phase 3, l'aide exceptionnelle aux établissements en difficulté, à hauteur de 10 M€ et en 2019 à hauteur de 16,34 M€.

Les crédits issus du mécanisme de péréquation régionale qui consiste à redistribuer pour la psychiatrie, une partie de la DAF régionale en fonctions de 4 critères (population, activité, file active et superficie) représentent, pour l'AP-HM, 3 M€ sur la période soit en moyenne seulement 2 % du financement annuel de la psychiatrie. Leur variation annuelle orientée à la baisse est sans conséquence sur le niveau de financement qui progresse, hors unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de 2,63 % en moyenne annuelle.

Sur la période 2016-2020 l'évolution de la DAF psychiatrie (55,12 M€ en 2020) est influencée par l'ouverture de l'UHSA, en février 2018, qui a conduit à sa revalorisation, en année pleine, de plus de 6 M€.

L'UHSA, construite sur le terrain du centre hospitalier spécialisé (CHS) Edouard Toulouse, prend en charge des personnes incarcérées en PACA et Corse nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Rattachée à l'hôpital Nord, elle est sécurisée par l'administration pénitentiaire, tout comme l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) qui s'en distingue car elle est destinée à l'hospitalisation des personnes détenues, hors champ de la psychiatrie. L'établissement perçoit depuis 2019 une participation au titre des détenus qui s'est élevée à 716 460 € en 2019 et 617 469 € en 2020.

3.2.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

Ces produits qui représentent 8 % du montant total des produits accusent une baisse globale en variation annuelle sur la période 2016-2020 de 1,23 %.

**Tableau n° 5 : Comparatif des tarifs journaliers de prestation
(AP-HM, AP-HP, HCL en €)**

Code tarif	Hospitalisation complète	AP-HM	AP-HP	HCL
11	Médecine et spécialités	1 446	898	1 470
15	Médecine spécialisée		1 317	
12	Chirurgie et spécialités	1 758	1 780	1 793
20	Spécialités couteuses	3 472	2 932	3 472
26	Spécialités très couteuses	4 733	4 628	5 261

Source : CRC d'après arrêtés tarifaires des établissements.

L'établissement n'a pas fait évoluer ses tarifs journaliers de prestations²⁵ depuis un arrêté du directeur général de l'ARS du 8 août 2013, contrairement à ceux des HCL ou de

²⁵ Le tarif journalier de prestation (TJP) établi par chaque hôpital sert de base au calcul du ticket modérateur (équivalent à 20 % du tarif journalier) à la charge du patient ou de sa mutuelle.

l'AP-HP dont les dernières évolutions tarifaires datent de 2018, pour autant les tarifs de l'AP-HM sont cohérents avec ceux des deux autres grands CHU.

La seule progression des produits de ce titre concerne les forfaits journaliers²⁶ en raison de leur augmentation au 1^{er} janvier 2018. La configuration hôtelière actuelle des sites de l'AP-HM, avec un bâti vieillissant et difficilement adaptable, obère une augmentation significative des produits enregistrés sur le compte c/70824 -Majoration pour chambre particulière, faute de disposer de chambres individuelles.

En 2020, la baisse des produits du titre 2 entre 2019 et 2020 résulte d'une situation contrastée en lien avec la diminution des activités d'hospitalisation de médecine et de chirurgie, hors Covid-19, ayant entraîné une baisse des recettes issues du ticket modérateur et du forfait journalier (- 3,6 M€). Cette baisse se constate également sur le ticket modérateur des consultations externes également en baisse de 3,5 M€ et sur la prise en charge des patients étrangers (- 2,7 M€).

Le titre 2 a en revanche enregistré une hausse des prises en charge des patients atteints de la Covid-19 en hospitalisation de jour (+ 2,9 M€) et la réalisation de nombreux tests de dépistage à la demande des établissements extérieurs (+ 1,4 M€). L'explication de cette croissance inédite de recettes est liée à l'activité de l'IHU et détaillée *infra*.

3.2.1.3 Les autres produits (titre 3)

L'évolution des produits de ce titre correspond à deux périodes bien distinctes.

Entre 2016 et 2018 il enregistre une croissance annuelle moyenne de 3,59 % par an essentiellement liée aux travaux de certification et à leur effet sur les reprises sur amortissements et provisions. À partir de 2016, la réévaluation au bon niveau des provisions s'est accompagnée corrélativement d'importantes reprises sur provisions. La reprise est intervenue, en 2017, sur le compte C/142 qui reçoit les financements reçus au titre des plans d'investissement « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », à hauteur de 31,10 M€. Il s'est agi de prendre en compte au réel, des surcoûts annuels engendrés par les opérations éligibles à ces financements pour répondre à une réserve du commissaire aux comptes. Cette reprise s'est traduite par un boni de 10,68 M€ en 2017 qui a impacté positivement le résultat de l'exercice.

Entre 2018 et 2020, les produits du titre 3 ont décru de 6,48 % par an en raison de la baisse du recours aux reprises de provisions (- 24 M€). L'influence de la variation des autres produits qu'il s'agisse de la rétrocession des médicaments ou de la vente de produits est purement conjoncturelle et non significative sur une tendance de fond.

3.2.2 Des charges alourdies par le poids de la dette et accrues par la crise sanitaire

Sur la période 2016-2019 l'évolution des différentes charges des titres 1 à 3, corrélée à l'activité de l'établissement n'appelle pas de remarque particulière. Ces charges apparaissent maîtrisées en particulier les charges à caractère hôtelier et général qui ne progressent en moyenne annuelle que de 0,49 % ou les charges de personnels sous l'effet de la mise en œuvre du CREF, notamment dans ses volets relatifs à la maîtrise des ressources humaines.

²⁶ Forfait journalier en MCO qui correspond à la participation financière aux frais d'hébergement est passé de 18 à 20 € et en SSR et psychiatrie de 13,50 à 15 €.

La principale caractéristique de la période est la très forte progression (+ 38 M€) des charges du titre 4 entre 2016 et 2019, soit une croissance annuelle de 8,40 %. De ce fait la part de dépenses du titre 4 passe de 10 % des charges en 2016 à 13 % en 2019. Cette situation résulte d'abord des travaux de certification qui ont eu pour effet de mettre à jour d'importantes sous-dotations des comptes de provisions pour risque et charges. Leur rétablissement au bon niveau a fortement alourdi la part du titre 4 dans le total des charges de fonctionnement sur cette même période.

Tableau n° 6 : Comparatif AP-HM, AP-HP, HCL du poids des investissements anciens

<i>Montants au 31/12/2020</i>	AP-HP	HCL	AP-HM
<i>Frais financiers nets réels</i>	50 108 937	25 043 477	28 235 179
<i>Dotations aux amortissements</i>	400 023 666	98 850 035	62 358 401
<i>Produits d'exploitation</i>	7 482 146 627	1 820 072 071	1 413 056 584
<i>Part des frais financiers</i>	0,67 %	1,38 %	2,00 %
<i>Part de l'amortissement</i>	5,35 %	5,43 %	4,41 %

Source : comptes financiers 2020 des établissements

La seconde explication à ce niveau élevé du titre 4 dans le total des charges est la mobilisation des produits d'exploitation pour financer une dette élevée et ancienne. Toutes choses égales par ailleurs et à titre illustratif en 2020, l'AP-HM a consacré 2,00 % de ses produits d'exploitation pour honorer ses frais financiers réels alors que les hospices civils de Lyon (HCL) ont mobilisé 1,38 % et l'assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP) 0,67 %. La part de la dotation aux amortissements qui constitue une ressource pour l'avenir est moins importante à l'AP-HM ce qui signifie soit que la valeur des bâtiments est moins importante soit que les bâtiments sont davantage amortis car plus anciens. L'établissement consacre une part trop importante de ses produits à des charges qui ne concourent pas directement au soutien de son activité et au renouvellement de son patrimoine.

En 2020, sous l'effet de la crise sanitaire, les dépenses des titres 1 à 3 enregistrent un bond spectaculaire tandis que les dépenses du titre 4 au contraire décroissent de 17,14 %, soit 30,9 M€ de moins entre 2019 et 2020 pour revenir au niveau de leur poids en 2016, soit 10 % du total des charges. Cette baisse s'explique principalement par des ajustements des provisions pour risques et charges d'exploitation. La diminution ou la disparition des risques afférents à ces provisions notamment sur les indus sur molécules onéreuses, la régularisation de la TVA, les franchises sur le contrat d'assurance en responsabilité civile ont entraîné la fin des provisionnements. L'autre baisse concerne les autres charges financières en raison de la disparition de la comptabilisation des soultes sur les opérations de désensibilisation de l'emprunt structuré hors charte pour près de 10 M€, puisque celles-ci sont achevées. En revanche les intérêts des emprunts poursuivent leur progression et atteignent 19,95 M€ en 2020.

3.2.3 L'excédent brut d'exploitation et la marge brute

L'examen des soldes intermédiaires de gestion (SIG)²⁷ fournis par l'établissement, permet de constater l'amélioration relative de l'excédent brut d'exploitation (EBE) qui progresse de 44 M€ entre 2016 et 2019. Sur cette même période la croissance de l'EBE comme il a été vu *supra* est essentiellement portée par celle des produits bruts d'exploitation (+ 93 M€) dont 59 M€ provenant de la croissance de l'activité. En revanche les consommations en provenance de tiers qui, du fait de la mise en œuvre des mesures du CREF, avaient été maîtrisées entre 2016 et 2018 (- 5,82 M€) sont reparties à la hausse en 2019.

Tableau n° 7 : Taux de marge brute toutes activités confondues (en M€)

<i>Montant en millions euros</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Marge brute</i>	36,89	71,78	82,72	101,02	117,31
<i>Taux de marge brute</i>	3,00 %	5,73 %	6,50 %	7,64 %	8,18 %
<i>Aides exceptionnelles établissement en difficulté</i>		10,00	22,00	24,59	20,00
<i>Soutien hôpital 2007</i>	20,42	20,42	20,42	20,42	20,42
<i>Marge brute non aidée</i>	16,47	41,37	40,30	56,01	76,89
<i>Taux de marge brute non aidée</i>	1,34 %	3,30 %	3,17 %	4,24 %	5,36 %
<i>Frais financiers nets réels</i>	33,47	32,05	29,91	27,75	28,24
<i>Dotation aux amortissements des immobilisations</i>	63,30	61,44	60,07	61,11	62,36
<i>Besoin de couverture des investissements passés</i>	96,78	93,48	89,98	88,85	90,59
Produits d'exploitation	1 229,23	1 252,20	1 271,61	1 321,65	1 434,12

Source : logiciel d'analyse des données financières (ANAFI) + notifications de l'ARS transmises par l'AP-HM.

La marge brute d'exploitation doit en principe permettre le renouvellement des actifs, l'anticipation du risque d'exploitation et la rémunération des capitaux empruntés. Il est recommandé qu'elle atteigne 8 % des produits d'exploitation.

C'est un indicateur retenu par le comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), depuis juin 2013 pour évaluer la soutenabilité des nouveaux projets d'investissements. L'instruction du 4 mars 2016 recommande également que le calcul du taux de la marge brute s'effectue hors aides financières exceptionnelles²⁸.

Établie à partir des comptes financiers, la marge brute non aidée de l'AP-HM, reste insuffisante sur l'ensemble de la période sous revue. Cela traduit l'incapacité de l'établissement

²⁷ Cf. annexe 4 Soldes intermédiaires de gestion toutes activités confondues.

²⁸ Sont déduites : « les aides financières à l'investissement (AC/DAF/FIR) comptabilisées en aide d'exploitation et allouées par l'échelon national (plans nationaux d'investissement) ou régional (marge de manœuvre régionale) ; les aides ponctuelles budgétaires (AC/DAF/FIR) versées par l'échelon national ou l'ARS. Ces aides sont celles qui visent : le soutien à un établissement en difficulté, la compensation transitoire d'un effet revenu négatif, un appui ponctuel qui ne vient pas couvrir une dépense clairement identifiée ».

à dégager de son exploitation courante une marge suffisante pour assurer sa pérennité financière et continuer à investir. Si cette marge s'améliore progressivement elle ne lui permet toujours pas de couvrir le poids de ses investissements passés et caractérise la situation d'un établissement ne pouvant subvenir à ses charges sans aide extérieure.

3.2.4 Un résultat net qui reste très insuffisant malgré une évolution positive

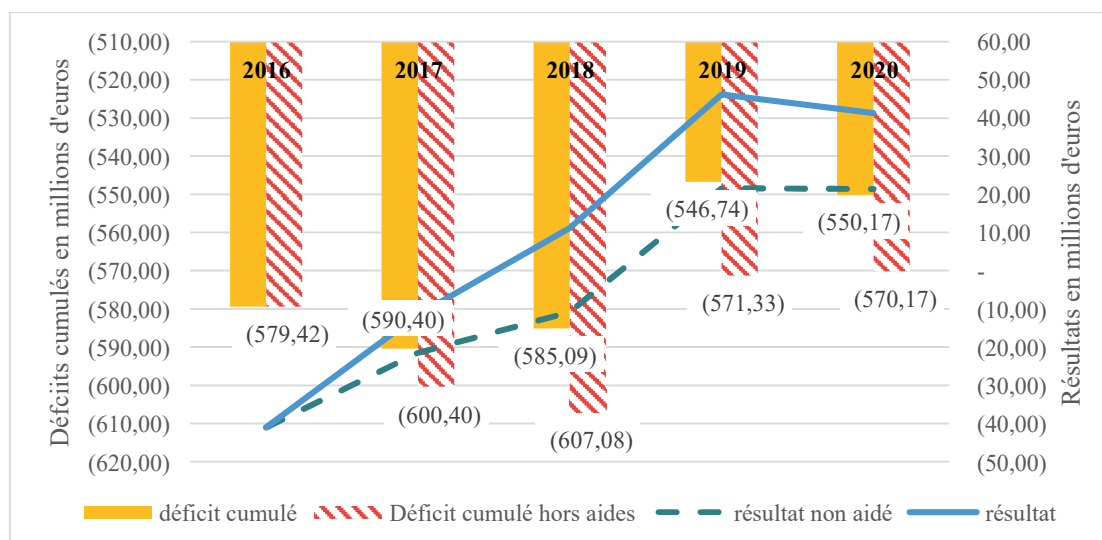
Tableau n° 8 : Évolution du résultat du budget principal et toutes activités confondues (en M€)

	2016	2017	2018	2019	2020
Résultat budget principal (H)	- 41,63	- 12,98	7,66	0,62	40,43
Aides exceptionnelles de l'ARS		10,00	22,00	24,59	20,00
Résultat H hors aides exceptionnelles de l'ARS	- 41,63	- 22,98	- 14,34	- 23,97	20,43
Résultat consolidé aidé	- 41,05	- 11,49	11,14	46,18	41,37
Résultat consolidé hors aides exceptionnelles	- 41,05	- 21,49	- 10,86	21,59	21,37

Source : comptes financiers 2016-2020 et notifications de l'ARS

Entre 2016 et 2018, sans les aides exceptionnelles de l'ARS aux établissements en difficulté, l'AP-HM ne parvient pas à dégager un résultat d'exploitation annuel positif. L'influence des budgets annexes dans la formation du résultat net toutes activités confondues est, pendant la période sous revue, peu significative sauf en 2019. En effet, cette année-là le budget de la dotation non affectée (DNA) apporte 45 M€ au résultat final grâce à la cession d'une parcelle de terrain de l'hôpital Salvator pour un montant de 18,5 M€ et la cession à l'Institut Paoli Calmette (IPC) du terrain qu'il occupait sous le régime du bail emphytéotique pour un montant de 26,7 M€.

Graphique n° 2 : Evolution du déficit cumulé (en M€)



Source : Bilans 2016-2020 de l'AP-HM

Le déficit cumulé au 31/12/2016 à 579 M€ résulte de la combinaison d'un déficit cumulé antérieur déjà élevé (- 446 M€ au 31/12/2015) aggravé par les opérations nettes en ouverture effectuées sur le compte c/119 - *report à nouveau déficitaire* - et de la poursuite des résultats négatifs d'exploitation engrangés jusqu'en 2017, malgré les aides de l'ARS. Depuis 2018, l'établissement affiche des résultats annuels excédentaires permettant de ramener le déficit cumulé à 550 M€ en 2020. Toutefois la chambre souligne que sans les aides de l'ARS ce déficit atteindrait encore 570 M€ soit pratiquement au même niveau qu'en 2016.

En dépit de ses efforts, l'AP-HM n'a pas les capacités propres pour parvenir à redresser son résultat annuel hors aides. Une dette historique trop importante et des choix de gestion passés qui alourdissent ses charges de fonctionnement, comme à titre illustratif le partenariat public privé de la plateforme logistique, ont conduit à une succession de résultats déficitaires depuis de trop nombreuses années. Ces dépenses continuent de peser sur l'exploitation et l'établissement est incapable de résorber, par son seul résultat d'exploitation, fût-il excédentaire, un déficit cumulé très élevé et qui pèse durablement sur son bilan.

3.3 Une structure bilancielle fortement dégradée

3.3.1 Un niveau d'investissement, hors projet de modernisation, qui reste insuffisant

Tableau n° 9 : Niveau annuel des investissements (en €)

<i>Nature des opérations</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<i>Opérations majeures</i>	23 120 801	18 474 178	18 877 755	17 838 722	11 755 758	90 067 214
<i>Opérations intermédiaires</i>	1 649 753	3 210 891	4 190 050	14 366 759	22 341 024	45 758 477
<i>Opérations courantes</i>	13 243 309	10 574 349	18 392 509	12 972 517	22 817 035	77 999 719
<i>Transformation</i>					413 424	413 424
<i>Total des investissements</i>	38 015 879	32 261 435	41 462 332	45 180 017	57 329 261	214 238 834
<i>Effort d'investissement</i>	2,84 %	2,36 %	2,93 %	3,14 %	3,70 %	3,01 %

Source : comptes financiers de l'AP-HM.

Les difficultés structurelles de l'établissement induisent un niveau d'investissement resté en deçà des 3 % préconisés pour permettre le renouvellement des immobilisations jusqu'en 2018. Ce niveau est d'autant plus faible si l'on retrace des opérations majeures de 2016 les opérations nouvelles à savoir l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) pour 8,7 M€ et « l'axe rouge »²⁹ du bâtiment médico-technique de la Timone 2 pour 6,9 M€ qui correspondent pour la première à une opération nouvelle et pour l'autre à l'achèvement d'un programme hôpital 2012.

À compter de 2019, le ratio s'améliore. Toutefois la chambre observe que dans cet ensemble d'investissements, 5 M€ en 2019 et 8 M€ en 2020 concernent des dépenses informatiques. Ainsi en 2020, sur un total de 57,3 M€ d'investissements seuls 29,2 M€ sont des

²⁹ Circuit prioritaire pour la prise en charge des urgences les plus critiques en lien notamment avec l'hélistation.

travaux d'amélioration bâtementaires³⁰. L'effort de 3 % d'investissements porte globalement sur l'ensemble des investissements nécessaires et pas sur les seuls besoins induits par un bâti vieillissant et dégradé. En sus des difficultés quotidiennes de fonctionnement induites par cet environnement, les contraintes budgétaires, combinées aux difficultés, techniques ont conduit l'établissement à différer *sine die* la mise en conformité de la sécurité incendie des sites de la Timone et de l'hôpital Nord qui fonctionnent sous avis défavorable de la commission de sécurité. Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM précise que les schémas directeurs de sécurisation, validés en 2021, seront mis en œuvre à horizon 2030 dans le cadre du projet de modernisation. Ces mises aux normes qui se heurtent à des difficultés techniques de mise en œuvre devraient permettre d'obtenir des avis favorables de la commission de sécurité.

3.3.2 Une capacité d'autofinancement insuffisante sur toute la période

Tableau n° 10 : Détermination de la capacité d'autofinancement (en M€)

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Résultat des comptes de résultat</i>	- 41,05	- 11,49	11,14	46,18	41,37
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	78,19	107,97	100,95	110,30	100,27
- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)	51,43	65,23	67,75	46,39	42,23
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)	0,45	0,06	1,11	0,20	1,04
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)	2,29	0,95	2,23	45,30	0,54
- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)	3,97	4,06	4,60	5,89	7,50
CAF/IAF	- 20,09	26,29	38,62	59,10	92,41
- Aides exceptionnelles ARS		10,00	22,00	24,59	20,00
CAF retraitée	- 20,09	16,29	16,62	34,50	72,41
Capital de la dette hors crédit renouvelable long terme (CRLT)*	55,01	56,50	59,40	61,11	73,62
CAF nette	- 75,11	- 30,21	- 20,79	- 2,02	18,79
CAF nette retraitée	- 75,11	- 40,21	- 42,79	- 26,61	- 1,21

Source : comptes financiers 2016-2020. (*) Hors annuité en capital du partenariat public privé de la plateforme de l'ordre de 7 M€.

L'établissement est passé d'une insuffisance de financement (IAF) au début de la période sous revue à une capacité d'autofinancement (CAF) brute qui parvient à atteindre 92,40 M€ en 2020. Ce niveau de CAF est loin d'être suffisant et son amélioration en 2020 ne saurait être qualifiée de durable compte tenu des circonstances particulières. En outre, pour une lecture objective, la CAF doit être retraitée des aides exceptionnelles apportées par l'ARS, ce qui la ramène à 72 M€ en 2020. Enfin, cette CAF brute retraitée ne permet toujours pas de

³⁰ Cf. rapport financier 2019 tome 2 page 34 et rapport financier 2020 Tome 2 page 43.

couvrir le remboursement du capital de la dette. En effet, ce montant a été fortement majoré en 2020 compte tenu du remboursement d'un emprunt obligataire *in fine* pour 20 M€.

La CAF nette non retraitée ne parvient à redevenir faiblement positive qu'en 2020. La CAF nette retraitée des aides exceptionnelles reste négative sur toute la période. L'AP-HM est donc dans l'incapacité de dégager de l'autofinancement pour ses investissements et ne peut qu'avoir recours intégralement à l'emprunt pour les financer. Ces emprunts nouveaux viendront à leur tour alourdir les charges d'exploitation alors que la croissance des charges du titre 4 constitue déjà le principal facteur de leur aggravation.

3.3.3 Une dette historique trop lourde et d'une durée de vie résiduelle encore trop élevée

Tableau n° 11 : Structure de l'endettement de l'AP-HM au 31/12/2020 (en €)

	Obligataires in fine	Obligataires amortissables	Emprunts en euros	Emprunts avec ligne de trésorerie	PPP	Total
<i>Capital restant dû</i>	35 000 000	140 120 000	689 763 085	8 666 662	64 619 979	938 169 726
<i>Durée résiduelle moyenne</i>	2 ans et 1 mois	16 ans et 3 mois	16 ans	12 ans et 10 mois	17 ans et 3 mois	15 ans et 7 mois
<i>Taux moyen</i>	3,65 %	2,02 %	2,91 %	2,12 %	3,95 %	2,87 %
<i>Part de la dette totale</i>	3,73 %	14,94 %	73,52 %	0,92 %	6,89 %	

Source : comptes financiers et tableaux des emprunts.

Le capital restant dû (CRD) au 31 décembre 2020 est de 938,17 M€. Le CRD décroît lentement depuis 2016³¹ en baisse d'un peu plus de 56 M€. Le taux moyen (3,27 % en 2016) et la durée de vie moyenne (18 ans 6 mois en 2016) se sont améliorés sur la période. La dette à taux fixe représente 72 % de l'ensemble, celle à taux variable 22 % et surtout la dette de l'AP-HM contient toujours des produits structurés à hauteur de 6 % dont des produits classés hors charte (6F) pour un capital restant dû de 27,8 M€ (3 % de la dette). Une des lignes³² a été réaménagée en novembre 2017 par les lignes à taux fixe permettant de refinancer le capital du prêt quitté, de financer l'indemnité de remboursement anticipé (IRA) à hauteur de 15,85 M€. Une autre³³ qui était un produit de courbes euros-livres sterling a été désensibilisée à hauteur de 8,5 M€ en 2020. Restent donc deux produits de change et un produit de courbes indexés sur la parité euros-dollars et euros-francs suisses dont la désensibilisation s'avère compliquée compte tenu du montant important des soultes.

³¹ CRD au 31/12/2016 est de 994 827 340 €.

³² Emprunt structuré 000675 MPH256635EUR accordé par la SFIL CAFFIL en 2007 pour 28,8 M€, classé en 6 F selon la charte Gissler (indexation sur l'écart Euros-Francs suisse et Euros-dollars US).

³³ Emprunt 670 accordé par FMS Wertmanagement pour 15 M€ classé en 6 F selon la charte Gissler (courbes sur écart euros-livres sterling).

La durée de vie résiduelle de la dette de l'AP-HM se situe bien au-delà des 10 ans prescrits et son profil d'extinction présente un décrochage qui se situe dans les années 2030 soit au-delà de la mise en œuvre du projet de modernisation. La durée de vie moyenne résiduelle de la dette de l'AP-HM reste toutefois comparable à celle des autres CHU.

L'amélioration de l'encours de dette de l'AP-HM, affichée dans le PGFP 2021-2030, résulte essentiellement de l'aide de 233 M€ apportée par l'État qui permet à l'établissement de diminuer le volume annuel des emprunts nécessaires.

Le profil d'emprunteur de l'AP-HM, nonobstant la garantie offerte par son statut d'établissement public, conduit à l'obtention de financements à des conditions de taux supérieures à la moyenne du marché et en deçà de son besoin annuel jusqu'en 2019. Si la situation s'améliore en 2019 et 2020, la dépendance de l'établissement aux financements extérieurs est un facteur de risque important en cas de remontée des taux.

3.3.4 Des emprunts obligataires trop onéreux

Conformément aux dispositions de l'article D. 6145-70³⁴, du code de la santé publique le recours à l'emprunt de l'AP-HM est subordonné, sauf pour ses crédits court terme inférieurs à 12 mois, à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS après consultation du directeur régional des finances publiques (DRFIP).

Tableau n° 12 : Financements long terme sur la période (en €)

<i>Année</i>	<i>Demandé</i>	<i>Autorisation accordée</i>	<i>Financements obtenus</i>
2016	38 933 800 amortissement constant Taux fixe 2,5 %	38 933 800 amortissement constant Taux fixe : 2,5 %	Obligataire amortissable 38,5 M€ Taux fixe : 2,456 %
2017	39 619 170 amortissement constant Taux fixe 2,5 %	39 619 170 amortissement constant Taux fixe 2,5 %	Obligataire amortissable : 29,6 M€ Taux fixe : 3,187 % Emprunt classique : 10 M€ (CEPAC). Taux fixe : 2,4 %
2018	47 670 000 (1) conditions non précisées	47 670 000 conditions non précisées	Obligataire amortissable : 19,8 M€. Taux fixe : 2,31 % Emprunt classique : 10 M€ (CA) Taux fixe : 1,66 %

Source : autorisations de l'ARS et comptes financiers.

Note 1 : y inclus 17 900,00 € refinancement et capitalisation de l'indemnité de remboursement anticipé d'un emprunt SFIL CAFILL indexé sur le franc suisse.

³⁴ « Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé : le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ; la durée apparente de la dette excède dix ans ; l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ».

Le montant total de ses emprunts atteignant, sur la période 2016-2018, 125,8 M€ (y compris refinancement) pour une autorisation de 126,2 M€, l'AP-HM a bien respecté les plafonds fixés par l'ARS. En revanche, les conditions de taux de l'emprunt obligataire amortissable contracté en 2017 (3,187 %) sont supérieures à celles prévues par l'autorisation accordée (2,5 %), ce qui est irrégulier. En effet contrairement à ce qu'affirme l'AP-HM, dans sa réponse aux observations provisoires, l'autorisation est donnée en fonction de « *l'impact prévisionnel du projet d'emprunt sur l'équilibre financier de l'établissement* » ce qui inclut bien évidemment le taux.

Compte tenu de sa situation financière très dégradée l'établissement n'a pu accéder, hors refinancement, qu'à deux emprunts dans le secteur bancaire classique pour un total de 20 M€ bien loin de son besoin total de financement pour assurer la poursuite de ses investissements programmés.

L'AP-HM est membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) - CHU de France Finance - associant 20 centres hospitaliers régionaux et universitaires publics. Ce GCS a pour objet de lever périodiquement ou ponctuellement des fonds destinés à l'investissement hospitalier auprès d'investisseurs institutionnels et privés. Si l'AP-HM a participé aux levées de fonds organisées par le GCS en 2009 et 2013, elle n'a pas fait partie des huit établissements retenus pour la levée de fonds de 100 M€ en 2015 au taux de 1,75 %. Ce taux plus favorable s'explique par une notation A+ par Fitch Ratings et A3 par Moody's Public Sector obtenue par les CHU émetteurs, dont les HCL. L'AP-HM, toujours adhérente du GCS, n'a pas été associée et a obtenu pour ses propres financements un taux supérieur de 0,7 point en 2016.

Lors de l'entretien de fin de contrôle le DGA a tenu, pour sa part, à préciser que l'AP-HM ne souhaitait plus souscrire d'emprunts obligataires remboursables *in fine* compte tenu des difficultés de gestion qu'ils engendrent dans le temps³⁵. Il ne s'agit pourtant que d'une modalité de gestion qu'il suffit d'encadrer pour anticiper leur dénouement et éviter l'effet falaise et qu'elle ne justifie pas que l'AP-HM se finance à des taux supérieurs aux autres établissements de santé.

Tableau n° 13 : Caractéristiques des emprunts obligataires sur 2016-2018

<i>Agent financier et payeur</i>	Placeur	Montant (M€)	Obligations émises (M€)	Taux	Échéances	Rémunération placeur (K€)
<i>BNP Paribas Securities Services (Luxembourg)</i>	<i>STX Fixed Income Pays-Bas</i>	38,5	37,69	2,456 %	12/2036	255 ⁽¹⁾
<i>Banque internationale à Luxembourg</i>	GFI Securities limited - Royaume-Uni	29,6	29,10	3,187 %	11/2037	500

³⁵ La chambre observe en effet que la dette obligataire ancienne, qui se dénoue en 2019 (- 30M€), en 2020 (- 20 M€) et en 2023 (- 35 M€) a bien fait l'objet d'écritures dans les comptes financiers. En revanche, elle ne figure pas dans les tableaux de variation des équilibres du bilan des PGFP 2016, 2017 et 2018, ce qui est irrégulier. Elle est uniquement reportée dans le tableau de variation du fonds de roulement net global (FRNG) du dossier investissement du COPERMO.

<i>Agent financier et payeur</i>	<i>Placeur</i>	<i>Montant (M€)</i>	<i>Obligations émises (M€)</i>	<i>Taux</i>	<i>Échéances</i>	<i>Rémunération placeur (K€)</i>
<i>(BIL)</i> <i>(Luxembourg)</i>						
<i>Banque internationale à Luxembourg (BIL) (Luxembourg)</i>	GFI Securities limited - Royaume-Uni	19,8	19,5	2,31 %	08/2033	300

Source : CRC d'après Contrats de mandats et contrats de placement transmis par l'AP-HM.

Note ⁽¹⁾ : + 812,5 K€ de frais financiers liés à une émission différée.

Faute de pouvoir s'inscrire dans les montages d'emprunt obligataires du GCS CHU de France Finance, l'AP-HM s'est tournée vers un mode de financement intermédiaire entre le financement classique et le financement obligataire sur le principe d'une opération financière d'origine allemande, le *Schuldschein*³⁶. Ce mode de financement qui consiste à mettre en relation un émetteur, en besoin de financement, avec des investisseurs institutionnels, par l'entremise d'un agent financier et payeur qui est l'arrangeur de l'opération a été utilisé à trois reprises pour des montants de 38,5 M€ en 2016, 29,6 M€ en 2017 et 19,6 M€ en 2018.

Les sociétés STX Fixed Income, de droit néerlandais et GFI Securities limited, de droit anglais ont placé auprès d'agents financiers et payeurs luxembourgeois des obligations permettant à l'hôpital d'accéder au marché obligataire, sans notation et pour une taille de financement réduite par rapport aux émissions obligataires traditionnelles qui sont en principe supérieures à 100 M€.

La société GFI, agent placeur, a perçu une rémunération assise sur la différence entre les émissions obligataires et le montant emprunté sans facturation directe entre l'AP-HM et la société pour un total de 800 000 € sur 2017 et 2018.

Dans le cas des obligations émises en 2016, la société STX a facturé directement 255 000 €. Le différentiel entre le montant emprunté et le montant maximum des obligations émises, soit 812 500 € est expliqué ainsi par la DAF. « *Le montant de 812 500 € ne correspond pas à la rémunération du placeur mais s'explique par le fait que l'émission ait été réalisée en deux temps et que les conditions financières aient évolué entre les deux étapes. Une note avait été rédigée à l'époque à l'attention de notre receveur des Finances et de notre commissaire aux comptes afin d'expliquer la raison de l'écart entre les 38,5 M€ souscrits et les 37,68 M€ encaissés (...). Comptablement, ce montant de 812 500 € a donné lieu à une écriture d'amortissement au compte 169, tel que le prévoit la M21 (prime de remboursement des obligations)* ».

³⁶ Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM a indiqué qu'il s'agissait d'un stand-alone confondant montage et modalité de gestion. Une émission d'obligations « stand-alone bond » est réalisée spécifiquement pour un emprunteur contrairement à des émissions de medium term notes (MTN).

Tableau n° 14 : Conditions de l'emprunt obligataire amortissable 2016

Montant	13 500 000	25 000 000	25 000 000	38 500 000
<i>Durée</i>	20 ans	20 ans	20 ans	20 ans
<i>Périodicité</i>	annuelle	annuelle	annuelle	annuelle
<i>Taux d'intérêt</i>	2,456 %	2,821 %	2,456 %	2,456 %
<i>Échéance constante</i>	- 862 391,03 €	- 1 652 706,44 €	- 1 597 020,42 €	- 2 459 411,44 €
<i>Intérêts à l'échéance</i>	3 747 820,50 €	8 054 128,84 €	6 940 408,34 €	10 688 228,84 €
	Différentiel sur durée de vie		1 113 720,50	

Source : contrat d'émissions obligataires (termsheet) novembre 2016.

La DAF explique que le montant de 812 500 € correspond à « des frais financiers qui auraient été payés pour la différence entre 25 M€ à 2,821 % et 25 M€ à 2,456 % sur la durée de vie totale de l'emprunt obligataire ».

Cette affirmation n'est pas corroborée par le différentiel des intérêts à l'échéance qui auraient été majorés de 1,11 M€. Le montant de 812 500 € correspond plutôt à une somme forfaitaire d'indemnisation de la société STX Fixed Income afin de combler son différentiel de taux.

Un refus d'emprunt dans le secteur bancaire a conduit l'établissement à solliciter une émission en deux temps à des dates très proches. Dès lors, la chambre constate que le montant est de fait acquitté la première année du remboursement puisque l'établissement n'encaisse que 37 687 500 € alors que le capital de départ, base du remboursement est de 38 500 000 €. Le flux des remboursements annuels est donc déformé et le taux de rentabilité interne (TRI) du produit acquitté in fine par l'AP-HM passe ainsi de 2,456 % à 2,676 %, ³⁷ soit au-delà de l'autorisation accordée par l'ARS (2,5 %), ce qui est irrégulier.

Les modalités de financement des investissements de l'AP-HM par ces emprunts obligataires amortissables sont très défavorables compte tenu des conditions de taux pratiqués sur le marché bancaire classique ou obligataire entre 2016 et 2019 et à des taux dépassant les autorisations accordées par l'ARS en 2016 et 2017.

La réalité de la situation financière de l'AP-HM est un handicap majeur dans sa capacité à se financer par des produits classiques ce qui l'oblige à se tourner vers des modes de financements alternatifs plus onéreux.

3.3.5 Des financements à court terme très onéreux pour maintenir la trésorerie à flot

Le fonds de roulement net global (FRNG), au surplus négatif, ne parvient pas à couvrir le besoin de fonds de roulement ce qui génère nécessairement une trésorerie nette négative à un niveau oscillant, hors biais de lecture du contrat de cessions de créances autour de 65 M€ ce qui oblige l'AP-HM à avoir recours à plusieurs leviers très onéreux pour assurer le paiement de ces charges d'exploitation.

³⁷ Hypothèses retenues pour le calcul du TRI flux constant de 2 459 411 € et 3 271 911 € en année 1.

Nonobstant sa minoration par erreur³⁸, le délai global de paiement (DGP) moyen annuel sur la période 2016-2018 dépassait les 100 jours. Ce système était intégré dans la logique de l'établissement puisque le plan de financement du projet de modernisation reposait sur une hypothèse de maintien d'un délai global de paiement entre 94 et 81 jours, donc très au-delà des 50 jours réglementaires³⁹. Les fournisseurs de l'établissement assuraient ainsi le financement de la trésorerie de l'établissement au détriment de leur propre équilibre pour les plus petits d'entre eux.

Depuis 2019, avec l'amélioration de la situation de trésorerie et en 2020, avec la garantie de financement accordée par l'État, la situation s'est normalisée et les délais globaux de paiement sont revenus dans les normes prescrites.

Tableau n° 15 : Montant des lignes de trésorerie

En milliers d'euros	2016		2017		2018		2019	2020	
	CE	BP	CE	BP	CE	BP	CE	CE	CA
Plafond	50 000	20 000	50 000	20 000	50 000	15 000	50 000	50 000	20 000
Frais financiers	794	313	771	385	691	247	460	408	20
CNU	38	1	50	1	48	1	44	41	N.C.
Total	832	313	820	386	739	247	504	449	20
Frais utilisation	0,13 %	0,46 %	0,13 %	0,41 %	0,10 %	0,32 %	0,10 %	0,10 %	0,10 %

Source : CRC d'après suivi des lignes de trésorerie transmises par l'AP-HM et compte financiers pour 2019 et 2020

L'APHM disposait en 2016 et 2017 de deux lignes de trésorerie pour un plafond autorisé total de 70 M€. À partir de novembre 2018, celle de la banque postale qui avait été abaissée en novembre 2017 à 15 M€ a été supprimée en lien avec le contrat d'affacturage passé avec cette même banque. Celle de la caisse d'épargne a été renouvelée en 2018 puis 2019 et 2020 pour 50 M€.

Les mouvements sur les lignes de trésorerie à hauteur de 700 M€ en début de période permettent de caractériser l'ampleur des difficultés de trésorerie de l'établissement qui vit à crédit une grande partie de l'année. Ce financement à court terme coûtait en moyenne 1,14 M€ par an à l'AP-HM sur le début de la période. La diminution des tensions sur la trésorerie a amélioré la situation en 2019 et 2020. La chambre observe toutefois que le contrat du crédit agricole pour 20 M€ n'a pas été utilisé et que sa mise en place aurait pu être évitée, même si,

³⁸ Le calcul du délai global de paiement (DGP) issu de l'applicatif Delphes comporte une erreur en 2018 et 2019 directement liée à la situation de la trésorerie nette de l'AP-HM. Il a été anormalement impacté par la mise en place du code "Insuffisance de trésorerie" neutralisant, pour le délai du comptable uniquement, le délai s'écoulant entre la date de réception du mandat chez le comptable et la date de paiement décidée par l'ordonnateur suivant son ordre de priorité et donc minoré par rapport à la réalité.

³⁹ Dossier projet de modernisation du COPERMO page 110 et 111 « Ce maintien du fonds de roulement au niveau de 2019 a pour conséquence logique le maintien de la trésorerie, toutes choses égales par ailleurs : besoin en fonds de roulement 2019 inchangé par rapport à celui constaté au 31/12/2018, et un délai de paiement aux fournisseurs de 94 jours, avec une augmentation du DGP sur l'année 2020 afin de maintenir une trésorerie négative d'environ - 50M€, montant correspondant au niveau des concours bancaires disponibles. (...) Une mobilisation des concours bancaires à hauteur du niveau disponible moyen actuellement (70 M€) permettrait de réduire les délais de paiements autour de 81 jours à l'issue de la période ».

comme l'indique l'établissement dans sa réponse aux observations provisoires, elle n'a pas généré de surcoût.

L'AP-HM a signé en août 2018, et renouvelé en août 2020, un contrat de cession des créances de T2A détenues sur la caisse primaire d'assurance maladie, avec la banque postale crédit d'entreprises, portant sur l'exercice de référence 2017-2018, soit un montant de 690,54 M€. Ce contrat prévoit le versement de deux acomptes mensuels de respectivement 14,39 M€ et 25,90 M€ et le cas échéant, si les arrêts de notification de l'ARS dépassent ce montant total de 40,28 M€, un complément de prix. En contrepartie de ce portage de trésorerie, la banque postale se rémunère grâce à une commission d'affacturage de 0,023 % des créances cédées soit 158 824 euros pour la cession de créance de référence et une commission de financement au taux de 1 %⁴⁰ sur les montants des créances financées appliqués au nombre de jours pendant lesquels la banque postale détient les créances jusqu'à la date de règlement effective par la CPAM selon un mécanisme équivalent à une ligne de trésorerie.

L'intérêt financier de ce nouveau système dépend donc exclusivement du raccourcissement du délai de détention des créances sur la CPAM puisque la commission de financement est plus élevée qu'une ligne de trésorerie.

Depuis la signature du contrat par l'AP-HM deux grandes évolutions sont venues modifier le paysage réglementaire de la cession de créances pour les établissements de santé.

D'une part ce type de services financiers, entré depuis le 1^{er} avril 2019 dans le champ des contrats soumis au code de la commande publique et d'autre part un décret n° 2019-903 du 29 août 2019 relatif au recours aux cessions de créances sur les produits de l'assurance maladie par les établissements publics de santé, est venu encadrer cette pratique. Dans le cas de l'AP-HM l'établissement doit recourir à l'autorisation de l'ARS telle que prescrite par l'article D. 6145-72-2 du CSP⁴¹.

Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement admet que ce contrat d'affacturage est défavorable à l'établissement pour un montant évalué par ses soins à 0,18 M€ et indique qu'il ne sera pas renouvelé.

3.3.6 Un équilibre bilanciel à terme incertain

Tableau n° 16 : Bilans fonctionnels 2016-2018 et projection 2030

Montant en milliers d'euros	2016	2017	2018	2019	2020	Proj - 2030
Fonds de roulement net global	- 42 900	- 46 134	- 36 161	- 7 949	19 796	40 006

⁴⁰ Euribor 3 mois + 1 %. L'euribor étant actuellement négatif c'est un taux de 1 % qui s'applique.

⁴¹ « Lorsque les conditions définies à l'article D. 6145-72-1 ne sont pas réunies, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser les établissements publics de santé à recourir à une cession de créances notifiée à titre d'escompte. Le directeur de l'établissement adresse sa demande d'autorisation à l'agence régionale de santé assortie des contrats de l'ensemble des produits de financement de court terme dont il dispose, des propositions commerciales concernant des contrats de cession de créances, d'un plan prévisionnel de trésorerie et d'une actualisation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'exercice en cours. (...) Lorsque la décision est favorable, elle fixe le montant maximum de cessions mensuelles de créances autorisé, dans la limite prévue au dernier alinéa de l'article D. 6145-72-1 ».

Montant en milliers d'euros	2016	2017	2018	2019	2020	Proj - 2030
Besoin en fonds de roulement	22 920	20 880	- 5 250	3 464	22 935	22 792
Trésorerie nette	- 65 288	- 66 951	- 30 911	- 11 413	- 3 139	17 214

Source : CRC d'après bilans figurant aux comptes financiers (2016-2020) et chiffres clés du PGFP 2021-2030 de juin 2021.

Les bilans fonctionnels de la structure, établis, pour 2016 à 2020 sans retraitement à partir des données du compte financier, et la projection à dix ans du PGFP 2021-2030 dont le scénario reste par ailleurs incertain voir erroné notamment le volume des cessions comme rappelé *infra*, confirment une situation bilancielle structurellement dégradée.

Le fonds de roulement net global (FRNG) qui correspond à la différence entre les ressources (passif du bilan) et les emplois stables (actif du bilan) s'améliore pendant la période sous revue. Entre 2016 et 2019 le FRNG est négatif ce qui signifie que les investissements durables ne sont pas intégralement financés par des ressources de même nature. Cette situation extrêmement grave résulte essentiellement de l'insuffisance de capitaux propres. Ces capitaux qui correspondent aux ressources financières de l'hôpital, hors dette extérieure, sont passés de - 48 M€ au bilan de 2015 à - 208 M€ en 2016, en raison à la fois de résultats nets négatifs (- 41 M€) et surtout des écritures de fiabilisation liées à la certification des comptes réalisées en situation nette depuis l'exercice 2016.

Une entreprise du secteur privé dans cette situation serait considérée comme insolvable et en cessation de paiement. L'insuffisance des capitaux propres s'est d'abord dégradée en 2016 et 2017 avant de lentement s'améliorer sur la période pour s'établir à 135 M€ au bilan de 2020.

Les équilibres bilanciels projetés par l'AP-HM dans le PGFP 2021-2030 font ressortir, en 2030, un FRNG à 40 M€ et une trésorerie positive sur toute la durée⁴² du plan. Toutefois les hypothèses sous tendant cette projection reposent essentiellement sur le plan de financement du projet de modernisation, lequel reste très incertain.

Hors projet de modernisation, les hypothèses de cessions d'actifs illustrent cette incertitude. Programmées dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de la période 2019-2029 à hauteur de 104,8 M€ elles étaient destinées à la recapitalisation de la structure. En 2019, ces cessions ont été réalisées à hauteur de 45 M€ comme il a été vu *supra*.

Dans son PGFP 2021-2030, présenté à l'ARS en juin 2021, l'AP-HM escomptait la réalisation de nouvelles cessions à hauteur de 65,94 M€. Invitée à présenter le plan de cession permettant de vérifier ces hypothèses, l'AP-HM a indiqué qu'en réalité le plan de cession⁴³ n'atteignait que 21,06 M€. Selon l'AP-HM des cessions envisagées sur les hôpitaux sud pour un total de 40 M€ sont empêchées en raison du classement du parc de l'hôpital Salvator en espace boisé classé (EBC) dans le PLUi de la métropole. Or celui-ci a été adopté en décembre 2019 et l'établissement aurait dû, en juin 2021, analyser les conséquences de ce changement. La cession d'un terrain sur le site de la Timone pour 6 M€ a également été abandonné, le projet envisagé n'ayant pas abouti. Au cas présent le PGFP présenté à l'ARS

⁴² Sauf en 2023 en raison du remboursement en capital du dernier emprunt obligataire remboursable *in fine* de 35 M€.

⁴³ Le plan de cession n'a pas été transmis.

comporte un montant de recettes surévalué de 46 M€. Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement indique que ce différentiel a été corrigé en novembre 2021 lors de la présentation de la trajectoire financière associée à la revue pluriannuelle d'investissement.

Les hypothèses de retour à l'équilibre du FNGR comportent donc de fortes incertitudes et de surcroît ne permettent pas de sortir l'établissement de sa dépendance financière. Son taux d'indépendance financière envisagé à l'issue de la période 2021-2030 serait ainsi toujours supérieur à 50 % (62 %). La CAF nette cumulée envisagée sur la période 2021-2030 serait également globalement négative de 111 M€.

Sans restauration en amont de son équilibre bilanciel, l'AP-HM s'engage dans un grand projet d'investissement et de modernisation, certes indispensable à son fonctionnement, mais dont les fondamentaux apparaissent à la chambre très incertains. Au surplus, l'établissement ne parvient pas, en toutes circonstances, à sortir de sa situation de surendettement.

Recommandation n° 2 : Reconstituer rapidement le fonds de roulement net global en poursuivant et intensifiant les efforts entrepris et en recherchant une aide extérieure pour y parvenir.

4 LA PRISE EN CHARGE DE LA PANDEMIE

4.1 Les conséquences de la pandémie sur l'activité de l'établissement

Les effets de la pandémie sur les différentes activités de l'AP-HM ont eu une intensité variable en fonction des mesures de restriction mises en œuvre par les pouvoirs publics, de la volonté de préserver la prise en charge des patients non Covid et des effets de la stratégie vaccinale déployée sur le territoire.

Pour l'hospitalisation complète, la 1^{ère} vague, de mars 2020 à juin 2020, s'est traduite par une très forte baisse de l'activité sous l'effet du confinement strict imposé à la population et de l'arrêt total des activités programmées. En moyenne, par rapport à la même période de référence en 2019, le nombre de séjours en hospitalisation complète en médecine chirurgie obstétrique (MCO) a reculé sur les quatre mois de 30 %⁴⁴, soit une baisse de 10 750 séjours. Pendant cette même période, plus de 3 000 séjours ont été assurés pour la prise en charge des patients Covid. De septembre 2020 à avril 2021, l'activité a de nouveau baissé, moins fortement, avec un recul de 15 %, soit - 11 700 séjours sur 8 mois et des séjours pour Covid représentant près de 3 900 entrées sur la période. Enfin, depuis juillet 2021 et la 4^{ème} vague, toujours en cours en décembre 2021, la baisse d'activité est limitée à - 8 % sur la période, avec près de 1 000 patients accueillis pour prise en charge du Covid.

L'activité des blocs opératoires a suivi un profil similaire à l'hospitalisation complète à savoir - 40 % lors de la 1^{ère} phase (- 7 400 interventions), - 13 % en 2^{ème} et 3^{ème} phase et - 4,5 %

⁴⁴ Cette baisse d'activité a même dépassé 55 % pour le seul mois d'avril 2020.

en 4^{ème} vague. Toutefois le taux de fermeture des salles exigé par l'ARS n'a pas été identique au taux de baisse de l'activité pour la Timone adultes et l'hôpital Nord. En effet, l'établissement, afin de préserver l'activité chirurgicale urgente, a revu son organisation pour utiliser deux salles physiques avec un seul armement en ressources humaines et un allongement des temps de vacation par salle. À l'inverse, pour la Conception et la Timone enfants la baisse du taux d'activité a été supérieure au taux de fermeture afin de récupérer des personnels qualifiés permettant d'armer des blocs opératoires dans les secteurs tendus.

La réanimation a été très fortement affectée par la crise sanitaire puisqu'au total sur quinze mois de crise Covid cumulés (phases 1 à 4), l'activité de réanimation a connu une hausse de 13 170 journées soit + 31 % alors même que l'activité chirurgicale était très fortement en baisse en particulier sur la première vague. Cette tension sur les lits de réanimation (Cf. *infra* 3.2.3 La gestion des lits de réanimation) a conduit l'AP-HM à transformer, lors des pics de la crise, la totalité des lits des unités de soins continus en lits de réanimation et a mis en place des lits d'USC *ex nihilo* dans les salles de réveil pour maintenir l'activité des urgences vitales non liées au Covid.

Les activités ambulatoires d'hospitalisations de jour et de consultations externes, essentiellement programmées, ont pour leur part reculé de 44 % (- 126 000 consultations) entre mars 2020 et juin 2020. Les mesures de prévention prises par l'hôpital et les effets de la vaccination ont permis de limiter le recul à - 8,5 % pour les vagues suivantes. Sur toutes les périodes les pathologies chroniques et cancéreuses ont été priorisées pour éviter toute perte de chance. Les passages en hôpital de jour de médecine et en chirurgie ambulatoire ont été particulièrement affectés par la 1^{ère} vague (- 38 % au total et jusqu'à - 60 % pour la chirurgie ambulatoire) et sont revenus à partir de juillet 2021 au niveau de la période de référence 2019.

Une exception notable de cette activité en baisse a concerné les consultations externes et hospitalisations de jour du pôle des maladies infectieuses et tropicales (MIT) localisées à l'institut hospitalo-universitaire (IHU) Méditerranée – Infection. Selon l'établissement, pour 21 829 consultations réalisées en 2019, le MIT a enregistré 64 869 consultations externes entre mars 2020 et septembre 2021 avec un seul répit de septembre à décembre 2020. La tendance a été encore plus marquée pour l'hospitalisation de jour (HJ) avec 40 951 HJ entre mars 2020 et septembre 2021 pour une référence à 2 417 HJ sur toute l'année 2019. La chambre observe qu'à l'aune du capacitaire du MIT l'obtention de tels volumes d'activité, suppose une occupation supérieure à 100 %.

L'établissement confirme que cette explosion d'activités s'explique par la fréquentation record de l'IHU en lien avec les thérapeutiques prescrites notamment l'hydroxychloroquine et la pratique large du dépistage.

Le surcoût des dépenses engagées entre mars 2020 et septembre 2021 sur l'IHU s'élèvent à 21,1 M€ dont 2,4 M€ au titre des dépenses de personnel et le reste au titre des réactifs et kits de prélèvement. L'ensemble de ces dépenses a été compensé par le remboursement des tests PCR.

L'impact de la pandémie de la Covid-19 sur l'activité des services d'urgences a été différent suivant l'intensité des mesures de restriction mises en œuvre par les pouvoirs publics. Lors du confinement strict de la période mars 2020-juin 2020, l'activité des urgences a subi une très forte baisse. Le nombre de passages aux urgences a reculé de 33 %⁴⁵, soit 49 000 passages entre mars et juin 2020 pour près de 73 000 passages entre mars et juin 2019. Au sein des 49 000 passages enregistrés, les venues pour cause ou suspicion de Covid ont représenté

⁴⁵ Elle a même dépassé 47 % pour le seul mois d'avril 2020.

1 600 passages. La traumatologie, mais aussi les urgences cardiologiques et neurologiques, figurent parmi les disciplines les plus marquées par cette baisse d'activité. De septembre 2020 à avril 2021 avec des mesures de freinage de l'épidémie moins strictes, l'activité des urgences a reculé de 16,7 %, soit - 24 000 passages, les passages pour Covid représentant près de 7 200 venues sur la période.

En revanche au début de la 4^{ème} vague (juillet-août 2021) le recours aux services d'urgences a été massif pour cause de Covid, avec plus de 2 600 venues en deux mois, au sein d'une activité elle-même en progression de près de 11 % par rapport à la même période de référence en 2019.

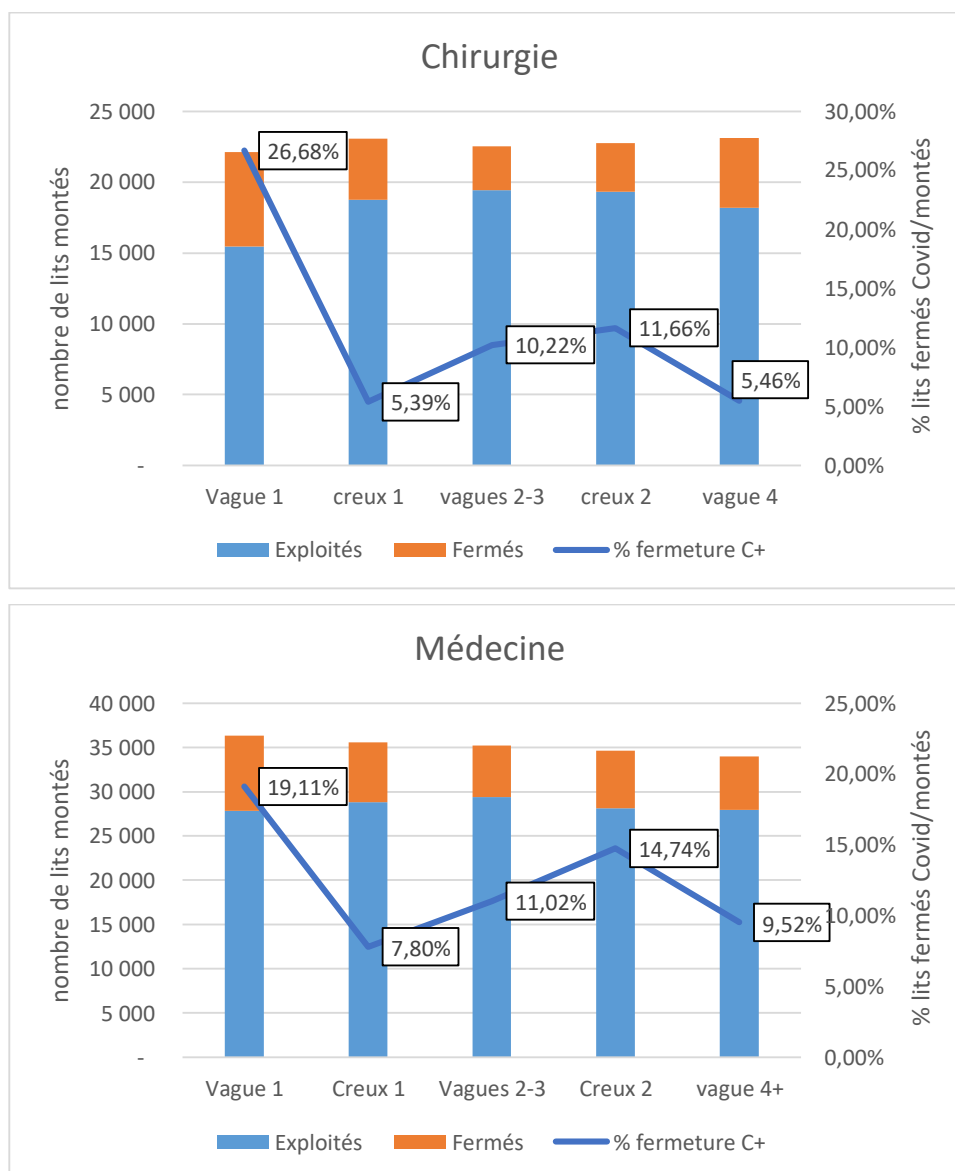
L'activité du SAMU-Centre 15 a connu une forte progression lors des différentes vagues de la pandémie. Sur l'ensemble de la période, 56 000 dossiers supplémentaires ont été traités, soit un nombre d'appels en hausse de 11 % par rapport à la même période de référence en 2019, dont 54 000 dossiers liés au Covid.

4.2 L'organisation de l'AP-HM face à la pandémie

4.2.1 L'adaptation capacitaire à la prise en charge de la crise sanitaire

Hors réanimation (cf. *infra*) les hospitalisations conventionnelles des patients Covid ont été reçues sur le pôle MIT qui comporte les quatre unités fonctionnelles de l'IHU et sur des unités d'aval dédiées à leur prise en charge. Ces unités ont reçu des patients Covid en étant totalement ou partiellement dédiées à leur hospitalisation afin d'assurer en parallèle leur activité de recours. Lors de la première vague, deux autres typologies d'unités ont été activées : les unités post Covid et les unités de soins palliatifs. Pour les autres vagues ces typologies ont été fusionnées avec l'hospitalisation conventionnelle. Pour la psychiatrie, dans l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) des lits ont été fléchés pour les patients normalement accueillis dans ces unités et porteurs du virus.

Au maximum des différentes vagues, jusqu'à 18 unités fonctionnelles, hors réanimation, ont été mobilisées simultanément pour l'accueil des patients Covid pris en charge. Les patients porteurs du Covid ont également été pris en charge dans 16 unités fonctionnelles dites « tampon » non dédiées au Covid afin de recevoir des soins spécialisés hors traitement des conséquences du Covid.

Graphique n° 3 : Effet de l'isolement sur les fermetures de lits (Nbre de journées)

Source : CRC d'après données AP-HM

Note : vague 1 : mars-mai 2020 ; creux 1 : juin-août 2020 ; vagues 2-3 : septembre 2020-avril 2021, creux 2 : mai juin 2021, vague 4 et suivante : juillet-septembre 2021 soit 19 mois.

Lors de la première vague, en unités conventionnelles dédiées Covid, 300 lits étaient réservés par jour pour moins de 250 patients accueillis. La cible a été ajustée plus finement lors des vagues suivantes afin de ne pas emboliser les services inutilement. Les fermetures de lits pour « isolement prescrit » ont représenté sur l'ensemble de l'AP-HM, toutes spécialités confondues, hors gynécologie, jusqu'à 79 % des motifs de fermetures. En avril 2020, ces fermetures pour « isolement prescrit » ont amputé de plus de 20 % les capacités d'accueil de l'AP-HM. Pour la gynécologie les fermetures n'ont concerné que la 1^{ère} vague avec 4,81 % de lits fermés en moyenne dont 11,79 % en avril 2020.

En moyenne du nombre de lits montés, c'est-à-dire la somme des lits exploités et des lits fermés, exprimés en journées, les fermetures de lits pour isolement prescrit ont représenté jusqu'à 27 % du nombre de lits montés en chirurgie lors de la première vague et 19 % de ceux montés en médecine. L'effet de l'isolement a, par la suite, été mieux géré comme en témoigne

le plus faible taux des fermetures pour cause de Covid sur les vagues suivantes. Les remontées des taux de fermeture lors des périodes de creux épidémiques s'expliquent par les mesures de précautions prises pour accueillir les patients fragiles. En effet, pour éviter qu'ils ne soient contaminés lorsqu'ils sont hospitalisés, le second lit des chambres doubles a été neutralisé systématiquement.

4.2.2 La gestion des déprogrammations

Les phases d'activation du plan blanc, comportant cinq paliers, ont correspondu à l'émergence des différentes vagues successives de l'épidémie. Le plan blanc activé le 14 mars 2020 n'a été désactivé qu'entre le 2 juin et le 14 août 2020 et entre le 10 juin 2021 et le 3 août 2021. Il a donc couvert la deuxième et la troisième vague sur une période de 10 mois en continu.

Lors de la première vague, la déprogrammation a été massive et pour les consultations, l'établissement a eu recours à la téléconsultation qui a été très soutenue de mars à mai 2020. Toutes les spécialités ont subi des déprogrammations. Les activités ont été progressivement reprogrammées à partir du 10 mai 2020. En fonction du niveau d'activation des paliers, la stratégie de l'établissement a été de préserver la prise en charge des urgences et des pathologies ciblées pour lesquelles l'allongement des délais de prise en charge entraîne une perte de chances⁴⁶. Cette stratégie a été difficile à tenir en mars 2021 puisque l'établissement a été contraint à un taux de déprogrammation qui a atteint 70 % dans certains secteurs de chirurgie faute de disposer d'un personnel de renfort en provenance des autres établissements.

Des déprogrammations ont également été nécessaires par l'application stricte, à partir du 15 février 2021, de l'hospitalisation des patients immunodéprimés des services de spécialité en chambre à un lit. Le passage en chambre seule a également été systématisé en cas de survenue de cluster dans un service. Les patients immunocompétents programmés ou transférés à partir des urgences ont également été placés en chambre seule, le temps de vérifier leur statut Covid c'est-à-dire le temps de disposer de deux tests PCR négatifs ce qui a ralenti le flux. Cette politique a conduit à des déprogrammations dans les services de dermatologie, d'oncologie médicale et de neurologie de la Timone, d'oncologie/hématologie de la conception et de médecine interne, de gériatrie, d'endocrinologie à l'hôpital Nord.

Des déprogrammations sont également intervenues pour redéployer des personnels spécialisés vers les unités accueillant des patients Covid en provenance des services de cardiologie et de pédiatrie de la Timone et de chirurgie pédiatrique, de chirurgie maxillo-faciale et d'endoscopie digestive de l'hôpital Nord.

À la mi-octobre 2021, le plan blanc a été levé. Toutefois 140 lits sur 2 600 demeurent fermés pour respecter la prise en charge des patients Covid en chambres individuelles. Si à cette date l'accueil des patients en chambre double permet d'envisager la réouverture des lits, le retour à la normale est freiné par l'absentéisme, la suspension de certains agents ne remplissant pas leurs obligations vaccinales⁴⁷ ou la fragilité de certains patients. Les personnels médicaux et non médicaux dont les activités ont été déprogrammées ont été affectés dans les différentes unités Covid.

⁴⁶ Cancérologie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie et prises en charge des IVG.

⁴⁷ 17 lits fermés en chirurgie pédiatrique pour cette raison.

4.2.3 La gestion des lits de réanimation

Pendant la crise sanitaire le niveau capacitaire des lits de soins critiques de l'AP-HM a dû répondre au maintien d'une égalité d'accès aux soins, en évitant toute perte de chance pour les patients atteints ou non par le virus du Covid-19 et en maintenant une marge de sécurité pour des potentiels patients non Covid à la demande de l'ARS, en cas de déclenchement du plan « ORSAN AMAVI ⁴⁸ » pour cause de niveau d'alerte « Sécurité renforcée – Risque attentat » sur la période 2020-2021.

Au total, 1 877 patients Covid ont été admis en réanimation au cours des différentes vagues, soit 41 % des patients pris en charge dans le département des bouches du Rhône. 150 patients ont été transférés des établissements hospitaliers de la région. Pour faire face aux tensions l'établissement a eu recours à des extensions de capacité et à des transferts de patients.

Lors de la première vague, la contagiosité et la mortalité liées au Covid étant inconnus, l'établissement a adopté une réponse de type « ORSAN BIO ⁴⁹ ». Des unités ont été dédiées à la prise en charge des patients Covid. Elles étaient équipées de sas d'entrée et passées en pression « négative ». Le personnel y travaillant était dédié avec des équipements de protection individuelle (EPI) corps entier. Les patients non Covid, peu nombreux du fait du confinement ont été pris en charge dans des réanimations éphémères mises en place dans les unités de surveillance continue et dans les salles de réveil des différents sites de l'APHM. Lors de cette première vague, 118 lits de réanimation ont été simultanément occupés par des patients Covid. Le capacitaire de l'AP-HM étant de 109 lits de réanimations et 40 lits d'unité de surveillance continue (USC), de lourds investissements ont été réalisés (respirateurs, poussoirs seringues électriques, échographes, etc.) afin que chaque lit de soins critiques puisse être transformé en lit de réanimation.

Pour les autres vagues, une meilleure connaissance de la contagiosité du Covid a permis des prises en charges au sein des différentes réanimations de l'AP-HM sans avoir recours à des unités spécifiques. Pour ne pas dépasser la capacité de lits de réanimation leur accès a été réservé aux cas les plus graves. Les unités d'hospitalisation conventionnelle équipées de dispositifs d'oxygène à haut débit, de moyen de monitoring déportés ont été transformées pour accueillir des lits dits de « soins intermédiaires ». Cette mise en place a permis lors des deux vagues suivantes d'éviter un dépassement des capacités des soins critiques. Avec cette organisation, 214 lits de soins critiques ont été exploités avec un pic au 27 avril 2021 de 107 patients Covid et 79 patients non-Covid présents simultanément. L'AP-HM n'a pas pu compter sur des renforts extérieurs venus des autres établissements locaux. L'établissement a pu pallier ce manque grâce à l'arrêt des écoles de santé qui a permis de passer le pic d'avril et pour la 4^{ème} vague avec l'utilisation massive du déplafonnement des heures supplémentaires.

Les transferts inter-régionaux par avion ont concerné 11 patients de l'AP-HM transférés vers d'autres régions, au cours de l'année 2021 pour un coût total de 38 630 €. Les extensions capacitaires en lits de soins critiques, sous réserve de la fiabilité d'un suivi comptable compliqué par l'urgence des mesures prises⁵⁰, ont engendré un surcoût de 17,9 M€ entre mars

⁴⁸ Le plan ORSAN pour « organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires » exceptionnelles organise et adapte les soins au niveau régional afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les personnes malades puissent bénéficier des soins appropriés. Son volet AMAVI pour « accueil massif de victimes non contaminées » a pour objectif de prendre en charge des victimes en grand nombre par exemple lors d'un attentat faisant de nombreuses victimes.

⁴⁹ Le volet ORSAN-BIO est destiné à la prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent.

⁵⁰ A titre d'illustration, le redéploiement de personnels des blocs opératoires, n'a pas fait l'objet, selon l'établissement d'une ré-imputation comptable systématique sur les services de destination de ces renforts.

2020 et août 2021, soit + 23 % par comparaison avec la période de référence de 2019. Les plus fortes augmentations ont concerné le personnel non médical (PNM) pour 9 M€ (+ 24 %), le personnel médical pour 3 M€ (+ 19 %) et les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux pour 4,8 M€ (+ 25 %). Enfin, l'APHM a été centre de recours pour les patients Covid de la région qui nécessitaient une oxygénation par un dispositif dénommé ECMO, acronyme d'extra corporelle membrane oxygénation. 196 patients Covid ont bénéficié de cette technique dont 84 patients transférés des hôpitaux de la région PACA pour un surcoût total de 1,4 M€.

4.2.4 La gestion des personnels pendant la pandémie

Pour faire face aux tensions générées sur les personnels par les différentes vagues l'AP-HM a sollicité des renforts sur la plateforme dédiée de l'ARS.

Pour le personnel non médical, les candidatures de personnels volontaires se sont révélées être une source de recrutement très marginale notamment car l'offre ne correspondait pas aux besoins prioritaires de l'établissement. La réserve sanitaire a été mobilisée par l'AP-HM en 2020 à hauteur de 52 professionnels réservistes, soit 7 aides-soignants et 45 infirmiers diplômés d'État (IDE) adressés par santé publique France et accompagnés par un cadre référent de la mission. Pour les AS cette présence a représenté 11 semaines de temps plein et pour les IDE 79 semaines de temps plein.

Tableau n° 17 : Renfort Covid par métiers

<i>En équivalents temps plein rémunérés</i>	2020	[Janv. Août] 2021
<i>Aides-soignants</i>	51,19	216,87
<i>IDE et IDE spécialisés</i>	52,83	76,48
<i>Autres soignants</i>	11,27	32,92
<i>Administratif</i>	5,87	19,22
<i>Medico Technique (technicien de laboratoire)</i>	18,65	53,76
<i>Autre personnel</i>	6,5	7,79
Total	146,3	407,04*

Source : données AP-HM * 376 ETP en année pleine 2021 suivant la réponse de l'AP-HM aux observations provisoires.

En sus des deux premiers dispositifs, des personnels libéraux ont également été recrutés pour couvrir des vacations non pourvues. Ils ont été recrutés en contrat à durée déterminée sous forme de contrats de renfort. L'ensemble de contrats de renforts a représenté en moyenne annuelle 146 équivalent temps plein rémunéré (ETPR) en 2020 et 407 ETPR de janvier à août 2021.

Pour le personnel médical, l'établissement n'a pas fait appel à la réserve sanitaire. 31 praticiens attachés et praticiens contractuels ont été recrutés en contrats de renforts équivalent à 2,95 ETPR entre mars 2020 et septembre 2021. Pour les personnels juniors, 16 internes ont été réaffectés au sein des hôpitaux de l'AP-HM en provenance des cabinets de médecine de ville et 15 internes recrutés dans le cadre d'un retour de disponibilité. Huit internes

ont été affectés à l'IHU en unité Covid, neuf en réanimation Covid et quatorze dans les différentes unités dédiées Covid hors réanimation. Enfin, l'établissement a eu recours à des personnels extérieurs à l'institution dans le cadre de la vaccination Covid également en contrat de renfort.

La période a été marquée par une augmentation relative de l'absentéisme en 2020, passant de 10,9 % en 2019 à 11,9 % en 2020. À fin août 2021, le taux moyen d'absentéisme est de 11,6 %. Pour le personnel médical les éléments transmis ne permettent pas de caractériser une majoration de l'absentéisme par rapport à la période de référence 2019. Outre le recours aux heures supplémentaires des réorganisations ont été mises en œuvre dans différentes unités transformées en unité Covid par un passage en cycles de 12 heures, par exemple dans le service de pneumologie de l'hôpital Nord ou de réanimation des brûlés de l'hôpital de la conception.

L'établissement n'a pas eu recours à des prises obligatoires de congés en dehors de l'obligation rappelée par note de service de programmation de ces congés avant le 31 mars et de consommation avant le 31 décembre déjà en vigueur.

Enfin, le suivi du statut vaccinal des personnels médicaux et non médicaux est assuré de manière rigoureuse par l'établissement.

4.3 La coopération avec les autres établissements

Sous l'égide de la direction départementale de l'ARS PACA, l'AP-HM a participé à la répartition de l'effort de prise en charge en hospitalisation conventionnelle des patients atteints par le Covid. Cette stratégie, menée avec le concours de deux praticiens hospitaliers de l'AP-HM, a consisté à fixer des cibles capacitaires pour chaque établissement. Ces cibles révisées hebdomadairement permettent de bâtir un schéma de délestage des établissements disposant de services d'urgences de 1^{ère} ligne, comme l'AP-HM, des patients pouvant être transférés dans les établissements périphériques dits de 2^{ème} ligne.

La fixation de cibles capacitaires a également permis à l'APHM de continuer à répondre à ses obligations associées aux missions de recours et d'hyper recours afin d'éviter au maximum toutes pertes de chances. L'AP-HM s'est dotée à titre expérimental d'une cellule de placement des patients sur le site de l'hôpital Nord puis sur celui de la Timone qui a fonctionné avec des outils traditionnels à savoir le téléphone, plus fiable que les outils informatiques dédiés qui se sont révélés inopérants. L'établissement estime que la collaboration avec les établissements privés a été efficace au bénéfice des patients pris en charge. Cette stratégie a également été déclinée au sein des établissements du GHT-13 pour que l'AP-HM prenne en charge les patients les plus critiques conformément à sa mission de référence et de recours.

La principale difficulté est venue des patients eux-mêmes dont les familles étaient réticentes à des transferts hors AP-HM, réticence renforcée par la notoriété dont a bénéficié l'IHU pendant cette pandémie qui a conduit certains patients à exiger d'être hospitalisés à l'AP-HM. L'établissement précise dans sa réponse aux observations provisoires que cette réticence a également été rencontrée en cas de transfert hors région.

Concernant les établissements sociaux et médico sociaux la structure d'hospitalisation à domicile de l'AP-HM a été sollicitée, en sus de son activité de soins, lors de la 1^{ère} vague pour aider à structurer les pharmacies des établissements et à organiser les locaux pour limiter les risques de contagion. Une coopération a été mise en place avec le centre gérontologique départemental (CGD-13) pour ouvrir en son sein, une unité de soins Covid par transformation d'activité.

Les effectifs n'ont pas été mutualisés à l'échelle du GHT que ce soit pour le personnel médical ou le personnel non médical. L'AP-HM a proposé aux établissements membres de bénéficier de son dispositif de formation pour accélérer la montée en compétences des professionnels amenés à travailler dans les secteurs Covid.

L'AP-HM a affecté partiellement à l'ARS deux ingénieurs biomédicaux pour participer à une mission d'expertise sur les possibilités d'approvisionnement en équipements, en solutions fournisseurs et pour opérer la répartition de ces moyens supplémentaires. Elle a également mis à disposition dix respirateurs pour des besoins ponctuels d'équipements de lits de soins critiques notamment au bénéfice des hôpitaux d'Aubagne et d'Aix-en-Provence, membres du GHT.

Enfin, la plateforme logistique a été utilisée pour la répartition de la dotation d'État de masques et d'équipements de protection individuelle. Sa pharmacie à usage intérieur (PUI) a été mise à contribution pour assurer la réception centralisée, le stockage puis la distribution des vaccins.

4.4 Les conséquences financières de la pandémie

4.4.1 En recettes

Tableau n° 18 : Compensation Crise Covid (en €)

Intitulé	Montant
<i>Prime exceptionnelle Covid 19</i>	20 541 500
<i>Avance sur dispositif de compensation surcoûts Covid phase 1</i>	9 700 000
<i>Compensation surcoûts Covid vague 1 phase 2</i>	6 050 084
<i>Compensation surcoûts Covid phase 2</i>	5 846 439
<i>Compensation surcoûts Covid phase 4</i>	12 605 028
<i>Complément SMUR Covid</i>	111 327
TOTAL	54 854 378

Source : données AP-HM

Au titre de la compensation directe des effets du Covid l'établissement a perçu un montant dédié de 54,8 M€.

Pour les autres recettes, les effets induits par la crise ont été multiples et en sens parfois opposés. Compte tenu de la garantie de financement introduite par le Gouvernement dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, la modification du casemix n'a pas eu d'effet sur les recettes d'activité du titre 1.

En revanche, selon l'établissement, s'agissant des recettes de titre 2, les effets suivants ont été observés :

- Une diminution des activités d'hospitalisation de médecine et de chirurgie hors Covid-19 avec une baisse des recettes issues du ticket modérateur et du forfait journalier

(- 3,6 M€). Les recettes générées par le ticket modérateur des consultations externes connaissent le même effet de baisse (- 3,5 M€) ; crédits AC pour compensation perte 4,4 M€ ;

- La hausse des prises en charge et le suivi de nombreux patients atteints de la Covid-19 en hospitalisation de jour (+ 2,9 M€) ;
- La réalisation de nombreux tests de dépistage de la Covid-19 à la demande des établissements extérieurs (+ 1,4 M€) ;
- Des prises en charge des patients étrangers en baisse (- 2,7 M€).

S'agissant des recettes de titre 3, la facturation des chambres particulières a été suspendue dans les unités recevant les patients atteints du Covid-19, entraînant une baisse de recettes de - 1,4 M€.

4.4.2 En dépenses

Tableau n° 19 : Dépenses supplémentaires Covid 19 (en €)

<i>Intitulé</i>	<i>Montant</i>
<i>Total T1 dépenses de personnel</i>	36 670 448
<i>Total T2 charges à caractère médical</i>	14 223 829
<i>Total T3 charges à caractère général</i>	10 815 239
<i>Total T4 charges financières dotation aux provisions</i>	3 783 449
<i>TOTAL</i>	65 492 965

Source : données AP-HM

L'établissement indique que les surcoûts en dépenses ont atteint 65,49 M€ en 2020⁵¹ pour un versement de l'ARS au titre des compensations de 54,85 M€. Cette compensation ne comprend pas les remboursements des tests PCR, gérés via la plateforme dédiée mise en place par l'assurance maladie. *In fine*, l'établissement n'a pas subi de perte financière nette en raison de la crise sanitaire.

Les effets de la crise sanitaire sur les dépenses ont été protéiformes et se sont principalement concentrés sur les ressources humaines et les charges à caractère médical avec un surcoût respectif de 36,67 M€ et 14,22 M€. Pour les charges à caractère général, les surcoûts ont concerné principalement les EPI à hauteur de 8,58 M€ sur les 10 M€ de dépenses supplémentaires. Les dépenses du titre 4 ont été affectées également en raison des provisions constituées pour les comptes épargne-temps du personnel médical (+ 2,37 M€) et ceux du personnel non médical (+ 1,41 M€).

⁵¹ Cf. annexe 5 Détail des surcoûts Covid (en €).

Dans le détail pour le personnel médical les majorations exceptionnelles prévues dans l'arrêté du 8 juin 2020 ont atteint 388 540 € et pour les internes et faisant fonction d'interne (FFI) 410 gardes supplémentaires ont été réalisées en 2020.

Pour le personnel non médical le montant des heures supplémentaires a augmenté, par rapport à la moyenne annuelle de référence 2018-2019, de 1 M€ lors de la première vague et de 1,9 M€ sur l'ensemble de l'année 2020.

5 LES RESSOURCES HUMAINES

5.1 Un contexte défavorable au plan de transformation

Pour le déploiement du plan de transformation, l'animation de la fonction ressources humaines revêt une importance cruciale. La mise en œuvre du plan de transformation requiert l'adhésion de l'ensemble de la communauté médicale et non médicale au projet, ce qui n'est pas acquis compte tenu du climat social régnant à l'AP-HM.

Le projet d'établissement qui est le cadre du plan de transformation a été affecté, dans sa construction même, par le boycott des organisations syndicales entre l'été 2016 et le printemps 2017. Le manque de transparence reproché dans ce dossier n'a pas été suppléé par les débats, au conseil de surveillance, des rapports annuels sur l'activité. En effet, alors qu'ils auraient dû être présentés annuellement par le directeur, l'AP-HM n'a été en mesure de fournir qu'un seul rapport, débattu en juin 2019, couvrant la période 2014-2018, soit 5 ans⁵². La chambre rappelle qu'au-delà de l'irrégularité formelle, ce débat participe à la transparence indispensable à la mise en œuvre d'un projet de l'ampleur de celui porté actuellement par l'établissement et engage l'AP-HM à produire à l'avenir ce document annuellement, conformément aux textes.

Le président de la commission médicale d'établissement souligne l'accueil plutôt favorable, par la communauté médicale, du diagnostic effectué par le cabinet McKinsey nonobstant son coût élevé qui a pu heurter le personnel. Il estime en revanche que la période de recouvrement entre le cabinet et l'équipe de transformation est un peu courte et que l'animation des groupes de travail, élément clef de la réussite du plan de transformation, est du point de vue de la communauté médicale, assez inégale.

5.2 Des processus de gestion des ressources humaines inachevés

Au centre du système, la direction des ressources humaines (DRH) pour les personnels non médicaux et la direction des affaires médicales (DAM) pour les personnels médicaux assurent la gestion des 16 727 équivalents temps plein rémunérés (ETPr) à fin 2020. Les deux directions génèrent en moyenne mensuelle près de 19 000 bulletins de salaires avec respectivement 178 (127,4 ETPr) et 31 (24,75ETPr) agents, soit un taux d'administration de

⁵² L'article L. 6143-1 du code de la santé publique prévoit pourtant une présentation annuelle.

1,25 conforme aux standards des autres CHU. La direction des services numériques (DSN) recense, en septembre 2019, un peu plus de 300 utilisateurs, internes et externes, dont des cadres des pôles et des agents de la RFMAP, du logiciel de gestion des ressources humaines, AGIRH.

La DRH assure la gestion du personnel non médical (PNM) et est répartie entre une fonction centralisée, cinq bureaux du personnel, et quatre services délocalisés des œuvres sociales. Les bureaux du personnel des sites assurent « *la gestion administrative collective et individuelle des agents avec contrôles de la réglementation et des règles RH de l'établissement*⁵³ ». La plupart des fonctions RH relatives aux éléments variables de paie, à la gestion du temps de travail, à la carrière et à la tenue du dossier individuel des agents sont déconcentrées à leur niveau. La création des dossiers agents, les avancements d'échelon et de grades, la gestion des carrières, la retraite, les procédures disciplinaires et le mandatement liquidation de la paye sont en revanche gérés depuis le siège de l'AP-HM qui assure également les contrôles de second niveau.

Des réunions de coordination sont organisées mensuellement entre la RH centrale et les bureaux des personnels. La directrice adjointe des ressources humaines est également spécifiquement en charge de l'animation du réseau des bureaux du personnel.

La mise en place de procédures ressources humaines, le renforcement des contrôles et l'accent mis sur l'expertise des agents en centrale expliquent ces choix de gestion. La chambre observe également que la répartition des effectifs pour gérer les agents rattachés aux différents bureaux est cohérente.

Pour la gestion du personnel médical, la direction des affaires médicales (DAM) a fait le choix d'une gestion centralisée au siège de la rue Brochier. La mise en place des procédures est bien moins avancée que celles de la DRH. Le relais avec les sites est assuré par les cadres supérieurs et les cadres administratifs de pôles qui possèdent une double habilitation sur AGIRH pour le PNM et le PM. Les étudiants et internes rattachés à la Timone sont accompagnés par les agents du bureau du personnel non médical. L'organisation proposée par la DAM est faiblement robuste tant en raison des circuits peu sécurisés entre les sites et l'administration centrale qu'en raison du retard pris dans la formalisation de ses procédures. La chambre constate toutefois que cette situation s'est, selon le CAC, améliorée en 2019.

Lors de la préparation de la certification des comptes le cabinet KPMG avait identifié, dans les domaines de compétence de la DAM et de la DRH, la mise en œuvre de 51 procédures. Dans son dernier rapport d'observations définitives, la chambre relevait que ces procédures n'avaient pas été mises en œuvre avant le premier exercice de certification de l'année 2016.

Si en 2016 un effort particulier a été fait pour les rédiger, force est de constater que cet effort s'est relâché à partir de 2017 et qu'en décembre 2018, date du dernier bilan consulté par la chambre, seules 70 % des procédures étaient validées ou en cours de validation. La rédaction de procédures notamment sur les sujets à forts enjeux financiers comme le contrôle des éléments variables de paie (EVP), du temps de travail du personnel médical ou les bouclages de paie de la DAM apparaît donc prioritaire. La mise en œuvre complète dès 2016 des procédures des secteurs retraite et gestion du temps de travail des PNM de la DRH a permis de renforcer de manière significative les contrôles et les corrections opérées sur ces deux secteurs. Les procédures dans ces domaines sont complètes, clairement rédigées et directement utilisables par les gestionnaires des ressources humaines.

⁵³ Fiche de poste des gestionnaires de bureaux des personnels de sites.

Pour être efficaces les procédures doivent être diffusées et maîtrisées par les personnels. L'examen, sur place, du fonctionnement du bureau du personnel de la Timone a permis de constater que les agents de proximité connaissent les procédures et s'emploient à les suivre. En revanche, si tel n'était pas le cas il n'existe pas de dispositifs automatisés de blocage ou un contrôle de deuxième niveau⁵⁴ autre qu'une analyse rétrospective par sondage. Au surplus, dans les procédures en place les contrôles de premier niveau opérés par les BP sont des autos contrôles et non des contrôles mutuels.

Plusieurs exemples peuvent être retenus pour illustrer ce risque. En l'absence d'une fiche de procédure validée sur le contrôle des éléments variables de paie il existe un mode opératoire du paiement des heures supplémentaires. Les agents des bureaux saisissent un code provisoire et attendent pour valider leur paiement le retour de toutes les pièces justificatives avec pour objectif affiché de passer le contrôle de la RFMAP. En revanche, aucun contrôle de cohérence n'est établi avec les plannings issus du logiciel de temps de travail.

La rédaction de la procédure relative aux contrôles budgétaires des budgets annexes par la DAM a été reportée. La chambre constate qu'aucune action correctrice n'a été entreprise, hors champ de la procédure, puisque l'instruction a permis de déceler l'imputation de charges sociales relatives au personnel médical sur le budget de l'IFSI qui ne comporte pourtant aucun personnel médical.

Enfin, la modification des relevés d'identité bancaire (RIB) pouvait être effectuée, par 105 agents différents sans contrôle mutuel ou de deuxième niveau comporte un important risque de fraude non traité par l'organisation actuelle. Ce risque était d'autant plus important que comme cela est développé *infra* il existe un volume important d'agents toujours actifs dans le SIRH alors qu'ils ne sont plus dans les effectifs de l'établissement. L'AP-HM a mis en place, un plan d'action complet et documenté, convergent avec les préconisations de la chambre, afin de réduire significativement ce risque.

5.3 Un système d'information des ressources humaines insuffisamment piloté

5.3.1 Présentation du système

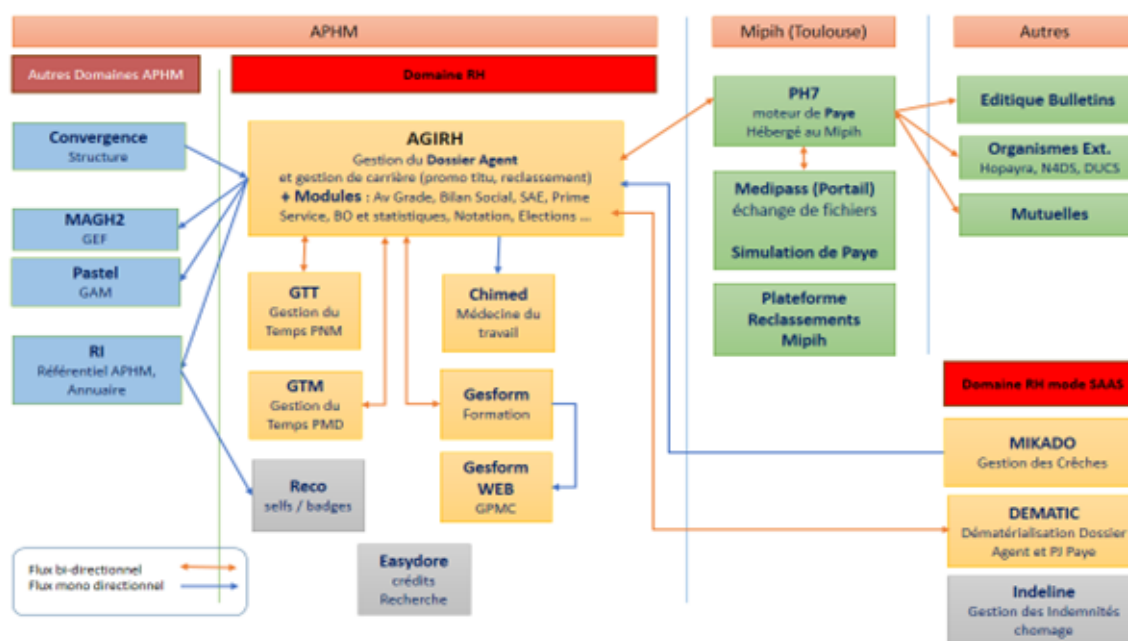
Le système d'information des ressources humaines (SIRH) déployé à l'AP-HM est issu du précédent schéma directeur des systèmes d'information. Il mobilise 3,8 ETP de la direction des services numériques (DSN) et son coût de maintenance annuel est évalué, par l'établissement, à 0,6 M€ pour 2019.

Au cœur du SIRH les deux éditeurs principaux sont deux groupements d'intérêt public (GIP) spécialisés dans les systèmes d'information des hôpitaux. Le GIP Midi Picardie informatique hospitalière (MiPih) basé à Toulouse pour le logiciel de gestion des ressources humaines et le GIP.PH7 dont le siège social est à Talence pour la paie. Les autres éditeurs sont

⁵⁴ Le contrôle de premier niveau est à la charge des opérationnels qui doivent le mettre en œuvre au fur et à mesure du traitement de leurs différentes tâches. Le contrôle de deuxième niveau est un contrôle indépendant de celui des opérationnels, il est effectué au niveau central par la DRH rue Brochier.

des sociétés privées sauf pour le logiciel de gestion de la formation qui a été développé par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (AFNH).

Schéma n° 2 : Organisation du SIRH



Source : direction des services numériques de l'AP-HM.

Le SIRH a fait l'objet d'une déclaration à la commission nationale informatique et liberté (CNIL) et l'établissement dispose d'une charte de politique de sécurité des données, mise à jour en septembre 2018 qui intègre bien les évolutions de la réglementation générale de protection des données (RGPD)⁵⁵.

L'ensemble du processus est interfacé sauf avec les outils destinés à la gestion des crèches et des allocations de retour à l'emploi. Dans cette dernière hypothèse des dysfonctionnements en résultent comme il sera démontré *infra* dans la partie consacrée à la gestion des allocations de retour à l'emploi.

Selon la DSN, la numérisation d'une partie du dossier agent a démarré en janvier 2019 et une étude est en cours avec les archives départementales pour la mise en œuvre des archives numériques légales. L'écueil principal à la mise en œuvre de ce dossier est l'état des archives papier. À ce stade, les archives départementales refusent de valider les données contenues dans les dossiers des agents pour passer à l'étape de la numérisation. En effet, leurs conditions de constitution et de conservation sont défaillantes.

Les dossiers individuels des agents sont dispersés entre les bureaux du personnel et l'administration centrale. Aucun des dossiers consultés par la chambre dans le cadre de l'instruction n'était complet ni même structuré. Au surplus, la chambre a pu constater que l'accès aux dossiers des internes et des étudiants à la DAM n'est pas sécurisé puisqu'ils se trouvent stockés dans une salle de réunion accessible à tous. La chambre observe donc qu'un

⁵⁵ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018.

effort particulier devra être déployé pour régulariser cette situation anormale tant pour la qualité de son information managériale que pour la protection des données personnelles des agents.

5.3.2 L'architecture de l'organisation du SIRH

Dans son rapport de 2013, préalable à l'engagement d'une démarche de certification des comptes, la société KPMG relevait comme risque le plus élevé à la fois en occurrence et en montant financier l'absence de rapprochement entre le nombre de virements émis, de bulletins de paie et le nombre d'agents. Ce contrôle de cohérence était à l'époque jugé irréalisable par la DRH. Aujourd'hui, comme en 2013, la DRH n'est toujours pas en mesure d'expliquer certains écarts.

Des mesures ont bien été mises en place pour contrôler de manière plus exhaustive les entrées et sorties des agents notamment lors de l'élaboration de la paie. En revanche, pour les agents présents dans le système aucune action n'a été menée pour sécuriser les processus. Le système demeure donc vulnérable et plusieurs facteurs entravent une détection efficace de la fraude.

Les agents sont répartis dans des unités fonctionnelles pour la gestion des ressources humaines (AGIRH) et le traitement de la paie (PH7) qui ne concordent pas avec les unités retenues par le logiciel du contrôle du temps de travail (Agile Time). Ainsi, lors de la recherche des plannings des agents de deux unités fonctionnelles (UF) de la plateforme logistique, le service de la gestion du temps de travail n'avait pas transmis les plannings de tous les agents présents dans les UF considérées. La réponse de la responsable du service de la gestion du temps de travail⁵⁶ illustre bien la difficulté rencontrée pour réaliser ce croisement de données entre deux logiciels concourant à la gestion des ressources humaines.

Dans les rubriques de paie toujours actives dans le SIRH figurent des rubriques d'indemnités pourtant jugées irrégulières par la chambre dans son dernier rapport de contrôle des ressources humaines. C'est le cas de la prime de présentisme (code 392). L'établissement justifie sa persistance dans son système ainsi : *« L'APHM a régulièrement interrogé le MIPIH sur la possibilité de supprimer des codes paie non utilisés par l'établissement et la réponse de l'éditeur a été que nous n'étions pas les seuls utilisateurs, et qu'ils étaient donc maintenus pour l'usage qu'en faisaient d'autres établissements »*. Si aucun paiement irrégulier n'a été détecté pendant la période sous revue, la neutralisation, même réversible, des rubriques de paie irrégulières ou inusitées permettait pourtant à l'établissement de sécuriser une utilisation détournée de rubriques. Les tableaux de contrôle transmis par l'AP-HM comportent moins de 200 codes de paie sur les plus de 1 000 disponibles dans le système, ce qui justifie pleinement une neutralisation des rubriques inutilisées.

A l'inverse la nomenclature du statut des agents comprend uniquement 6 choix alors que l'établissement suit 16 typologies d'agents qui se retrouvent compilés dans la catégorie autres statuts lorsqu'ils ne rentrent dans aucune des cinq autres catégories.

L'établissement est effectivement peu associé à l'évolution de son système. Le prélèvement à la source a été intégralement implémenté par l'éditeur, la DRH ayant uniquement pris en charge la communication à destination des agents. L'établissement n'a donc pas été en

⁵⁶ Mail de réponse du 31/10/2019 de la responsable de la gestion du temps de travail (GTT) : *« pour information AgileTime ne fonctionne pas par UF mais par UEP de regroupement d'agents ayant les mêmes fonctions et de ce fait les demandes peuvent ne pas être pleinement restituées »*.

mesure d'évaluer les problématiques, notamment d'identification des agents (cf. *infra*) qui a été traitée directement par l'éditeur.

Pour la mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN) en revanche, si le sujet est piloté par l'éditeur en raison des délais très contraints, des représentants de l'AP-HM participent à des réunions de travail mensuelles qu'il organise. Les comptes rendus montrent que le formatage imposé par le nouveau système génère des questions directement liées à des problèmes de cohérence des données sus mentionnées par la chambre et non résolus à ce jour. La DRH s'interroge par exemple en ces termes : « *comment gérer les dossiers des agents qui restent toujours ouverts et qui sont payés uniquement sur un mois où il y a présence d'EVP (exemple les intervenants extérieurs)* ».

Dans leurs différentes réponses aux observations provisoires l'AP-HM et les éditeurs ont esquissé des solutions démontrant qu'une collaboration renforcée permettrait de sécuriser davantage le SIRH.

5.3.3 La sécurisation des flux d'entrée dans le SIRH

Un contrôle par sondage d'un tiers des virements émis sur la période a d'abord permis d'isoler 116 virements de nature différente effectués pour un même mois, sous une même référence bancaire, à une même personne. Les 65 agents concernés sont enregistrés sous deux matricules différents ce qui complique inutilement le contrôle de la cohérence des rémunérations perçues. Le cas le plus fréquent est celui du PNM affecté dans un service à temps plein ou à temps partiel et qui est étudiant soit en soins infirmiers, soit en médecine.

L'établissement a justifié du cas de 47 personnes rémunérées en doublon. Les explications données sont, pour la plupart, cohérentes comme dans le cas de doublons de rémunération dans le cadre de la prise en charge de la formation dans le cadre des parcours de promotion professionnelle (PPH) ou des cumuls liés au paiement décalé des éléments variables de paie après le changement de statut des agents.

En revanche, ces créations en doublon soulignaient un manque de rigueur et de maîtrise dans la gestion des flux d'entrées des agents, qui a été corrigé depuis le contrôle de la chambre.

Dans les fichiers de paye de la période contrôlée, 110 agents ayant perçu une rémunération, parfois jusqu'à trois ans en continu, sans disposer d'un numéro d'identification au registre national d'identification des personnes physiques dit numéro NIR, ont été isolés.

L'article L. 111-2-2 du Code de la sécurité sociale (CSS) prévoit que doivent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale les personnes qui accomplissent une activité sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel. Cette obligation est prévue sans tenir compte de l'âge, du sexe, de la nationalité ou du lieu de résidence de ces personnes. Pour les salariés cette obligation ne dépend ni du montant ou de la nature de la rémunération versée, ni de la forme, de la nature ou de la validité de leur contrat.

L'article R. 312-4, al. 1^{er} du code de la sécurité sociale précise que les personnes non encore immatriculées au régime général doivent l'être par déclaration de l'employeur, dans un délai de 8 jours maximum suivant cette embauche.

En réponse à la chambre, la direction des affaires médicales a indiqué que la grande majorité des anomalies relevées par la chambre concernait des médecins étrangers « faisant fonctions d'internes ». La DAM explique cette difficulté par la lenteur et la complexité des formalités à accomplir auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour obtenir un numéro d'immatriculation. La DAM précise ainsi que « *la contrainte majeure est due à la*

procédure pour obtenir un numéro de sécurité sociale auprès de la CPAM. (...) La CPAM réclame un voire plusieurs bulletins de salaires avec le formulaire CERFA. Par ailleurs, le délai de traitement, est très long, dépassant souvent les six mois. Il convient également que les praticiens fournissent les documents nécessaires à leur immatriculation (extrait d'acte de naissance notamment), ce que nombre de praticiens tardent à produire, voire ne [le] font pas ».

Or la responsabilité de l'immatriculation incombe à l'AP-HM qui doit remplir, avant de valider le recrutement d'un agent contractuel de droit privé, une déclaration préalable à l'embauche (DPAE) et l'adresser à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) compétente au plus tôt dans les 8 jours précédant la date d'embauche⁵⁷.

Cette déclaration simplifie les démarches de l'employeur puisqu'elle entraîne automatiquement, au même titre que d'autres formalités, la demande d'immatriculation du salarié à la caisse primaire d'assurance maladie.

Dans le cas de l'AP-HM, la déclaration devrait être effectuée par voie électronique après son inscription préalable à un service d'authentification. La DPAE est réputée accomplie par la fourniture du numéro d'identification de l'établissement employeur, du numéro national d'identification du salarié s'il est déjà immatriculé à la sécurité sociale et s'il a déjà fait l'objet d'une DPAE dans les 14 mois précédents et des mentions des date et heure de l'embauche, de la nature et de la durée du contrat ainsi que de la durée de la période d'essai⁵⁸. L'URSSAF en accuse réception dans les 5 jours et déclenche la procédure d'immatriculation du salarié auprès de la CPAM compétente.

L'établissement n'a pu fournir aucun récépissé de demande de DPAE et la DAM a indiqué à la chambre que cette formalité n'était pas réalisée pour les médecins étrangers justement concernés par le défaut d'immatriculation. Elle a également indiqué, sans le démontrer, que leur situation était régularisée annuellement lors de l'établissement de la norme pour les déclarations dématérialisées des données sociales (N4DS). Or en réponse au questionnaire de la chambre, elle précise pour 75 agents que « *les intéressés ayant quitté l'établissement il sera difficile de récolter les NIR non individualisés* » ce qui indique au contraire que leur situation n'a pas été rectifiée lors de l'établissement de la N4DS.

L'absence de DPAE lors de l'embauche des agents gérés par la DAM est, d'une part constitutive d'un délit comme l'a rappelé la cour de cassation en 2015 « *comme le délit de travail dissimulé par dissimulation d'activité, l'employeur qui procède à la déclaration préalable à l'embauche de salariés postérieurement à leur embauche* » et d'autre part expose l'établissement, qui n'a pas été contrôlé par l'URSSAF depuis 2011, à un redressement pour manquement à ses obligations déclaratives.

Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM a indiqué avoir mis ou être en passe de mettre en place, notamment dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN) toutes les procédures nécessaires pour sécuriser les identifications des agents et les DPAE.

⁵⁷ Article L. 1221-10 du code du travail.

⁵⁸ Article R. 1221-6 du code du travail.

5.3.4 Les agents « dormants » dans le SIRH

L'établissement ne dispose pas d'un registre unique du personnel, par site, lequel est pourtant obligatoire quel que soit l'effectif, ce qui est irrégulier⁵⁹.

Si les procédures mises en place ont pour objet de sécuriser, même imparfaitement la création des agents dans le système, il n'y a aucune procédure pour contrôler la réactivation d'agents déjà créés. La DRH indique, sans pouvoir l'évaluer précisément, que ce risque est minime, puisque la responsabilisation des chefs de pôles dans la maîtrise de leurs effectifs les inciterait très certainement à signaler une anomalie.

Tableau n° 20 : Évolution des bulletins nuls

<i>Nombre de bulletins nuls</i>	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.
2016	43	50	53	41	53	50	43	42	60	243	35	31
2017	40	49	36	41	47	34	42	35	42	36	42	67
2018	25	43	30	32	123	26	42	35	42	1975	2412	884
2019	1864	1089	1842	1591	1499	1965						
<i>Dont étudiants en soins infirmiers pour 2019</i>	1249	559	1149	1008	842	1280						

Source : extractions des fichiers de paye.

La mise en place du prélèvement à la source permet d'isoler des agents toujours présents dans le SIRH alors qu'ils sont inactifs ayant définitivement quitté la structure. Jusqu'en septembre 2018, seuls une quarantaine d'agents généraient des bulletins nuls. Il s'agissait principalement des agents détachés dans des organismes privés ou établissement public administratif pour lesquels l'établissement s'acquitte des pensions CNRACL contre remboursement de l'établissement d'accueil ce qui n'appelle aucune observation.

D'octobre à décembre 2018 l'IFSI a tardé à neutraliser les sorties des étudiants en soins infirmiers ce qui explique les pics de bulletins nuls à cette période. À partir de janvier 2019, ce sont également ces mêmes étudiants infirmiers dont certains sortis avant 2016 qui génèrent plus de 50 % des bulletins nuls.

Les autres correspondent à 500 agents qui auraient dû être inactivés ou neutralisés par un code d'entrée-sortie alors qu'ils sont toujours présents dans le SIRH. Ils sont soit partis à la retraite (Mme J), soit intervenants extérieurs avec des missions très ponctuelles (Mme N), soit bénéficiaires de versements de supplément familial de traitement après l'épuisement de leurs droits (Mme ZS).

⁵⁹ Contrairement à ce qu'affirme l'AP-HM dans sa réponse aux observations provisoires, l'URSSAF considère que l'article L. 1221-13 du code du travail, qui dispose dans son alinéa 1 « *qu'un registre unique du personnel est tenu dans tout établissement où sont employés des salariés (...)* », s'applique bien à l'AP-HM nonobstant son caractère d'établissement public. Ce registre peut être numérisé et doit inclure les intérimaires.

Ces bulletins de salaires qui représentent près de 10 % des bulletins émis mensuellement échappent aux contrôles de cohérence. La chambre avait recommandé à l'AP-HM de procéder à une revue exhaustive de sa base de données RH pour sécuriser les données individuelles des agents qui s'y trouvent. L'établissement a indiqué que la DRH, la DAM et la DSN étaient, avec l'appui de l'éditeur du SIRH, mobilisés sur une amélioration continue du SIRH.

Recommandation n° 3 Améliorer la gestion du système d'information des ressources humaines (SIRH) pour fiabiliser, sécuriser et administrer les données qui s'y trouvent.

5.4 Une stabilité des effectifs sur la période 2016-2020

Le décompte des effectifs est une opération importante dans la gestion d'un établissement de santé de la taille de l'AP-HM. La difficulté principale réside dans le référentiel choisi pour décompter les effectifs. Depuis la mise en place de l'EPRD, l'effectif de référence est exprimé en équivalents temps plein rémunérés (ETPR) dans le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER).

Tableau n° 21 : Évolution des effectifs PNM et PM du TPER

Effectifs PNM	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Titulaires et Stagiaires</i>	11 271	11 142	11 184	11 034	10 938
<i>CDI</i>	314	314	315	286	275
<i>CDD hors emplois aidés</i>	857	853	820	740	760
<i>Emplois aidés ou spéciaux et apprentis</i>	118	105	72	39	39
Total PNM	12 560	12 415	12 391	12 099	12 012
Praticiens hospitaliers	727	730	724	735	734
<i>Praticiens universitaires et praticiens hospitaliers (PU-PH)</i>	187	180	180	187	183
<i>Praticiens hospitaliers (PH)</i>	540	549	544	548	551
Praticiens renouvelables	120	119	114	96	95
<i>Attachés et attachés associés</i>	119	118	112	96	91
<i>Praticiens contractuels en CDI</i>	1	2	2	2	2
Praticiens sans renouvellement de droit	325	331	362	396	420
Internes	1 351	1 377	1 394	1 360	1 367
Étudiants	1 521	1 598	1 625	1 702	1 734
Total PM	4 043	4 154	4 219	4 290	4 348
Total AP-HM	16 603	16 570	16 610	16 389	16 361

Source : TPER des EPRD 2016 à 2020 tous budgets confondus.

Une première approche, en masse d'autorisations, permet à la chambre d'observer que les effectifs sont quasiment stables sur la période sous revue et que les enjeux attachés à leur variation sont peu significatifs.

La mise en œuvre des mesures du CREF prévoyait la suppression de 125,9 ETPR entre 2016 et 2018 sur le PNM. À partir des données brutes transmises par l'établissement à l'appui

de son analyse de la mise en œuvre des mesures du CREF il apparaît que le personnel administratif et technique a été réduit de 84,4 ETPR et le personnel médico technique et soignant de 24,1 ETPR entre 2016 et 2018 soit - 108,5 ETPR.

L'établissement explique cet écart par des effets de périmètre intervenus du fait de la reprise en interne de la sécurité incendie, de la création de l'UHSA et de l'ouverture de l'institut hospitalo-universitaire (IHU). La chambre rappelle que les effets de périmètre étaient connus dès la mise en place du CREF et qu'en l'espèce l'objectif n'a pas été atteint. Selon l'établissement, dans sa réponse aux observations provisoires, ces effets de champs, validés par l'ARS, sont désormais inclus dans le projet de modernisation de l'établissement. Celui-ci comporte une baisse des effectifs à horizon 2029 de 555 ETPR dont 400 liés à la réorganisation des maquettes organisationnelles pour les personnels soignants en lien avec l'augmentation de la taille des différentes unités pour se rapprocher du standard de 28 lits rappelés dans le diagnostic de 2017.

La croissance globale du personnel médical résulte des effets de l'augmentation du numérus clausus des étudiants en médecine. Pour les personnels seniors en revanche la chambre observe que sur la période le nombre de médecins permanents est tendanciellement en baisse au profit des médecins en contrats à durée déterminée. Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM précise que la baisse du nombre de titulaires entre 2015 et 2019 s'explique principalement par la diminution du nombre de consultants sur cette période ce qui n'est pas, du point de vue de l'établissement, un point de vigilance, les PU-PH consultants n'exerçant plus d'activité clinique mais des missions transversales.

Le suivi des effectifs fait l'objet d'une attention particulière de la DRH laquelle dispose de tableaux de bords par site qui sont régulièrement mis à jour. Le niveau de coordination avec la coordinatrice générale des soins permet une bonne synergie. La chambre observe toutefois que ce suivi ne concerne pas les effectifs de la plateforme logistique ou l'administration centrale ce qui est anormal.

5.5 Des charges de personnels stables sur la période (actualisation 2019)

La consommation des crédits limitatifs et évaluatifs du titre I correspondant aux charges de personnels atteint, tous budgets confondus près de 812 M€ en 2018, soit 57 % des dépenses totales. La masse salariale du budget principal représente près de 98 % de ce montant. Cette part s'accroît sur la période puisque la masse salariale des budgets annexes a décliné sur la période de 0,57 M€ tandis que celle du budget H s'est accrue de 9,27 M€. Cette décroissance des emplois sur les budgets annexes explique en grande partie la baisse des contributions de remboursement des budgets annexes au budget principal.

Tableau n° 22 : Principales composantes de la masse salariale

Montants en euros	2016	2017	2018	Var. annu. 16-18
621 Personnel extérieur à l'établissement	4 109 999	3 684 220	2 510 847	- 21,84 %
631 Impôts et taxes	49 302 754	50 049 048	51 699 385	2,40 %
633 Autres impôts	26 540 779	26 084 626	25 788 444	- 1,43 %
641 Personnel non médical	386 694 637	386 480 590	388 212 853	0,20 %

Montants en euros	2016	2017	2018	Var. annu. 16-18
642 Personnel médical	139 772 573	141 651 357	146 918 245	2,52 %
645 Charges sociales	184 559 489	187 331 222	184 375 454	- 0,05 %
647 Autres charges sociales	7 906 642	8 417 203	8 673 643	4,74 %
648 Autres charges de personnel	4 354 154	3 926 819	3 758 075	- 7,10 %
Masse salariale tous budgets	803 241 027	807 625 085	811 936 946	0,54 %
Masse salariale Budget H	785 955 845	790 640 055	795 224 349	0,59 %

Source CRC : d'après les comptes financiers 2016-2018.

Tableau n° 23 : Autres coûts du personnel du budget H

Comptes	Intitulé	2016	2017	2018	Var. annu. 16-18
622	Rému - d'intermédiaires et d'honoraires	1 091 398	1 134 506	2 309 281	45,46 %
6251	Voyages	507 640	314 735	278 351	- 25,95 %
6255	Frais de déménagement	75 855	199 873	39 401	- 27,93 %
6256	Missions	6 096	3 167	9 943	27,72 %
1531	Provisions CET PM	18 302 380	17 350 126	18 139 285	- 0,45 %
1532	Provisions CET PNM	10 896 696	11 060 637	10 862 271	- 0,16 %

Source : CRC d'après des comptes financiers.

Dans les grands équilibres du CREF l'optimisation de la gestion des ressources humaines doit générer, sur la période 2016-2020 une économie totale sur les dépenses de 16,33 M€ avec un cadencement des économies concentré sur les années 2017 à 2019.

La masse salariale a poursuivi sa progression de 8,69 M€ entre 2016 et 2018, soit un taux de croissance annuelle de 0,54 %, dans une dynamique qui marque toutefois un léger fléchissement puisque le taux de croissance annuelle étendu à la période 2015-2018 était de 0,79 %.

La forte décroissance en variation annuelle (- 21,84 %) des dépenses de personnel extérieur résulte directement de la mise en œuvre de la fiche du CREF visant la maîtrise des dépenses d'interim. Si l'économie sur ce poste est de 1,6 M€, la chambre observe que ce gain est presque intégralement consommé par l'augmentation de la rémunération d'intermédiaires du budget principal (+ 1,3 M€) induite principalement par le recours au cabinet McKinsey pour le diagnostic préalable au plan de transformation.

La stagnation des charges sociales résulte de l'effet combiné, d'une baisse des cotisations versées à l'Urssaf sur le personnel non médical, conséquence de la baisse de la cotisation d'assurance maladie intervenue en 2018 pour compenser la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) et d'une hausse des charges sociales du personnel médical tant celles versées à l'Urssaf que celles versées aux caisses de retraite. Cette tendance haussière s'explique par la progression des effectifs et du salaire moyen du PM.

Les autres charges sociales, qui ne représentent toutefois que 1 % de la masse salariale, ont également progressé sous l'impulsion de l'augmentation des allocations de retour à l'emploi (des personnels non médicaux et médicaux + 0,4 M€) et des œuvres sociales (0,2 M€). Concernant les passifs sociaux la chambre relève que si le provisionnement du compte épargne temps évolue peu sur la période, il a fait l'objet d'une importante remise à niveau en entrée du compte de gestion 2016. La remise à niveau effectuée pour la certification des comptes d'un montant total de 6,5 M€ a porté essentiellement sur le PNM qui était sous provisionné de 4,4 M€.

Les autres charges de personnel qui comprennent des dépenses non assises sur les traitements versés, sont tendancielllement en baisse (- 7,10 %).

Hormis la baisse des dépenses d'intérim, la mise en œuvre du CREF n'a pas induit sur la période sous revue une nette inversion de la tendance haussière des dépenses de personnels. La chambre observe toutefois que la progression de la masse salariale reste contenue.

5.6 L'évolution des rémunérations du personnel non médical

La charge du compte 641 qui intègre les rémunérations, hors charges, des personnels non médicaux s'est globalement alourdie de 1,5 M€ entre 2016 et 2018.

Tableau n° 24 : Évolution du salaire moyen annuel par tête et par statuts du PNM (en €)

Catégories	2016	2017	2018	Var. annu. 16-18
<i>Titulaires et Stagiaires</i>	31 294	31 623	31 802	0,81 %
<i>CDI</i>	41 470	43 462	40 384	- 1,32 %
<i>CDD hors emplois aidés</i>	21 958	21 730	22 556	1,35 %
<i>Emplois aidés</i>	18 273	18 195	18 302	0,08 %

Source : CRC d'après comptes financiers et EPRD N+1.

L'évolution sur la période du salaire moyen par tête, hors charges sociales, qui s'obtient en divisant les rémunérations servies aux différents statuts par les équivalents temps plein rémunérés moyens de l'année écoulée n'a pas été uniforme suivant les statuts.

L'analyse rétrospective démontre en effet que l'effort de maîtrise des rémunérations a porté exclusivement sur les contractuels permanents ou temporaires et les emplois aidés. Pour ces agents, le volume des rémunérations a globalement diminué de 1,4 M€ sur la période. Dans le même temps les titulaires et stagiaires ont bénéficié d'une augmentation de 2,9 M€.

Au surplus en distinguant dans les facteurs de cette progression l'effet lié à l'évolution des rémunérations hors charges (effet prix) de l'effet lié à l'évolution des effectifs, (effet volume) la chambre observe que le premier a induit une progression de 5,6 M€, alors que le second a engendré une diminution de - 2,7M€. Cela signifie que, sans l'effort de maîtrise des effectifs imposé par le CREF, la progression des rémunérations aurait été presque deux fois plus importante pour les titulaires et les stagiaires qu'elle ne l'a été *in fine*.

5.6.1 L'évolution des rémunérations du personnel médical

La charge du compte 642 correspondant aux dépenses du personnel médical est portée principalement par le budget principal et très marginalement par le budget P « autres activités sociales » qui comprend moins d'une dizaine d'ETPR pour des dépenses annuelles de l'ordre de 0,7 M€ sur la période. Déduction faite de la permanence des soins et du temps de travail additionnel, la rémunération principale et les indemnités hors garde et astreintes sont passées de 123,9 M€ en 2016 à 130,6 M€, soit une progression de 6,7 M€ en valeur absolue et de 2,67 % en variation annuelle.

Tableau n° 25 : Évolution du salaire moyen annuel par tête et par statuts du PM

Montants en euros	2016	2017	2018	Var. annu. 16-18
<i>Praticiens hospitaliers</i>	82 497	83 932	85 046	1,53 %
<i>Praticiens contractuels renouvelables</i>	46 263	46 648	47 196	1,00 %
<i>Praticiens sans renouvellement de droit</i>	44 332	44 529	46 846	2,80 %
<i>Internes</i>	28 934	29 363	29 549	1,06 %
<i>Étudiants</i>	3 262	3 385	3 404	2,15 %

Source : CRC d'après comptes financiers et EPRD N+1.

Contrairement au PNM la dynamique de progression des rémunérations est répartie sur l'ensemble des statuts à l'exception des praticiens contractuels renouvelables dont le poids des rémunérations stagne (- 0,14 M€).

En revanche, la chambre observe que pour les permanents la croissance est induite par les rémunérations surtout pour les PU-PH et les PH, alors que pour les non permanents, les internes et les étudiants elle résulte de la progression des effectifs. La croissance des rémunérations a principalement résulté des mesures décidées nationalement dont le plan d'attractivité qui a généré un surcôt de + 3,4 M€ en 2017.

5.6.2 Les rémunérations principales

Les évolutions des rémunérations principales du personnel médical et non médical pendant la période sous revue ont été soumises à de fortes contraintes non maîtrisables par l'établissement. L'effet financier de la revalorisation du point au 1^{er} juillet 2016 puis au 1^{er} février 2017 sur les rémunérations principales indexées, hors charges patronales, atteint 3,74 M€ en cumulant l'effet masse et l'extension en année pleine.

Le protocole « *parcours professionnel, carrières et rémunérations* » (PPCR) qui a pour objet de convertir une partie des primes en points d'indice, pour harmoniser les rémunérations des agents et rénover les grilles indiciaires devait être mis en place entre 2016 et 2020. Neutre

pour l'agent, il ne trouve à s'appliquer qu'après les revalorisations indiciaires des grilles. Le coût estimé par l'établissement de la mise en œuvre du protocole est de 2,2 M€.

L'étude par sondage et par cohortes des conditions d'avancement des personnels sur la période n'a pas permis de déceler de situations anormales. Les conditions d'avancements de grade et d'échelons ainsi que les titularisations et la promotion professionnelle font l'objet de procédures écrites depuis la fin de l'année 2016. Au surplus, plusieurs syndicats ont fait part à la chambre d'une normalisation appréciée du processus de promotion professionnelle par un renforcement des procédures et une plus grande transparence.

L'augmentation constatée du versement du supplément familial de traitement (SFT) pour le PNM est directement liée à la revue des attributions qui a eu pour effet de rendre éligibles des agents qui ne bénéficiaient pas du SFT alors qu'ils y avaient légalement droit.

Globalement les rémunérations principales sont contenues malgré les mesures catégorielles, les causes de la croissance des rémunérations globales sont donc à rechercher dans d'autres composantes de rémunération à commencer par celles visées par le CREF à savoir la nouvelle bonification indiciaire et les heures supplémentaires.

5.6.3 La nouvelle bonification indiciaire

Instituée par le décret n° 90-989 du 6 novembre 1990 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) à certains personnels de la fonction publique hospitalière, la NBI a vu son nombre de bénéficiaires croître au gré des décrets intervenus depuis cette date. Comme dans les deux autres fonctions publiques les motifs d'attribution de la NBI dans la fonction publique hospitalière sont très variés. En incluant, les emplois fonctionnels et de direction, 67 cas d'attributions différents sont possibles. L'établissement a, en matière de NBI, compétence liée pour l'attribution en raison de l'emploi occupé. En l'absence de cartographie des postes, l'établissement ne dispose toutefois d'aucune lisibilité sur le cadrage des NBI.

La fiche 4.4 du contrat de retour à l'équilibre financier intitulée « *orthodoxie réglementaire appliquée à la gestion des ressources humaines* » comporte un volet, prioritaire, relatif aux modalités d'attribution de la NBI. La direction des ressources humaines a indiqué avoir, sur la base d'un listing nominatif, analysé la situation de chaque attributaire en lien avec le directeur concerné⁶⁰. Selon le bilan de suivi du CREF daté de juin 2019 relatif à la période 2016-2018 l'établissement « *a procédé à la régularisation des NBI supra-réglementaires (...). Au final, le taux de réalisation sur 2016 a été de 6 % (50 K€ de gain sur la NBI)* ».

L'analyse des fichiers de paye confirme partiellement ce constat même si l'effet en année pleine de l'augmentation du point d'indice entre 2016 et 2017 a en réalité minoré le résultat financier qui se situe plutôt autour de 40 K€.

⁶⁰ Ce travail a conduit au maintien de l'attribution dans 2 466 cas, à la suppression de l'attribution dans 122 cas, à l'octroi de nouvelles attributions dans 8 cas, au maintien avec diminution du nombre de points dans 19 cas et enfin au maintien avec augmentation du nombre de points dans 2 cas.

Tableau n° 26 : Coût brut de la NBI par an

Points de NBI	Nombre annuel moyen d'attributaires			
	2016	2017	2018	2019 au 30/06 ⁽²⁾
10	314	325	368	396
13	1 690	1 637	1 660	1 639
15	145	143	377	392
19	83	87	88	94
20	83	84	84	74
25	101	81	79	76
30	12	10	5	5
40		-	4	3
41	36	35	34	33
45	4	4		
55			5	5
80		1	3	2
100	3	3	3	3
<i>Nombre moyen de bénéficiaires</i>	2 470	2 409	2708	2 723 (juin 19)
<i>Total des mensualités</i>	29 645	28 919	32 493	32 678
<i>Total de points</i>	424 069	412 059	464 367	464 926
<i>Coût total en euros⁽¹⁾</i>	1 970 314	1 929 963	2 176 035	2 178 654
<i>Variation en VA</i>		- 40 351	+ 246 072	+ 2 619

Source : CRC d'après les versements de NBI Code 007.

Note 1 : il s'agit d'un coût brut correspondant au total des points de NBI affectés de la valeur du point en vigueur au moment de l'attribution soit passage de 4,63 € à 4,66 € au 1^{er} juillet 2016 et de 4,66 € à 4,69 € au 1^{er} février 2017. Les déductions temps partiels ou congés de maladie ne sont pas prises en compte.

Note 2 : données en italique correspondent à une projection en fin d'année des données connues en juin 2019.

Cet effet positif de la revue des attributions de NBI a toutefois été annihilé dès l'année 2018 puisque le coût total de la NBI repart à la hausse (+ 246 K€) avec une tendance à la stabilisation autour de 2,18 M€ sur une projection à la fin de l'année 2019. Pour les années 2017 et 2018 et *a fortiori* 2019 l'influence de la variation du point est quasi nulle. La croissance du coût de la NBI est donc à rechercher dans l'augmentation du nombre de bénéficiaires et l'évolution de leur répartition sur les différentes tranches de NBI.

Le nombre moyen mensuel d'attributaires passe de 2 470 en 2016 à 2 409 en 2017 dans des proportions cohérentes avec les chiffres annoncés par la DRH. En revanche, la chambre ne pourra que constater que le nombre mensuel moyen des attributaires repart à la hausse en 2018 pour atteindre 2 723 sur les six premiers mois de 2019.

Cette hausse du nombre de bénéficiaires s'explique majoritairement par l'application des évolutions réglementaires intervenues dans le champ de la NBI applicable à la FPH. C'est le cas notamment pour le décret n° 2017-1527 de novembre 2017 portant attribution aux infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) d'une NBI à hauteur de 15 points majorés à compter du 1^{er} décembre 2017. Cette mesure générale a rendu éligibles, à cette date, 247 agents qui ne bénéficiaient pas jusqu'alors de la NBI.

Elle s'explique également par des réorganisations de service qui ont conduit outre l'accroissement des effectifs à des redéploiements d'agents sur des postes éligibles à la NBI. Par exemple l'internalisation de la sécurité incendie⁶¹ qui répond à cette hypothèse est développée *infra*.

Un contrôle par sondage des bénéficiaires de différentes attributions de NBI a permis de relever quelques attributions anormales ou irrégulières, marginales dans un dispositif qui apparaît par ailleurs bien maîtrisé⁶².

In fine le travail réalisé sur la régularisation de l'attribution de la NBI n'a donc pas produit les effets escomptés par le CREF essentiellement en raison de facteurs exogènes. La chambre observe toutefois que le processus d'attribution n'est pas encore complètement sécurisé et devra encore être renforcé notamment en affichant clairement les postes éligibles à la NBI dans les fiches de postes déployées par la GPMC.

5.6.4 Un régime indemnitaire normalisé

Par analogie avec le régime indemnitaire de la fonction publique d'État et de la fonction publique territoriale, la réglementation autorise le versement aux agents de la fonction publique hospitalière de nombreuses primes et indemnités. Ces primes peuvent être liées aux conditions de travail, être attachées à l'accomplissement de certaines missions de direction et de gestion, être liées à des fonctions, emplois, ou grades spécifiques, à l'entrée en fonction ou à la cessation de fonctions et enfin avoir pour objet de compenser certains frais.

**Tableau n° 27 : Évolution du régime indemnitaire du personnel non médical
(tous budgets)**

	2016	2017	2018	Δ var-ann
Personnel titulaire et stagiaire	73 363 122,09	71 337 629,26	75 450 478,43	1,41 %
<i>Dont 641172 astreintes</i>	1 694 656,76	1 671 428,55	1 682 059,98	- 0,37 %
<i>Dont 641178 autres indemnités</i>	47 074 884,53	45 955 948,12	49 554 902,53	2,60 %
Contractuels CDI	2 453 799,95	2 507 835,91	2 511 128,35	1,16 %
<i>Dont 641372 astreintes</i>	87 059,31	79 993,58	78 551,35	- 5,01 %
<i>Dont 641378 autres indemnités</i>	2 350 166,05	2 415 417,70	2 421 425,21	1,50 %
Contractuels CDD	2 077 712,26	2 181 189,93	2 329 377,33	5,88 %
<i>Dont 641572 astreintes</i>	25 525,11	34 424,73	36 643,93	19,82 %
<i>Dont 641578 autres indemnités</i>	1 827 098,41	1 928 736,53	2 038 527,80	5,63 %

⁶¹ Attribution de 10 points de NBI pour les agents chargés, à titre exclusif, de la sécurité incendie dans les établissements répondant aux dispositions relatives aux immeubles de grande hauteur ou aux établissements de 1^{ère} catégorie accueillant du public.

⁶² Mme LV, M. M, gestionnaires administratifs et Mme U, encadrante de gestion des ressources humaines bénéficient de 15 points de NBI. Mme I, Mme E. bénéficient d'une revalorisation à 55 points alors que leur situation antérieure n'autorisait qu'une revalorisation à 40 points.

	2016	2017	2018	Δ var-ann
<i>Total</i>	77 894 634,30	76 026 655,10	80 290 984,11	1,53 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

La progression du régime indemnitaire reste plus dynamique que celle des rémunérations principales en particulier pour les contractuels en contrat à durée déterminée (CDD) sans que la DRH ne soit en capacité d'expliquer cette progression.

Dans son rapport d'observations définitives de 2012 sur l'examen de la gestion des ressources humaines, la chambre avait mis en évidence des attributions irrégulières de primes et indemnités. L'AP-HM s'est efforcée de régulariser la situation, sous la contrainte du blocage du paiement des primes irrégulières opéré par la RFMAP suite aux importants débits prononcés. L'établissement dispose d'un système de contrôle a posteriori lui permettant de détecter par une requête à partir de son SIRH des attributions irrégulières en fonction du statut des agents. Les paramétrages du SIRH sont automatisés pour la plupart des primes ce qui réduit le risque d'attribution irrégulière.

5.6.4.1 L'indemnité de sujétion spéciale dite des 13 heures

Instaurée par le décret 90-693 du 1^{er} août 1990 relatif à l'attribution d'une indemnité de sujétion spéciale aux personnels de la fonction publique hospitalière, l'indemnité de sujétion spéciale (ISS) dite des 13 heures est attribuée pour compenser des contraintes subies et des risques encourus dans l'exercice des fonctions des agents bénéficiaires.

Sur la période contrôlée les versements de l'ISS ont légèrement décru passant de 23,55 M€ en 2016 à 23,46 M€ ce qui est cohérent avec la stagnation des effectifs. Divers contrôles par sondage n'ont pas permis de faire remonter des anomalies pour l'attribution d'une indemnité dont les modalités sont bien encadrées par l'établissement et les paramétrages du SIRH afférents solides.

5.6.4.2 La prime de service

L'attribution de la prime de service (PS) est régie conformément aux dispositions de l'arrêté interministériel du 24 mars 1967 modifié relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels titulaires et stagiaires des établissements d'hospitalisation de soins ou de cures publics. Le montant maximum de l'enveloppe allouée au versement de la prime de service est fixé à 7,5 % des crédits employés au paiement des traitements de base des personnels titulaires et stagiaires de l'année considérée. Le montant individuel brut maximum est fixé à 7,5 % des traitements de base perçus au titre de l'année considérée, l'attribution est exclusivement réservée au personnel titulaire ou stagiaire ; les agents ayant obtenu une note professionnelle inférieure à 12,50 sur 25 ou les agents ayant cumulé plus de 139 jours d'absence dans l'année civile considérée sont exclus de son bénéfice. La distribution du reliquat de prime de service, généré par les retenues en raison des absences, se fait sur les mêmes critères de répartition que le versement du principal.

Les modalités de calcul de cette prime à l'AP-HM ont donné lieu à des séances de dialogue social houleuses qui se sont finalement conclues en 2012 par un retour à une situation antérieure à la mise en place de la prime de présentisme et de l'intéressement sur les astreintes irrégulièrement attribuées.

Bien que n'ayant pas fait l'objet d'une délibération formelle du comité technique d'établissement la chambre considère que les critères de répartition de la prime de service ont

bien été fixés conformément au II-3° de l'article R. 6144-40 du code de la santé publique comme en atteste les comptes rendus du CTE.

La note produite par l'établissement et le paramétrage du SIRH pour le traitement de cette prime permettent de constater que l'établissement respecte le cadre fixé par les textes et dispose des moyens de contrôler le cadre de l'attribution.

Le versement de la prime de service s'effectue en novembre pour 70 % du montant total estimé dû au titre de l'année et le solde est en principe acquitté sur la paye du mois d'avril N+1. Les agents perçoivent la prime en fonction du niveau de leur note d'évaluation⁶³ et après abattements des journées d'absence.

La chambre constate que l'enveloppe servie annuellement au titre de la prime de service respecte, pendant la période sous revue, le seuil maximum des 7,5 % des crédits employés au paiement des traitements de base des personnels titulaires et stagiaires. La chambre observe toutefois que le solde de tout compte concernant la prime de service est versé avec un décalage qui peut atteindre plusieurs mois voire plusieurs années surtout au début de la période sous contrôle. À titre illustratif, le versement de la prime de service en 2016 intègre ainsi plus de 80 000 € de versements antérieurs à la période de référence à savoir 2015 dont 7 000 au titre de 2012 et 21 000 € sans précision de la période de référence ce qui est irrégulier et obère toute possibilité de contrôle.

La chambre constate que si les traitements servant de base au calcul de la prime de service n'ont permis qu'un accroissement de 0,4 % de l'enveloppe attribuable, les montants versés ont progressé de 3,84 %. Cette progression en l'absence d'un accroissement significatif du nombre de bénéficiaires induit par la stabilité des effectifs (cf. *infra*) résulte nécessairement d'une progression du montant individuel attribué.

Tableau n° 28 : Progression des déciles de la prime de service

Montant en euros	2016	2017	2018	2019	Var-ann moyenne
1 ^{er} décile	719,43	751,88	680,18	789,81	3,16 %
2 ^{ème} décile	1 162,00	1 199,37	1 196,62	1 231,44	1,95 %
3 ^{ème} décile	1 402,46	1 448,30	1 462,52	1 487,04	1,97 %
4 ^{ème} décile	1 546,50	1 590,72	1 616,63	1 619,05	1,54 %
Médiane	1 615,60	1 690,73	1 714,65	1 722,38	2,16 %
6 ^{ème} décile	1 738,39	1 833,42	1 841,17	1 842,87	1,96 %
7 ^{ème} décile	1 922,88	2 001,75	2 006,03	2 003,47	1,38 %
8 ^{ème} décile	2 194,73	2 343,28	2 303,91	2 293,23	1,47 %
9 ^{ème} décile	2 596,17	2 721,45	2 703,53	2 696,77	1,28 %
Maximum	6 489,26	6 792,64	6 745,64	7 156,85	3,32 %

Source : CRC d'après les lignes de paye de la rubrique prime de services (310) versement prime brute au titre de N-1.

⁶³ Entre 12,50 et 12,99 = ¼ de la prime ; Entre 13,00 et 13,99 = ½ de la prime ; Entre 14,00 et 14,99 = ¾ de la prime et égale ou supérieure à 15,00 intégralité de la prime.

Invitée à préciser les modalités individuelles d'attribution de la prime de service de certains agents, la DRH a transmis pour le versement des primes de services, les décisions collectives du directeur assorties de l'extrait d'un tableau pour le versement du principal. La prime de service provisoire est calculée sur le traitement indiciaire des bénéficiaires perçus entre janvier et octobre 2019 affecté d'un coefficient de 7,5 % avant déduction des absences. Les calculs du tableau n'appellent donc pas de remarques particulières.

5.6.4.3 Les autres indemnités

L'examen de l'indemnité forfaitaire dimanche et jours fériés, de la prime spécifique et de la prime de sujétion qui représentent un cumul moyen de 25 M€ annuels n'a pas permis de relever d'anomalie. Les variations enregistrées s'expliquent essentiellement par la variation du nombre de bénéficiaires d'une année sur l'autre. Pour les indemnités forfaitaires des dimanches et jours fériés la progression est due à l'effet de la revalorisation du point et son extension en année pleine en 2018.

5.7 Le temps de travail

5.7.1 Les heures supplémentaires rémunérées du PNM

L'indemnisation des heures supplémentaires est régie par le décret modifié n° 2002-598 du 25 avril 2002 complété par l'arrêté du 25 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois éligibles aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires. L'article 1^{er} du décret du 25 avril 2002 précité dispose que les fonctionnaires de catégorie C et de catégorie B ainsi que, par dérogation, certains corps, grades, emplois ou fonctions visés par l'arrêté susvisé peuvent percevoir des heures supplémentaires pour répondre à des nécessités de service. Les agents non titulaires de droit public peuvent également percevoir des indemnités si leur contrat le prévoit.

La condition de versement tenant à la mise en œuvre par l'employeur de moyens de contrôle automatisés n'est pas remplie à l'AP-HM, ce qui est irrégulier.

Le cadre du versement des heures supplémentaires se trouve récapitulé dans la fiche 3-7 du chapitre 3-Présence du GTT. L'heure supplémentaire se définit comme tout temps de travail effectif, réalisé avant ou après l'horaire habituel du poste et doit être justifiée par les nécessités de service. Le GTT liste les personnels prioritairement concernés par les heures supplémentaires à savoir les personnels de soins, les masseurs kinésithérapeutes et les manipulateurs en électro-radiologie-médicale (MERM).

Les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants, les encadrants des unités de soins et les manipulateurs radios consomment plus de 60 % des heures supplémentaires sur la période 2016-2018, en cohérence avec la priorité affichée d'assurer le fonctionnement des unités de soins confrontées à un taux d'absentéisme record. La chambre note toutefois que des personnels, non soignants, arrivent en haut du classement des agents effectuant un grand nombre d'heures supplémentaires comme les agents de bio nettoyage (6^{ème}), les agents de sécurité incendie (8^{ème}) ou les agents de logistique (11^{ème}).

Cette particularité est de nouveau présente si l'on considère un classement par service puisque deux services de la plateforme logistique se classent en deuxième et troisième position

des services les plus consommateurs d'heures supplémentaires derrière le service des urgences de l'hôpital de la Timone adulte et devant celui de l'hôpital Nord.

Le versement des heures supplémentaires s'effectue sur la base d'un état récapitulatif géré par le logiciel de gestion des plannings et du temps de travail Agile Time. La validation par l'encadrement du travail effectué en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail déclenche le paiement qui s'effectue comme les autres éléments variables de paye avec un décalage de deux mois.

En principe, selon les procédures en vigueur, les heures supplémentaires sont d'abord saisies de manière provisoire et ne sont validées qu'une fois l'ensemble des validations obtenues. Lors de la visite au bureau du personnel de la Timone, la chambre a pu constater que le SIRH ne comportait pas de dispositif conditionnant la validation des heures supplémentaires à la présence des états d'heures supplémentaires validées. Le contrôle de la recette des finances n'a lieu qu'a posteriori et uniquement par sondages, ce qui ne garantit pas le respect du service fait.

Les heures supplémentaires accomplies dans les conditions fixées par le décret ne peuvent dépasser un contingent mensuel de 15 heures. Ce plafond est porté à 18 heures pour les infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. En outre, en cas de crise sanitaire, les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la santé, à titre exceptionnel, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail⁶⁴.

Tableau n° 29 : Total des heures supplémentaires

Année de paiement	Heures Sup.	Variation N/N-1
2016	160 282	
2017	133 252	- 17 %
2018	150 266	+ 13 %
2019 au 30/06	85 187	(+ 13 % projection)
Total général	528 988	

Source : CRC d'après les fiches de payes.

Pendant la période sous revue l'établissement a procédé à l'indemnisation de près de 529 000 heures supplémentaires. Le fléchissement de l'indemnisation des heures supplémentaires en 2017, n'apparaît que comme une embellie temporaire liée aux impératifs imposés par le CREF de réduire le recours aux heures supplémentaires. Cette réduction fait partie, comme celle des crédits d'intérim, des indicateurs de lutte contre l'absentéisme.

⁶⁴ Un contrôle exhaustif des heures rémunérées permet de constater que cette règle n'est pas respectée en 2016 (136 cas), 2017 (61 cas), 2018 (95 cas) et sur les 6 premiers mois de 2019 (67 cas) dont un agent de sécurité incendie M. Y. à qui a été payé en novembre 2016, 90 heures supplémentaires.

5.7.2 Une balance horaire des PNM à évaluer

Dans le cadre de la certification des comptes, la DGOS et la DGFIP ont produit une fiche relative à la comptabilisation des passifs sociaux et notamment concernant la distinction entre les heures rémunérées et les heures récupérées. Il est précisé que *« Les heures supplémentaires récupérées ne donnent pas lieu à comptabilisation d'une charge à payer, à condition que l'établissement dispose d'une note de service qui établit la distinction entre heures supplémentaires payées et heures supplémentaires récupérées et, le cas échéant, que l'agent est amené à opter pour l'un de ces deux choix avant la fin de l'exercice. Dans ces conditions, l'établissement ne comptabilise en charges à payer que les heures supplémentaires qui seront payées »*.

Interrogée sur ce point la DRH n'a pas été en mesure de donner une évaluation du poids de la balance horaire des agents à la fin de 2018. Le sujet est d'importance car la consultation des plannings de quelques agents a permis de constater que certains avaient un volume très important d'heures non rémunérées, non récupérées. Compte tenu des enjeux financiers forts qui s'y attachent il serait opportun d'engager une réflexion avec le commissaire aux comptes sur la manière d'évaluer le risque comme cela a été fait pour le compte épargne temps ou les autres passifs sociaux.

Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM a indiqué suivre précisément cet indicateur, sans toutefois le communiquer à la chambre. L'estimation de ce risque reste donc d'actualité.

5.8 L'existence de cumuls d'activités irréguliers

L'interdiction du cumul d'activités découle de l'application de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires selon lequel *« Les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit »*.

Ce principe a été amendé par la loi de modernisation de la fonction publique de 2007 qui a prévu trois types de cumuls possibles. La réalisation de missions d'intérim par des fonctionnaires ne figure toutefois pas au titre des activités pour lesquelles le cumul est autorisé. L'agent enfreignant la règle s'expose à une sanction disciplinaire. Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2011⁶⁵ rappelait ainsi la lourdeur des sanctions infligées en cas de découverte de cumul d'activités. Le rapport corrélait l'importance de ces sanctions avec les effets délétères d'un cumul d'activités sur la santé des agents, sur les risques que les erreurs induites par la fatigue font courir aux patients et *in fine* sur la responsabilité de l'employeur.

Deux des syndicats de l'AP-HM soulèvent comme une critique de l'organisation du travail en 12 heures, la possibilité induite pour les agents de pouvoir cumuler des activités pendant leur temps de récupération. La coordinatrice générale des soins estime que cette

⁶⁵ Inspection générale des affaires sociales RM2011-099P cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière - Juin 2011 - Charles de BATZ de TRENQUELLÉON, Pierre LESTEVEN.

organisation peut engendrer de la fatigue sans pour autant favoriser le cumul d'activités qui est avant tout motivé par la recherche de revenus complémentaires.

5.8.1 Des agents de l'AP-HM intérimaires pour le compte de leur employeur principal

L'IGAS a établi qu'un peu plus de 20 % des pluriactifs étaient salariés des entreprises de travail temporaire. À ce sujet le rapport précise « *Les entreprises de travail temporaire dans le domaine de la santé ont recours aux agents publics mais ne le reconnaissent pas facilement. L'intérim en santé constitue une source de cumul illégal d'activités non négligeable (...)* ».

L'AP-HM pour compenser les absences de PNM fait appel à trois sociétés de travail temporaire : Adecco médical, Appel médical et Kelly services. Le contrôle des contrats d'intérim au bureau de la DRH étant impossible, faute de classement⁶⁶, la chambre a recherché les homonymes à partir des registres du personnel mis à disposition de l'AP-HM par ces trois sociétés, dans les fichiers de paye de l'AP-HM.

La production de ces registres pour la période sous revue a été laborieuse, certaines sociétés utilisant, sans fondement, l'argument de l'entrée en vigueur de la réglementation générale de la protection des données (RGPD)⁶⁷ pour refuser, en première intention⁶⁸, leur transmission à l'établissement. Or la RGPD a justement permis de passer d'un système de déclaration et d'autorisation préalables à un système de responsabilisation avec la désignation d'un délégué à la protection des données. Dans ce nouveau cadre, le respect du droit du travail aurait dû prévaloir et conduire l'établissement à avoir une réponse plus ferme à ce refus de transmission.

La chambre rappelle que l'AP-HM en sa qualité d'employeur doit obligatoirement tenir un registre unique du personnel⁶⁹ dans lequel il est tenu d'inscrire dans l'ordre des embauches, et pour chaque salarié, les renseignements permettant de l'identifier dans l'entité⁷⁰.

Ces informations qui auraient dû être transmises par les sociétés d'intérim étaient indisponibles pendant toute la période sous revue, jusqu'à la demande de la chambre pendant l'instruction, en août 2019. Cette situation irrégulière expose l'établissement à des sanctions pour infractions au code du travail.

La chambre, en confrontant les homonymies entre les fichiers de paye de l'AP-HM et les registres du personnel des sociétés d'intérim, a mis en évidence neuf situations de cumul d'activités concernant des agents de l'AP-HM titulaires ou stagiaires ayant été employés pour le compte de l'AP-HM via des sociétés d'intérim. Il s'agit d'agents qui pendant leur période d'emploi à l'AP-HM ont également travaillé via une société d'intérim pour leur employeur principal. Cette irrégularité flagrante, jugée hautement improbable par la DRH,

⁶⁶ Les contrats sont simplement mis dans des boîtes à archives, les copies des bons d'intervention qui servent au contrôle du service fait sont parfois illisibles et des doubles facturations ont pu être détectées.

⁶⁷ Le règlement général 2016/679 (RGPD) et la directive 2016/680 sur la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ont été transcrits en droit français par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 et l'ordonnance du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

⁶⁸ L'établissement a dû négocier plus d'un mois et de nombreuses relances pour obtenir les informations de la part des sociétés d'intérim.

⁶⁹ Article L. 1221-13 du code du travail

⁷⁰ Nom, prénoms, date de naissance, sexe, nationalité, emploi, qualifications, et dates d'entrée et de sortie.

n'a été ni détectée ni traitée par l'établissement faute d'une gestion suivie et efficace des contrats d'intérim.

À titre d'exemple, Mme A. infirmière occupant un temps plein à l'hôpital de la Conception⁷¹ a honoré huit contrats avec Adecco pour travailler pour le compte de l'AP-HM à l'hôpital de la Timone pour un total de 11 jours sur l'année 2016. La consultation de son planning permet de constater qu'elle a travaillé soit sur ses congés annuels (CA) soit sur ses jours de récupération soit sur ses repos hebdomadaires ou ses RTT.

Mme B. infirmière à la Timone adulte a, pour sa part, réalisé le 20 décembre 2016 une mission d'intérim à l'hôpital Nord pour le compte d'Adecco alors qu'elle était, d'après le planning transmis par l'AP-HM, en poste sur un cycle alternant jour/nuits en vacations de 12h.

L'AP-HM a indiqué, dans sa réponse aux observations provisoires, avoir revu ses procédures internes et ajouté une clause au marché de prestations d'intérim rappelant expressément l'obligation du prestataire de contrôler le cumul irrégulier d'activité.

5.8.2 Des cumuls d'emplois irréguliers dans un établissement privé

La sixième chambre de la Cour des Comptes a validé, dans son délibéré du 10 janvier 2019, sur le relevé d'observations provisoires d'un établissement privé marseillais, le renvoi à la chambre des registres du personnel des agents contractuels employés dans cet établissement entre 2016 et 2018.

Tableau n° 30 : Cumuls irréguliers d'activité dans un établissement privé (EP)

<i>Situation</i>	2016	2017	2018
<i>Agents cumulant AP-HM / établissement.</i>	27	32	35
<i>Dont infirmières</i>	21	23	20
<i>Dont aides-soignantes</i>	6	9	15
<i>Nombre de jours de contrats irréguliers</i>	927	1 267	1 067
<i>Agents réalisant moins de 10 jours</i>	15	13	19
<i>Agents réalisant entre 10 et 30 jours</i>	4	7	6
<i>Agents réalisant entre 30 et 100 jours</i>	6	8	6
<i>Agents réalisant plus de 100 jours</i>	2	4	4

Source : CRC d'après fichiers de paye AP-HM et registres du personnel 2016-2018 de l'établissement privé.

Comme dans le cas du contrôle des registres des sociétés d'intérim, l'utilisation des homonymes, faute de disposer des numéros d'identification au registre (NIR), ne garantit pas l'exhaustivité des recoupements notamment en raison d'une possible divergence entre les noms d'épouses et les patronymes des femmes mariées. Nonobstant cette difficulté, le contrôle a permis de révéler l'existence de cumuls irréguliers d'activité qui ont concerné entre 27 et 35 agents différents sur la période sous revue. Si la plupart des agents n'ont effectué que

⁷¹ Elle est passé à 60 % à partir d'octobre 2016.

quelques-périodes de travail par an pour cet établissement privé, certains ont enchaîné les périodes de disponibilités sur des durées plus longues atteignant plusieurs mois, voire une année complète.

Rapportés au nombre total de périodes couvertes par des contractuels aides-soignants ou infirmiers dans l'établissement privé, les agents de l'AP-HM assurent entre 2,97 % et 4,23 % des contrats de cet établissement⁷².

Le cas de Mme S, infirmière à la Timone adulte, qui a cumulé des périodes de disponibilité allant de 169 à 301 jours de travail annuel dans l'établissement privé a particulièrement retenu l'attention de la chambre. D'après son planning 2016, transmis par l'AP-HM, elle a effectué des vacances de 12 heures en alternant 79 jours et 60 nuits. La disponibilité concomitante de 301 jours dans l'établissement privé ne peut donc qu'interpeller la chambre sur sa capacité à tenir simultanément deux emplois.

Le cumul des périodes travaillées excédant largement 365 jours, elle a nécessairement réalisé plusieurs cycles nycthéméraux⁷³ complets sans aucun repos entre les vacances. Si cette situation est avérée elle présente un risque important d'atteinte à la santé de l'agent et à la sécurité des patients. Sinon elle est révélatrice d'un défaut de contrôle de la présence de cette personne soit à l'AP-HM, soit dans l'établissement privé.

Les agents qui réalisent le plus de jours en cumuls irréguliers sont majoritairement positionnés sur plannings de 36h00 de jour ou 32h30 de nuit avec des vacances de 12h00.

Tableau n° 31 : Cumuls irréguliers sur congés de maladie

Matricule AP-HM	Congés maladie AP-HM		Jours de disponibilités dans EP	
	Début	Fin	Début	Fin
<i>Agent O</i>	30/01/2018	02/02/2018	28/01/2018	10/02/2018
	16/04/2018	25/05/2018	22/04/2018	14/05/2018
			16/05/2018	16/05/2018
			23/05/2018	23/05/2018
<i>Agent P</i>	20/05/2018	15/06/2018	14/06/2018	15/06/2018
<i>Agent Q</i>	10/04/2018	12/04/2018	06/04/2018	14/04/2018
<i>Agent R</i>	07/01/2016	15/01/2016	16/12/2015	08/01/2016
<i>Agent T</i>	24/10/2016	26/10/2016	22/10/2016	27/10/2016
	02/05/2017	28/05/2017	21/04/2017	06/05/2017
			19/05/2017	08/06/2017

Source : plannings des agents transmis par AP-HM/registres du personnel établissement privé.

La vérification des plannings des agents ayant plus de 30 jours de travail en cumul irrégulier, a également permis d'identifier des agents, principalement des aides-soignantes, ainsi qu'une infirmière qui ont travaillé dans l'établissement privé alors qu'elles étaient en position de congés de maladie à l'AP-HM sur tout ou partie de la durée de leur contrat. C'est le cas de l'agent A. qui était en congés maladie à l'AP-HM du 16 avril au 25 mai 2018 et a réalisé

⁷² 2016 : 31 117 jours dont 927 jours réalisés par des agents de l'AP-HM soit 2,97 %, 2017 : 32 962 jours dont 1 267 réalisés par des agents de l'AP-HM soit 3,84 %, 2018 : 25 166 jours dont 1 067 réalisés par des agents de l'AP-HM soit 4,23 %.

⁷³ Le rythme nycthéméral renvoie à un cycle de 24 heures, découpé par une période de jour et une autre de nuit.

sur cette même période trois contrats dont le premier a débuté le 22 avril et le dernier s'est achevé le 23 mai 2018.

Lors de l'entretien de fin de contrôle, le secrétaire général s'est dit conscient du phénomène, sans être en capacité de l'évaluer avec précision, et surtout sans possibilité de le contrer, l'URSSAF ayant refusé d'accéder à la demande de l'établissement de vérifier la pluriactivité des agents soupçonnés de cumul irrégulier.

5.8.3 Approche par échantillon des cumuls irréguliers d'emplois

Afin d'essayer d'établir une évaluation des cumuls irréguliers d'activité des agents de l'AP-HM, l'URSSAF PACA a accepté de traiter un échantillon de 426 titulaires infirmiers nés en 1986 et 1987 et rémunérés par l'AP-HM entre 2016 et 2018. Un traitement de masse étant impossible, seule l'année 2018 a finalement été traitée, manuellement, par les inspecteurs de l'Urssaf. Cet échantillon comprend 341 agents, présents tout ou partie de l'année 2018 dans les effectifs de l'AP-HM. Dans ce groupe 23 infirmiers, soit presque 7 % du total, ont travaillé pour d'autres employeurs que l'AP-HM, ce qui est significatif, dans le contexte d'une interdiction stricte de cumul d'activité, au surplus renforcée par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires.

A une exception près, dans tous les cas identifiés la quotité de travail des agents n'autorise, a priori, pas de cumul sauf à démontrer que l'activité exercée entre dans les catégories visées par le décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics. Ces activités accessoires dont la liste est fixée par le décret correspondent notamment à de l'enseignement ou du conseil et doivent être assorties d'une autorisation préalable délivrée par l'établissement.

Les agents pluriactifs sont répartis sur tous les sites. Deux services, le Pool de remplacement de l'hôpital de la Conception (UF 2505) et la réanimation polyvalente de la Timone adulte (UF 1906) ont chacun deux agents pluriactifs.

Les employeurs des agents de l'AP-HM se trouvent dans le secteur privé lucratif de la santé (10), dans les établissements de santé publics (8), dans le secteur public (4) et enfin de manière anecdotique dans le secteur de la production audiovisuelle.

Pour les employeurs du secteur privé de santé, le cas de M. Z a retenu l'attention de la chambre. Initialement aide-soignant, il a bénéficié en 2016 et 2017 du parcours de promotion professionnelle hospitalière (PPH), lui permettant de préparer son diplôme d'infirmier tout en étant rémunéré. Déjà employé par un établissement privé comme cela a été vu *supra*, il a également été salarié d'un autre établissement privé en 2018. La formation rémunérée par l'AP-HM pour couvrir ses propres besoins sur les métiers en tension, lui a donc permis d'offrir ses services aux établissements de santé du secteur privé.

5.9 Un contrôle perfectible de la situation individuelle des agents

La chambre a pu conclure à un manque de connaissance de la situation des agents tant en raison de l'absence de rigueur de la tenue de leur dossier individuel qu'en raison de la capacité de la DRH à disposer d'une vision exhaustive de leur situation dans le SIRH et *in situ*. La gestion des droits des agents vis-à-vis de l'AP-HM souffre également d'un défaut d'analyse illustrée par quelques exemples de processus défailants.

Si les enjeux associés à ces manquements ne sont pas fondamentaux sur le rétablissement de l'équilibre financier de l'AP-HM, leur résolution devrait conduire, comme pour la mise en place de l'ensemble des procédures de contrôle à une gestion plus efficiente des ressources humaines.

5.9.1 Les bénéficiaires de l'allocation mensuelle du fonds de solidarité des médecins

L'établissement a versé des émoluments entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2019 à 30 personnes nées dans les années 1910, 1920 ou 1930 pour un montant total atteignant 1,22 M€, hors charges patronales, entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2019.

Ces émoluments correspondent au versement d'allocations mensuelles du fonds de solidarité des médecins. Le décret n° 60-1378 du 21 décembre 1960 a fixé un régime transitoire d'allocation applicable à certains médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des centres hospitaliers de villes siège de faculté ou école nationale de médecine. Dans ce cadre l'AP-HM a par une convention modifiée du 17 avril 1964 fixé les règles applicables au versement de ce régime spécial d'allocations attribué aux médecins et aux ayants droits des différentes catégories des membres du corps médical.

Ces allocations sont en principe revalorisées suivant le même rythme que les pensions civiles et militaires de l'État, après avis de la commission médicale d'établissement qui reste gestionnaire de la convention initiale.

Les bénéficiaires directs sont par construction très âgés puisqu'ils étaient en position d'activité à la date de parution du décret de 1960 au moment où ils ont fait valoir leur droit d'option. Lors de leur décès l'allocation, proratisée en fonction des règles de gestion établies par la convention de 1964, est transférée à leur conjoint survivant. Il n'existe toutefois pas de dossiers agents assurant la traçabilité des échanges avec les bénéficiaires puisque le dossier remis à la chambre regroupe tous les bénéficiaires, lesquels ne sont pas suivis individuellement.

En effet, le versement mensuel est automatique et aucune procédure n'est mise en œuvre pour s'assurer que le bénéficiaire est toujours en vie. La DAM indique que les bénéficiaires étant des médecins connus, l'information de leur décès lui est en principe rapidement transmise. Par ailleurs, elle précise que le compte bancaire étant bloqué au moment du décès du bénéficiaire le virement est rejeté et la RFMAP informe la DAM.

Les modalités de contrôle des versements et de suivi des bénéficiaires ont été revus à la suite du contrôle de la chambre.

5.9.2 La poursuite des activités au-delà de l'âge limite fixé par les textes

La règle imposée pour la limite d'âge découle, pour les fonctionnaires, de l'article 85 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 qui énonce qu'un agent ne peut se maintenir en fonction au-delà de la limite d'âge prévue pour son emploi. Avant l'intervention de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 cette limite était de 65 ans pour les emplois sédentaires et de 60 ans pour les emplois de la catégorie active⁷⁴. L'article 88 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 pris

⁷⁴ Dans cette catégorie se trouvent classés par un arrêté ministériel les emplois qui présentent un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles. Tout emploi qui n'est pas classé en catégorie active est un emploi de catégorie sédentaire.

pour l'application des articles 28 et 31 de la loi de 2010 précitée a organisé le relèvement progressif des limites d'âge dans la fonction publique pour les porter à 67 ans dans la première catégorie et 62 ans dans la seconde.

La loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique a aligné la situation des agents contractuels sur celle des fonctionnaires. Les conditions de limite d'âge et de report de celle-ci sont identiques pour les deux catégories d'agents.

La chambre a identifié, lors d'un contrôle par sondage, des agents ayant perçu une rémunération au-delà de l'âge limite fixé par les différents textes législatifs ou réglementaires

Après avoir neutralisé les erreurs de saisie du numéro NIR et des paiements d'éléments variables de paye postérieurs au départ effectif de l'agent de l'établissement, plusieurs situations ont été analysées et présentent des irrégularités.

Mme C., religieuse mise à disposition par la congrégation hospitalière, a été indemnisée jusqu'en octobre 2016, soit jusqu'à l'âge de 76 ans et demi. L'évolution législative de la loi de 2012⁷⁵ mentionnée *supra* prévoit pour les vacataires l'exemption de la limite d'âge. Toutefois il n'y a pas de définition textuelle de la distinction entre un vacataire et un agent non titulaire. La jurisprudence a construit une définition du vacataire reposant sur une grille de raisonnement dans laquelle le juge pour qualifier un agent de vacataire va s'assurer qu'il s'agit d'une mission ponctuelle, que l'engagement est discontinu, et enfin que l'activité est accessoire à l'activité professionnelle. Dans le cas de Mme C. la convention de mise à disposition fixe un cadre juridique qui prend le contrepied de ces conditions cumulatives. Elle était donc bien un agent non titulaire et à ce titre elle n'aurait pas dû pouvoir être rémunérée au-delà de son soixante cinquième anniversaire.

L'analyse est identique pour Mme D. employée comme formatrice jusqu'en octobre 2018, soit jusqu'à près de 72 ans, et qui en percevant 21 indemnités sur la période contrôlée pour ses interventions à l'institut de formation⁷⁶ peut être qualifiée de personnel non titulaire sur emploi permanent.

La situation des autres intervenants extérieurs, rémunérés à l'acte alors qu'ils avaient entre 69 et 73 ans n'appelle pas d'observations.

Concernant les titulaires, à la date de survenance de la limite d'âge le fonctionnaire est admis d'office à la retraite et l'établissement a une compétence liée. Toutefois les agents peuvent poursuivre, de droit ou sous réserve des nécessités de service, leur activité professionnelle au-delà de cette limite d'âge.

Une première dérogation à ce principe concerne l'agent qui a encore un ou plusieurs enfants à charge lorsqu'il atteint la limite d'âge et qui peut poursuivre son activité à raison d'un an supplémentaire par enfant dans la limite de trois ans. C'est également le cas de l'agent qui, à la date de son 50^{ème} anniversaire, était parent d'au moins trois enfants vivants qui peut poursuivre son activité professionnelle une année supplémentaire. Ces deux possibilités de

⁷⁵ Article 6-2 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public : « La limite d'âge définie à l'article 6-1 n'est pas opposable aux personnes qui accomplissent, pour le compte et à la demande des employeurs publics mentionnés au même article, une mission ponctuelle en l'absence de tout lien de subordination juridique ».

⁷⁶ CAA paris, 3 avril 2012, Mme X : « la formation continue assurée par un établissement de santé tendant à permettre à certains professionnels de santé de se préparer au concours d'entrée d'un institut de formation des cadres de santé relevant de même établissement correspond à un besoin permanent de cet établissement ».

dérégulation ne peuvent pas se cumuler, sauf si l'un des enfants à charge est invalide à au moins 80 % ou ouvre droit à l'allocation adultes handicapés.

La seconde dérogation s'applique au cas des carrières incomplètes pour lesquelles la poursuite d'activité est possible si le fonctionnaire ne dispose pas du nombre de trimestres suffisant pour bénéficier d'une retraite à taux plein lorsqu'il atteint la limite d'âge. Cette dérogation est limitée à 10 trimestres soit 2 ans et demi.

Au regard de ces dispositions la situation de Mme W, assistante médico administrative (AMA) de classe supérieure, secrétaire médicale à la consultation de psychiatrie des hôpitaux sud présente de nombreuses irrégularités. Elle est née le 28 octobre 1948 et a donc atteint l'âge limite fixé par les textes⁷⁷ soit 65 ans, le 28 octobre 2013. Elle a bénéficié de trois prolongations⁷⁸ de fonction au titre de sa carrière incomplète pour le maximum autorisé soit 10 trimestres. À l'issue l'établissement a pris, le 22 janvier 2016, une décision de radiation des cadres avec prise d'effet le 29 avril 2016 ce qui est conforme aux textes en vigueur.

En revanche, la chambre observe que la décision⁷⁹ de prolongation d'activité prise ce même 22 janvier 2016, et lui accordant quatre trimestres supplémentaires soit une prolongation jusqu'au 28/04/2017 est irrégulière. Au surplus, trois autres décisions se sont succédées pour lui accorder une prolongation d'activité qui s'est finalement achevée le 1^{er} mai 2019 par sa mise effective à la retraite à l'âge de 70 ans et 6 mois, soit 12 trimestres supplémentaires. Durant cette prolongation d'activité elle a bénéficié d'une revalorisation indiciaire au 1^{er} septembre 2016, d'un reclassement indiciaire dans la nouvelle grille des AMA de classe supérieure avec effet rétroactif en janvier 2017 et d'une promotion au dernier échelon de son grade en mars 2017, ce qui est tout aussi irrégulier.

En effet, si l'article 10 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003⁸⁰ prévoit pour les agents affiliés à la CNRACL la possibilité d'une prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge personnelle, il s'agit d'une disposition technique permettant de maintenir temporairement dans l'intérêt du service un agent en fonction par exemple pour assurer son activité jusqu'à la fin d'une année scolaire⁸¹ et non une mesure destinée à maintenir un agent en fonction *ad vitam aeternam*. Si une telle disposition de prolongation sans fin existait elle viderait de son sens la limite d'âge applicable aux fonctionnaires.

Dans le tableau des prolongations d'activités fourni par la DRH, en réponse aux interrogations de la chambre, la situation de plusieurs autres agents maintenus irrégulièrement en fonction est apparue. Quatre d'entre eux sont toujours présents dont M. V pédicure podologue toujours en activité en juin 2019 alors qu'il a plus de 71 ans.

La chambre invite l'AP-HM à mettre fin sans délai à ces situations irrégulières. La chambre constate que l'AP-HM a pris, à la suite des observations provisoires, toutes les

⁷⁷ L'âge limite des agents nés avant le 1^{er} janvier 1951 est resté de 65 ans.

⁷⁸ Décision n° 2013-8303350 du 28/08/2013 de prolongation de 4 trimestres du 29/10/2013 au 28/10/2014 ; décision n° 2014-830316 du 27/08/2013 prolongation de 4 trimestres du 29/10/2013 au 28/10/2014 et décision n° 2015-830449 du 18/09/2015 prolongation de 2 trimestres du 29/10/2015 au 28/04/2016.

⁷⁹ Décision n° 2016-830040 signé par la DRH adjointe.

⁸⁰ Article 10 « *Le fonctionnaire maintenu en fonctions temporairement et dans l'intérêt du service et qui, au moment de sa radiation des cadres, occupe un emploi, y compris en position de détachement, ne peut percevoir sa pension qu'à compter du jour de la cessation effective du paiement de son traitement. La période de maintien en fonctions donne droit à un supplément de liquidation dans la limite du nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum de la pension mentionné à l'article 16* ».

⁸¹ Voir à ce sujet réponse à la question écrite n° 22007 de M Cyril Pellevat à la ministre de la fonction publique (JO sénat du 6 octobre 2016 Page 4327).

dispositions pour réguler l'emploi des personnels au-delà de la limite d'âge et mis fin aux situations irrégulières.

5.9.3 L'allocation d'aide au retour à l'emploi

Pour la période sous revue les droits des allocataires ont été régis par deux conventions d'indemnisation du chômage validées par les partenaires sociaux respectivement le 14 mai 2014 et le 14 avril 2017.

L'AP-HM a fait le choix de ne pas contractualiser avec pôle emploi et assure seule la gestion des allocations de retour à l'emploi qui a concerné, pendant la période sous revue un total de 372 bénéficiaires dont 325 PNM. L'établissement a versé 3 868 mensualités d'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) pour un montant total de 4,3 M€ entre janvier 2016 et décembre 2018. Dans le cadre de la certification des comptes deux procédures distinctes, l'une pour la DRH l'autre pour la DAM, ont été écrites respectivement en 2016 et 2017 pour sécuriser la gestion d'une opération complexe mobilisant pôle emploi, l'agent concerné et le cas échéant les anciens employeurs.

L'abondante jurisprudence tant de la chambre sociale de la cour de cassation que celle du conseil d'État pour les employeurs publics illustre parfaitement cette complexité de situations tant pour l'éligibilité au dispositif que pour le calcul des droits.

Pour le personnel non médical, l'établissement a transmis un tableau comportant 325 bénéficiaires ce qui permet d'abord d'observer favorablement l'exhaustivité du suivi des bénéficiaires par la DRH⁸².

L'examen des dossiers de bénéficiaires donne toutefois plusieurs illustrations d'un défaut d'analyse et de suivi du dispositif.

Aux termes de l'article L. 5421-1 du code du travail et de l'article 1er du règlement de l'assurance chômage, seule est indemnisable la privation involontaire d'emploi. Lorsqu'il démissionne, ou abandonne son poste sauf dans certaines hypothèses l'agent contractuel ou titulaire n'est donc pas privé involontairement d'emploi. Or selon les informations transmises par l'AP-HM 65 agents ont démissionné ou abandonné leurs postes en étant malgré tout pris en charge au titre de l'ARE.

Dans la première exception qui concerne 24 agents, le conseil d'État⁸³ a précisé qu'« *il appartient à la seule autorité administrative compétente d'apprécier, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, si les motifs de cette démission permettent [...] d'assimiler celle-ci à une perte involontaire* ».

Les motifs retenus par l'AP-HM sont ceux listés dans les deux accords d'application des conventions susmentionnées de 2014 et 2017, dont 15 démissions pour suivre un conjoint ou pour mariage. La consultation des dossiers, lorsqu'ils étaient disponibles, n'a toutefois pas permis de vérifier que l'établissement disposait des pièces pour attester de la légitimité du motif de la démission.

⁸² La perception, certes symbolique, par Mme K en mars 2017 de 18,72 € d'une allocation de retour à l'emploi révèle la possibilité de saisie d'une rémunération, hors cadre réglementaire et hors procédure, ce qui constitue un point de vigilance à traiter par l'établissement comme cela a été rappelé *supra* dans la partie consacrée à la sécurisation du SIRH.

⁸³ CE n° 135 197, 25 septembre 1996.

Dans le cas de Mme HJ la décision de l'AP-HM est manifestement erronée. Cette démission a été considérée comme légitime pour des faits de harcèlement. Or d'après les pièces présentes au dossier cette personne était en situation de défenderesse dans une affaire l'opposant à une autre salariée. Le récépissé du dépôt de plainte de l'agent harcelé, pièce exigée par pôle emploi pour qualifier la démission de légitime n'était pas présent dans son dossier et n'a pas été fourni.

Dans les cas précités, l'AP-HM affirme dans sa réponse aux observations provisoires que toutes les démissions étaient bien légitimes sans en rapporter la preuve.

L'AP-HM applique la règle issue de l'application de l'article 4 e) du règlement général, qui considère qu'une démission non légitime, est « *neutralisée* » par une période de travail, suivant ce départ volontaire, d'au moins 91 jours ou 455 heures, suivi d'une nouvelle perte involontaire d'emploi. Leur prise en charge par l'AP-HM méconnaît la jurisprudence de la cour de cassation⁸⁴. En effet, celle-ci considère que si le salarié a volontairement mis fin à son précédent contrat de travail auprès de son employeur public, l'emploi exercé au titre de l'employeur public est neutralisé, c'est-à-dire non pris en compte en tant que période de référence. Le salarié est alors indemnisé sous le régime de son nouvel employeur avec une période de référence d'affiliation excluant la période durant laquelle le salarié dépendait d'un employeur public.

L'APHM applique la règle issue de l'article 4 e) du règlement général, qui considère qu'une démission non légitime, est « *neutralisée* » par une période de travail, suivant ce départ volontaire, d'au moins 91 jours ou 455 heures, suivi d'une nouvelle perte involontaire d'emploi. Dans sa réponse aux observations provisoires la DRH a indiqué s'appuyer sur une décision du conseil d'état de 2002 et considère donc la jurisprudence de la cour de cassation de 2003 comme obsolète, ce qui n'est pas le cas. Il existe en effet une discussion doctrinale, non tranchée à ce jour, les deux juridictions ayant eu l'occasion de prendre des positions opposées sur ce même sujet. Le défenseur des droits a eu l'occasion, en 2017, de statuer sur le cas d'un agent s'étant trouvé confronté à un refus de prise en charge de son employeur public et de Pôle emploi en appliquant la jurisprudence de la cour de cassation.

Le versement pendant la période sous revue des indemnités d'ARE pour des agents dans cette situation représentant plus de 395 939 €, soit 9 % du montant total des ARE versées entre 2016 et 2018, mériterait que l'établissement réévalue le caractère automatique de sa position.

Enfin, les indemnités sont suivies avec un outil informatique INDELINE© qui compile les attributions dans la limite des droits octroyés. En revanche, les informations saisies dans l'application dédiée ne sont pas transcrites de manière automatisée dans le logiciel de paye AGIRH. Les bulletins de salaires émis ne reprennent donc pas le nombre de jours corrects d'indemnisation.

En complément des procédures mises en place la chambre invite l'établissement à mieux sécuriser les conditions d'éligibilité et de suivi des personnels bénéficiaires de l'ARE, notamment en suivant de manière plus rigoureuse les pièces justificatives transmises.

5.9.4 Un octroi des logements de fonction à rationaliser

Les principales dispositions législatives et réglementaires qui déterminent l'attribution des logements de fonction pour nécessité de service et utilité de service des agents dans la

⁸⁴ Cour de cassation. Chambre sociale, 11 mars 2003.

fonction publique hospitalière résultent de la combinaison des dispositions de l'article 77 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 sur les logements de fonction pour nécessité absolue et utilité de service dans la fonction publique hospitalière, de l'arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions et la mise en œuvre de gardes de direction et le bénéfice d'une concession de logement par nécessité absolue de service dans la fonction publique hospitalière et de l'arrêté du 8 janvier 2010 fixant les montants de l'indemnité compensatrice en cas d'absence de logement de fonction dans la fonction publique hospitalière.

Il résulte de ce corpus juridique, que les agents qui peuvent bénéficier des logements de fonction pour nécessité absolue de service ⁸⁵ sont :

- Les fonctionnaires occupant les emplois des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins ou les fonctions d'administrateur provisoire dans le cadre de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, s'ils participent aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public qui leur sont dévolues ;
- Les fonctionnaires occupant les emplois ou appartenant aux corps des ingénieurs, des cadres socio-éducatifs, des cadres de santé, des attachés d'administration hospitalière ou des responsables des centres maternels, de pouponnières et de crèches⁸⁶ (...), astreints à des gardes de direction ou techniques, en vertu d'un tableau établi, lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de 40 journées de garde.

La matérialité du logement de fonction dépend de la disponibilité du parc immobilier géré par l'établissement public de santé. À défaut, lorsque le patrimoine ne permet pas d'assurer leur logement, les agents bénéficient, au choix de l'établissement dont ils relèvent soit d'un logement locatif mis à leur disposition dont la localisation est compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction ou technique, soit d'une indemnité compensatrice mensuelle.

Les instances compétentes de l'établissement doivent être informées chaque année de l'état du patrimoine de l'établissement, des concessions de logement et de leur répartition entre les différentes catégories de fonctionnaires en bénéficiant et en identifiant les différents bénéficiaires. L'AP-HM a soumis au conseil de surveillance, en juin 2019, une délibération couvrant la période 2016-2018 en vue de répondre à cette obligation. Outre le fait que cette délibération est intervenue en réaction à une demande de la chambre pendant l'instruction, elle n'identifie pas les bénéficiaires. Elle ne permet donc pas de répondre aux obligations de transparence imposées par l'article 14 du décret de 2010 précité, ce qui est irrégulier.

Tableau n° 32 : Bénéficiaires d'un logement pour nécessité absolue de service 2016-2018

Nombre d'agents/ catégorie	Logés pour nécessité absolue de service	Bénéficiaires de l'indemnité mensuelle compensatrice de logement	Total
<i>Personnels de direction</i>	31	22	53
<i>Directeurs des soins</i>	3	7	10
<i>Corps visés par le II</i>		2	2
<i>Agents d'un autre corps</i>	1		1

⁸⁵ Article 2 (I et II) 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.

⁸⁶ Les autres corps mentionnés par le décret de 2010 ne concernent que les personnels de l'AP-HP.

Nombre d'agents/ catégorie	Logés pour nécessité absolue de service	Bénéficiaires de l'indemnité mensuelle compensatrice de logement	Total
Total des bénéficiaires	1	31	66

Source : CRC d'après extractions des fichiers de paye.

Le récapitulatif annuel ne permettant pas l'identification des bénéficiaires, la chambre les a recensés à partir des fichiers de paye et a confronté ces informations au tableau de recensement du patrimoine fourni par la direction du patrimoine et des services techniques.

Pour les personnels logés dans le patrimoine de l'établissement le contrôle par sondage des modalités de calcul de l'avantage en nature logement n'appelle pas d'observation.

En revanche, la chambre constate que M. A. dispose d'un logement pour nécessité absolue de service. Or cet agent contractuel, n'entre dans aucune des catégories d'agents visées à l'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 mentionné *supra*. Au surplus, il ne participe ni à des gardes de direction ni à des gardes techniques. L'occupation d'un logement par nécessité absolue de service était donc irrégulière et l'AP-HM y a mis fin à la suite des observations de la chambre.

Les concessions de logement sont attribuées en contrepartie de la participation des personnels de direction et des directeurs des soins aux gardes de direction. L'examen des tableaux récapitulatifs de 2016, 2017 et 2018 permet de constater que les bénéficiaires ont bien participé aux gardes de direction, sauf exceptions prévues par les textes⁸⁷.

M. B. ingénieur général contractuel, et Mme. C. mis à disposition respectivement du CH d'Ajaccio et du CH d'Aubagne perçoivent une ICML alors que par définition ils ne peuvent plus bénéficier d'un logement pour nécessité absolue de service au titre de leur fonction à l'AP-HM. La situation de Mme C. a été régularisée *de facto* par la fin de sa mise à disposition et sa nomination comme directrice du CH de la Ciotat et de l'EHPAD de Cassis.

La situation de M. B., dont la chambre avait déjà relevé dans son dernier rapport d'observations définitives le caractère irrégulier de la mise à disposition, perdure. Le directeur du CH d'Ajaccio revendique dans sa réponse aux observations provisoire un détournement de procédure pour employer M. F. Il a toutefois transmis un tableau des gardes qui a permis de vérifier que M F. a bien effectué ses 40 jours de gardes.

À défaut de pouvoir octroyer un logement dans son patrimoine immobilier les établissements hospitaliers disposent de la possibilité de verser en contrepartie une indemnité. Le montant de l'indemnité compensatrice mensuelle de logement (ICML) est fixé conformément au code général des impôts⁸⁸ et s'élève pour Marseille qui est classée en catégorie A, à 1 828 €/mois. Sur les 66 agents bénéficiant d'un logement pour nécessité absolue de service, 31 perçoivent l'ICL pour un montant total brut servi à l'ensemble des bénéficiaires de 350 122 € en 2016, 393 080 € en 2017 et 427 873 € en 2018.

Cette indemnité devrait, en principe, être versée faute de logement vacant dans le patrimoine de l'établissement. Or d'après le tableau du patrimoine transmis pour février 2019, l'AP-HM dispose encore en janvier 2019, dans son domaine public et privé d'un parc de

⁸⁷ En 2016, mesdames CZ et UY, n'ont pas effectué de gardes de direction, sans pour autant perdre le bénéfice du logement pour nécessité absolue de service car elles étaient en congé maternité.

⁸⁸ Articles 2, duodécies, 2, terdecies A, 2 terdecies B, 2 terdecies C, 2 quindécies B et 2 quindécies C en fonction de la localisation de la commune du lieu de résidence administrative de l'agent (lieu de travail).

53 logements vacants qui pourraient être attribués par nécessité absolue de service. La direction du patrimoine justifie cette position par l'état de dégradation de certains logements qui rendrait impossible leur octroi aux bénéficiaires des logements. Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement a transmis un tableau qui devrait lui permettre de mieux évaluer l'état des logements de fonction attribuable.

L'analyse de l'attribution des logements pour nécessité absolue de service démontre que la tendance à l'AP-HM est à l'octroi d'une part sans cesse croissante de l'ICL au détriment de l'attribution d'un logement vacant. La part des ICL dans le total des logements pour nécessité absolue de service passe de 34 à 46 % pour un nombre total de logements disponibles similaires.

5.10 L'absentéisme, problème structurel de l'AP-HM

À l'aune des indicateurs nationaux mesurant l'absentéisme, l'AP-HM se classe à la dernière place des CHU pour le taux d'absentéisme, le pourcentage d'agents absents et la durée moyenne d'absence. Ce problème structurel est ancien et les différentes tentatives pour le résorber ont été inefficaces.

5.10.1 Un absentéisme très pénalisant pour l'établissement

L'établissement dispose de données sur des séries longues issues de son SIRH. Elles lui permettent, sauf pour celles du bilan social 2016⁸⁹, de disposer d'une évaluation quantitative relativement fiable des absences par filière, par services, et par typologie. Ces données font l'objet d'une analyse statistique succincte dans les bilans sociaux.

Tableau n° 33 : Répartition de l'absentéisme par filière

	2016	2017	2018
<i>Personnel administratifs</i>	9,08 %	8,94 %	9,34 %
<i>Personnel éducatifs et sociaux</i>	10,07 %	13,47 %	11,69 %
<i>Personnel médico techniques</i>	6,88 %	7,12 %	7,02 %
<i>Personnel des services de soins</i>	10,64 %	11,10 %	11,19 %
<i>Personnel techniques et ouvriers</i>	7,81 %	8,60 %	8,11 %
<i>Moyenne APHM</i>	9,75 %	10,20 %	10,23 %

Source : AP-HM.

Le niveau élevé de l'absentéisme du personnel soignant qu'il est impératif de pallier rapidement oblige l'établissement à mobiliser des dispositifs coûteux comme l'intérim ou le recours aux heures supplémentaires. Les solutions internes, notamment les pools de remplacement, comprenant au total et en moyenne sur la période 78 ETP, n'ont pas apporté une

⁸⁹ Les chiffres qu'il contient sont erronés suite à une erreur de requêtage.

réponse à la hauteur de l'enjeu car ils présentaient eux-mêmes des taux d'absentéisme importants et leur mobilisation s'est avérée peu efficace.

Le détail de l'absentéisme par pôle met en évidence des secteurs où l'absentéisme est à la fois conséquent et croissant comme le pôle cardio vasculaire thoracique (11,46 %) ou l'odontologie (12,13 %). L'analyse statistique n'est toutefois pas suffisante. En effet, d'une part sur des effectifs faibles le taux d'absentéisme par pôle n'est pas significatif et d'autre part, l'absentéisme étant multifactoriel, seule une analyse fine des causes permet d'agir à la racine pour parvenir à le réduire.

L'établissement ne dispose pas d'analyse des données sur le suivi de l'absentéisme pour la maladie ordinaire. Pour les accidents du travail et de trajets ainsi que pour les maladies professionnelles l'AP-HM dispose de tableaux de suivi permettant de connaître la nature du risque en cause. La chambre constate toutefois que ces tableaux ne sont pas exhaustifs sur les conséquences de ces arrêts puisque dans 15 % des cas l'existence ou l'absence d'arrêts de travail n'est pas renseignée. Au surplus, ces bilans plus complets que les bilans sociaux ne sont pas présentés après anonymisation aux CHSCT locaux.

Tableau n° 34 : Évolution et comparatif 2017 du taux d'absentéisme par typologie

Typologie d'absences	2016	2017	2018	Position dans classement des CHU en 2017			Moyenne nationale
				AP-HM	HCL	AP-HP	
<i>Maladie ordinaire</i>	5,20 %	5,35 %	5,24 %	31/31	27/31	2/31	4,01 %
<i>CLM/CLD</i>	1,74 %	1,64 %	1,61 %	17/31	2/31	24/31	1,64 %
<i>Maternité</i>	1,40 %	1,41 %	1,43 %	16/31	20/31	19/31	1,39 %
<i>Accident du travail</i>	0,91 %	1,20 %	1,16 %	30/31	14/31	25/31	0,73 %
<i>Maladies professionnelles</i>	0,20 %	0,25 %	0,33 %	19/31	8/31	4/31	0,27 %

Source : documents AP-HM pour 2016 et 2018 et indicateurs nationaux pour 2017⁹⁰ afin de permettre des comparaisons.

L'absentéisme à l'AP-HM est, par son ampleur, un frein important au fonctionnement de l'établissement. En 2017, selon les données du bilan social, 468 289 journées de travail ont été perdues du fait de l'absentéisme pour le seul PNM.

Un retour à la moyenne nationale sur la maladie ordinaire et les accidents de travail permettrait de récupérer près de 46 585 jours de travail et en considérant qu'un agent travaille en moyenne 215 jours dans l'année, environ 210 ETP. Les différents scénarii élaborés par des cabinets externes dans le cadre du plan de transformation ou calculés par l'AP-HM vont tous dans le sens d'un gain conséquent pour l'établissement d'un retour dans les standards.

La marge de progression est connue, en revanche la capitalisation du gain reste lointaine si l'on considère la constante dégradation des taux d'absentéisme et l'incapacité de l'établissement à agir pour les résorber.

Dans le cadre du plan de transformation, l'engagement d'un chantier de présentéisme a justement pour objet de collecter ces données et de les analyser pour élaborer des plans de luttes

⁹⁰ Également fournis par AP-HM les chiffres diffèrent légèrement en raison d'une différence de méthodologie. Les tendances sont toutefois identiques.

efficaces. Ce diagnostic est un préalable à l'engagement d'un plan d'actions lequel comme le souligne le cabinet McKinsey « *nécessitera une refonte importante des modes de fonctionnement et de l'organisation* ».

La chambre observe que ce travail s'engage très tardivement et que ces effets ne seront mesurables que dans plusieurs années.

5.10.2 Des plans de lutte contre l'absentéisme tardifs et inopérants

Outre les mesures du CREF qui n'ont eu aucun effet sur l'inversion structurelle de la courbe de l'absentéisme (cf. *supra*) l'AP-HM a entrepris diverses actions coercitives qui visent différents acteurs. Pour les prescripteurs internes une information est faite à la CME sur le volume des arrêts prescrits. Cette action n'a, pour l'heure, donné aucun résultat et le signalement à la CPAM des médecins prescripteurs récurrents n'a pas été mise en place. La médecine agréée statutaire (MAS) en lien avec la commission médicale et la commission de réforme contrôle les durées des arrêts. Selon l'établissement cette action aurait eu un effet sur la durée des absences dans quelques cas sans toutefois que le gain réel n'ait été quantifié ni même documenté.

Tableau n° 35 : Évolution des contrôles d'arrêts de travail

Résultats des contrôles		2016	2017	2018
<i>Arrêts non justifiés</i>	Nombre	8	4	1
	Taux	1,19 %	0,85 %	0,20 %
<i>Arrêts justifiés reprise à l'issue</i>	Nombre	289	157	122
	Taux	43,13 %	33,40 %	25,00 %
<i>Arrêts justifiés prolongation</i>	Nombre	238	140	154
	Taux	35,52 %	29,79 %	31,56 %
<i>Contrôles blancs</i>	Nombre	135	169	211
	Taux	20,15 %	35,96 %	43,24 %
Total		670	470	488

Source : données AP-HM.

Des contrôles médicaux ont été réalisés par une société extérieure. La DRH souligne que le pourcentage d'arrêts non justifiés est finalement très faible. La chambre relève pour sa part que le nombre de contrôles blancs pour absences du domicile, adresses erronées, refus de contrôle ou annulation de visites est en forte hausse. Lors de l'entretien de fin de contrôle le secrétaire général a indiqué que l'établissement entendait faire appel à une autre société de contrôle plus diligente.

Enfin, au titre des mesures dissuasives la rémunération des agents absents pour raison de santé est également revue à la baisse notamment du fait des abattements réalisés sur le calcul de la prime de service et des retenues sur salaires en cas de déclaration tardive. Aucune mesure ni aucun indicateur n'existe pour en évaluer l'efficacité.

Le volet préventif comprend un accompagnement au retour des agents en arrêts de longue durée (2016), une refonte de la procédure de reclassement (2017), la mise en place d'équipe d'ergologie pour l'aménagement des postes de travail (2017), et l'augmentation du

nombre de places en crèche pour favoriser le retour plus rapide des jeunes mamans (2017). Toutes ces mesures ne se sont toutefois pas traduites, jusqu'à présent, par une inversion de la courbe des absences pour raison de santé.

Au titre des actions préventives la connaissance et la limitation des risques professionnels est un sujet récurrent dans les CHSCT locaux. La position des syndicats et celle de la direction sont diamétralement opposées sur le point de savoir si l'établissement remplit ses obligations réglementaires et est suffisamment actif. Les premiers considèrent que ce sujet n'est pas traité notamment dans la dimension de la sécurité des personnels et concernant les risques psycho sociaux. La seconde estime que l'établissement se conforme aux textes et satisfait à ses obligations réglementaires.

La direction précise que chaque établissement de l'AP-HM dispose de son propre document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) géré localement, en lien avec son CHSCT. Ce document est élaboré avec une méthode de cotation classique des risques (physiques, biologiques, chimiques, déplacements, machines, RPS, coactivité...) selon les critères de fréquence, de probabilité et de gravité confrontée à toutes les unités de travail décrivant les organisations professionnelles de l'établissement. Les évaluations sont réalisées sur le terrain, au contact des professionnels et réactualisées à chaque fois que nécessaire et en tout état de cause une fois par an.

La chambre observe toutefois que la qualité des documents transmis à l'appui de cette affirmation est très inégale.

- Le DUERP de la Timone, élaboré selon une méthodologie préconisée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au Travail (CARSAT), est le plus abouti. Il répond aux objectifs de cohérence, de commodité et de traçabilité exigées par l'article R. 4121-1 du code du travail ;
- Pour l'hôpital de la Conception et les écoles les documents sont datés de 2018 pour le premier et non datés pour le second, ce qui indique une absence de traçabilité du suivi annuel ;
- Pour l'hôpital Nord les documents transmis ne permettent de s'assurer ni de leur mise à jour annuelle puisqu'ils ne sont pas datés, ni de leur exhaustivité puisqu'ils concernent uniquement deux services ;
- Le DUERP des hôpitaux sud n'a pas été transmis, même si les comptes rendus du CHSCT mentionnent l'existence de ce document. La chambre n'a pas été en mesure de vérifier la conformité du document à l'aune des textes.

Pour la plateforme logistique, seule une présentation au CHSCT du 18 mars 2019 fixant un calendrier de mise en œuvre a pu être fournie. Au surplus, il est indiqué dans ce même document « *à la demande de Mme B. (DRH adjointe) et avec l'accord de Mme B. (responsable de la plateforme), les données recueillies en 2013 et 2016 ont été réactualisées en vue de produire un rapport final contenant le document unique et son plan d'actions* ». La chambre constate qu'en 2019, ce document est non mis en œuvre, alors qu'il s'agit d'un site industriel, ce qui est à la fois irrégulier et susceptible d'engager la responsabilité pénale de l'établissement en cas d'accident grave.

Suivant les articles L. 4612-16 et L. 4612-17 du code du travail, l'évaluation des risques doit donner lieu à la rédaction d'un programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT) qui doit être présenté et discuté annuellement dans les CHSCT. Si ces documents ont été rédigés sur l'ensemble des sites, sauf à la PFL, aucun n'a en revanche été présenté aux CHSCT locaux, ce qui est également irrégulier.

La chambre rappelle que la formalisation et la sensibilisation des personnels aux risques professionnels est un vecteur reconnu de réduction des accidents de travail et des maladies professionnelles qui devrait être mis en œuvre avec plus de diligence.

Elle invite fermement l'AP-HM à se conformer à la législation en vigueur en raison du risque pénal encouru par l'ordonnateur du fait de l'inexistence ou de la carence de ces documents essentiels. En effet le fait de ne pas rédiger le DUERP est passible d'une amende de 5e classe⁹¹ et en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un salarié, l'absence ou la rédaction incomplète du DUERP peut entraîner la reconnaissance d'une « faute inexcusable » de l'employeur avec d'importantes conséquences indemnitaires.

5.10.3 Un recours à l'intérim insuffisamment suivi

Outre le coût des journées non travaillées, le remplacement impératif des personnels soignants pour permettre la poursuite de l'activité contraint l'établissement à recourir à des heures supplémentaires (cf. *supra*) et à des contrats d'intérimaires dont le coût annuel est conséquent. L'AP-HM a recours pour l'intérim du personnel non médical à trois sociétés d'intérim retenues dans l'accord cadre passé par la centrale UniHA⁹².

Le contrôle *in situ* du bureau en charge du contrôle des contrats conduit la chambre à observer que les modalités de leur suivi sont largement perfectibles. Les différents contrats sont déposés dans des boîtes à archives sans classement, certains états de présence adressés par les sociétés d'intérim servant au contrôle du service fait sont inexploitable car illisibles. Au surplus l'absence de contrôle effectif des contrats a conduit à la non détection des cumuls irréguliers d'activités évoqués *supra* dans la partie éponyme.

Tableau n° 36 : Répartition 2016 - 2018 des jours d'intérim par sites

Sociétés	Timone	Nord	Conception	Hôpitaux Sud	N.C	Total général
Adecco	6 312	7 222	92	117		13 743
Appel médical	3 177	731	170	85		4 163
Kelly services					228	228
Total général	9 489	7 953	262	202	228	18 134

Source : CRC d'après les registres du personnel transmis par les sociétés d'intérim.

Les sociétés ont établi entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2018, 7 271 contrats pour un total de 18 134 jours d'intérim consommés. La société Adecco médical a satisfait 76 % des besoins, l'appel médical 23 % et Kelly service 1 %. Les missions d'intérim sont assurées à 70 % par des femmes et concernent prioritairement (46 %) des emplois d'infirmiers en soins généraux.

La répartition des contrats est cohérente avec le niveau d'activité des différents sites. Le niveau de rémunération individuelle est fixé dans un bordereau des prix qui reprend la rémunération brute servie aux agents employés par l'AP-HM. Le coefficient de délégation

⁹¹ Sanction de 1 500 € prévue à l'article R. 4741-1 du Code du travail.

⁹² L'union des hôpitaux pour les achats (Unika) est un groupement de coopération sanitaire, créé à l'initiative des hôpitaux publics, en 2005 pour mutualiser leurs achats.

servant à la rémunération du co-contractant varie suivant la typologie d'employé et la société de 1,85 à 2.

En 2016, l'AP-HM a dépensé 2,6 M€ en intérim pour le personnel paramédical dont près de 40 % sur le seul pôle des maladies de l'appareil digestif et uniquement au mois de mars. S'agissant d'une difficulté conjoncturelle importante la recherche de solution alternative par redéploiement d'effectif aurait été préférable au recours à l'intérim qui a fortement renchéri les coûts. Pour 2017 et 2018 les dépenses ont atteint respectivement 1,2 M€ et 1,3 M€ dans une répartition cohérente avec le poids respectif et l'absentéisme des pôles.

Le recours à l'intérim n'est pas nécessairement corrélé à un taux d'absentéisme élevé. Par exemple, le pôle cardio vasculaire thoracique dont le taux d'absentéisme est en moyenne de 11,19 % entre 2016 et 2018 et qui a induit 0,554 M€ de dépenses d'intérim alors que sur les mêmes bornes, le pôle médecine physique et réadaptation avec un taux moyen d'absentéisme de 5,84 % a généré des dépenses à hauteur de 0,647 M€.

La réglementation n'autorise le recours au travail temporaire que pour une tâche précise et temporaire. Ce recours ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente⁹³ de l'organisme utilisateur. La société d'intérim ne peut renouveler un contrat que si sa durée totale ne dépasse pas la durée maximale autorisée, soit 18 mois dans le cas d'un salarié absent⁹⁴.

Or à titre d'illustration, M. A., masseur kinésithérapeute a été employé jusqu'en février 2019, par l'Appel médical à la Timone adulte et enfants pendant 36 mois. La chambre observe également que ce monsieur est selon le registre transmis par la société, né le 18 juin 1941 et aurait donc été intérimaire jusqu'à près de 78 ans.

D'autres agents intérimaires ont été employés sur des périodes trop longues dont M B., infirmier, pour 544 jours ou Mme C. pour 355 jours entre janvier 2016 et décembre 2018. Cette dernière, née en 1957, était par ailleurs titulaire à l'AP-HM avant 2016 comme en atteste le paiement d'un reliquat d'indemnité compensatrice en mars 2016.

La chambre rappelle que le recours abusif au travail temporaire expose l'AP-HM, autant que les sociétés d'intérim à des sanctions pénales du chef de prêt de main d'œuvre illicite, lorsqu'il est démontré que les intérimaires occupent des emplois durables et permanents. En effet, bien que le contrat soit conclu entre l'entreprise de travail temporaire et le salarié, l'entreprise utilisatrice engage également sa responsabilité⁹⁵. L'établissement a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que les contrats d'intérim sont désormais dématérialisés.

⁹³ Article L. 1251-5 du code du travail.

⁹⁴ Article L. 1251-12-1 du code du travail.

⁹⁵ Cour de cassation, chambre sociale, 28 mars 2017, n° 15-84.795 « une opération de prêt de main d'œuvre qui permet de pourvoir durablement des emplois liés à l'activité normale et permanente de l'entreprise utilisatrice relève d'une fraude à la loi sur le travail temporaire ».

6 LA GESTION DU PATRIMOINE DE L'AP-HM

La bonne gestion du patrimoine immobilier de l'AP-HM représente un enjeu considérable. Un enjeu financier d'abord dans un contexte budgétaire très dégradé compte tenu de l'importance des montants en jeu lors de l'acquisition, la rénovation, l'entretien, l'exploitation et la cession des biens immobiliers de son domaine public ou privé. Un enjeu organisationnel également dans le contexte du projet de modernisation et des regroupements qu'il induit. Un enjeu opérationnel enfin pour maintenir ou améliorer les conditions de prise en charge des patients et l'environnement de travail des personnels.

L'organisation de la fonction immobilière de l'AP-HM doit, pour permettre de répondre à ce triple objectif, s'appuyer sur une organisation robuste et une connaissance approfondie de l'existant pour assurer sécurité juridique, conservation physique et performance économique de la gestion de son patrimoine.

Ces prérequis sont, à l'AP-HM, encore très perfectibles pour répondre efficacement aux enjeux présents et à venir.

6.1 Le patrimoine de l'AP-HM

6.1.1 Un patrimoine important et mal connu

Jusqu'en 1977, le législateur n'opérait pas, pour les établissements publics de santé, de distinction entre domaine public et domaine privé. Dans son avis consacré à la domanialité hospitalière rendu le 28 avril 1977 le conseil d'État⁹⁶ considère que « *les bâtiments et installations qui appartiennent aux établissements publics hospitaliers, lorsqu'ils sont affectés au service public et spécialement aménagés à cette fin, sont des dépendances du domaine public de ces établissements. Il en est ainsi notamment des voies de desserte établies à l'intérieur des hôpitaux, de leurs dépendances et de leurs accessoires* ». Comme pour l'État et les collectivités territoriales, tous les biens appartenant aux hôpitaux publics qui sont affectés au service public et spécialement aménagés à cet effet font partie de leur domaine public. Ceux qui en revanche n'y sont pas aménagés ou pas affectés au service public font partie de leur domaine privé. Ces derniers n'étant par définition, pas affectés, sont gérés séparément sous le vocable de dotation non affectée (DNA)

L'article L. 6148-1 du CSP consacre l'existence d'une domanialité publique des biens détenus par les hôpitaux en renvoyant pour leur gestion aux règles du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P) et au code général des collectivités territoriales (CGCT).

⁹⁶ CE, sect. soc., avis n° 319.305, 28 nov. 1977.

Tableau n° 37 : Synthèse de la situation des biens immobiliers de l'AP-HM

Statut juridique	Domaine public	Domaine privé
<i>Autorisation d'occupation temporaire (AOT)</i>	8	3
<i>Bail à réhabilitation</i>		17
<i>Bail à construction</i>	1	
<i>Bail emphytéotique</i>	4	205
<i>Délégation de service public</i>	1	
<i>Locataire</i>		7
<i>Pleine Propriété</i>	58 dont 20 vacants	80 dont 37 vacants
Total	72	312

Source : CRC d'après tableau du patrimoine intégral transmis par la DPTST.

L'établissement administre sous plusieurs statuts juridiques 384 biens immobiliers différents, dont 81 % sont rattachés à son domaine privé. La chambre observe en préambule que les biens loués par l'AP-HM, sont classés dans son domaine privé alors qu'à l'exception de la maison louée pour le secrétaire général, les structures hébergées dont les centres médico-psychologiques (CMP) sont affectés à sa mission de service public.

Elle constate ensuite que 34 % des biens en pleine propriété du domaine public et 46 % de ceux du domaine privé sont vacants. L'établissement ne tient pas de tableau de bord des frais fixes engendrés par ces biens, comme les taxes, les abonnements, les assurances ou les charges de copropriétés. Le coût de possession n'est ni évalué, ni suivi ce qui à l'échelle du patrimoine de l'AP-HM est une défaillance majeure.

Comme cela a été détaillé *supra* concernant les logements de fonction, l'argument unique développé par la direction du patrimoine, des travaux, des services techniques et de la sécurité des sites (DPTST) pour expliquer cet important taux de vacance est l'impossibilité de procéder, pour des raisons budgétaires, à la remise en état des biens afin de permettre leur occupation.

Les coûts de remise en état peuvent varier d'un simple rafraîchissement pour des biens avec un fort potentiel locatif comme par exemple un appartement de 109 m² sis dans un immeuble semi-récent du 187 rue Saint Pierre (13005) visité par la chambre, à une réhabilitation complète ou une cession en l'état pour des biens très dégradés comme la maison du 3 rue Raibaud (13010). Or en l'absence d'évaluation bien par bien des travaux nécessaires à leur remise en état, l'AP-HM n'est pas en mesure de comparer ce montant avec le coût de possession qui lui-même n'est pas connu alors qu'il s'agit d'un élément clef du processus décisionnel en matière de gestion patrimoniale. La chambre observe que les tableaux remis en réponse aux observations provisoires ne répondent pas à cet objectif. L'échéance de septembre 2021 pour paramétrer un logiciel acquis en 2018 apparaît également très lointaine.

6.1.2 Le domaine public hospitalier

Tableau n° 38 : Synthèse des surfaces du domaine public hospitalier

Domaine public hospitalier	Surfaces bâtiments existants	Surfaces extérieures
<i>Hôpital de la Timone</i>	248 812 m ²	En cours d'élaboration
<i>Hôpital de la Conception</i>	131 405 m ²	Parkings: P1 (477 m ²), P2 (1879 m ²) et P3 (347 m ²)
<i>Administration crèche</i>	27 943 m ²	
<i>Sainte Marguerite</i>	97 550 m ²	Non répertoriées
<i>Salvator</i>	16 344 m ²	Non répertoriées
<i>Hôpital Nord</i>	135 318 m ²	Non répertoriées
<i>Houphouet Boigny</i>	10 386 m ²	Non répertoriées
<i>Capelette</i>	7 511 m ²	Non répertoriées
<i>Centres médico-psychologiques (CMP)</i>	6 018 m ²	Non répertoriées
Total	681 287 m²	

Source : CRC d'après tableau de synthèse transmis par la direction du patrimoine, des travaux, des services techniques et de la maintenance (à jour en avril 2019).

La DPTST recense 681 287 m² de surface dans œuvre (SDO)⁹⁷ affectés aux missions de soins y compris l'administration centrale et les crèches. Pour cette surface répartie, hors centres médico-psychologiques (CMP), sur huit sites principaux, l'AP-HM est majoritairement propriétaire occupant sauf pour les CMP loués à l'extérieur de l'établissement qui ne sont pas comptabilisés dans ce tableau.

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) implantée sur une parcelle appartenant au domaine public du centre hospitalier spécialisé Edouard Toulouse au moyen d'une autorisation d'occupation temporaire (AOT), figure dans ce tableau de synthèse pour une SDO de 4 640 m². En effet, en vertu de l'AOT consentie à l'euro symbolique, en novembre 2015, suivant les dispositions de l'article L. 2122-1 du CG3P, l'exploitation, la maintenance, l'assurance et la protection des biens et des personnes incombent à l'AP-HM.

En revanche, la plateforme logistique, construite et maintenue par un contrat de partenariat public privé pour assurer les fonctions de restauration, blanchisserie, stérilisation et magasin central d'une SDO de 13 684 m² n'a pas été intégrée dans ce recensement. La gestion de ce contrat et des personnels incombe à la directrice adjointe de la direction des achats et de la logistique (DASL). Or cette plateforme participe bien à la mission de service public de l'hôpital et à ce titre devrait être recensée dans son domaine public hospitalier.

⁹⁷ La surface dans œuvre correspond à la surface utile et à l'emprise des circulations et des locaux techniques bâtiments à l'exclusion des surfaces des ouvrages construits (gaines techniques, éléments structurels du bâtiment). Cette surface correspond à la surface intérieure à entretenir et à chauffer d'un bâtiment.

Tableau n° 39 : Occupation du domaine public hospitalier

Site	Preneur	Type de gestion	Date de fin	Revenus annuels
<i>Conception</i>	Établissement français du sang	AOT	31.12.2033	150 000
<i>Timone</i>	Établissement français du sang	AOT	18.03.2035	140 146
<i>Hôpitaux sud</i>	Association Serena	AOT	01.12.2038	0-(Soldé)
<i>Hôpitaux sud</i>	UGEAM PACA	AOT	17.01.2059	20 790
<i>Hôpitaux sud</i>	Institut supérieur de rééducation psychomotrice	AOT	23.05.2030	467 500
<i>Hôpitaux sud</i>	SSR	AOT	02.10.2038	33 088
<i>Hôpitaux sud</i>	UFIAM	Bail emphytéotique	15.04.2091	0-(Soldé)
<i>Hôpitaux sud</i>	Institut Paoli-Calmette	Bail emphytéotique	31.12.2058	0-(Soldé)
<i>Hôpitaux sud</i>	Laboratoire multidisciplinaire de recherche	Bail emphytéotique	01.01.2071	0-(Soldé)
<i>Hôpitaux sud</i>	Association départementale de sauvegarde enfants et adultes	Bail emphytéotique	01.01.2054	0-(Soldé)
<i>Hôpitaux sud</i>	Association régionale pour l'intégration	Bail à construction	27.12.2061	0-(Soldé)

Source : AP-HM tableau intégral du patrimoine.

L'établissement a consenti sur son domaine public des autorisations d'occupation temporaire (AOT), des baux emphytéotiques et un bail à construction. Les dates de prises d'effet des différents contrats étant antérieures à la période de contrôle, la chambre n'a pas examiné les modalités de passation et de suivi de ces outils.

La chambre observe que les revenus annuels des AOT atteignent 811 524 € en 2019. Les baux emphytéotiques, les baux à construction et l'AOT de l'association Serena sont également des outils d'occupation du domaine public dont le principal intérêt réside dans leur capacité à générer des revenus annuels indexés. Or les organismes preneurs de ces baux ont acquitté une somme en début de contrat pour solde de tout compte. Ne persistent donc que des montages juridiques, souvent complexes nécessitant sur la durée un suivi rigoureux que la chambre n'a pas constaté. Les dossiers tenus par l'AP-HM sont lacunaires et surtout non suivis puisqu'ils sont considérés comme soldés.

La DPTST et la direction des affaires juridiques (DAJ) ont initié les démarches de résiliation du bail de l'institut Paoli Calmette (IPC) avec l'objectif de pouvoir céder le terrain d'assise. Cette cession est intervenue le 4 décembre 2019 pour un montant de 26,75 M€.

L'exemple de l'AOT consentie à l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie Provence alpes côte d'azur et corse (UGEAM PACAC) illustre l'absence de stratégie de l'AP-HM dans l'optimisation de gestion de son domaine public. Une première AOT sous seing privé a été signée en février 2010 pour permettre à l'UGEAM d'implanter un bâtiment destiné à recevoir une unité de soins de suite. Cet engagement a ensuite été cristallisé dans un acte notarié d'octobre 2015 dans lequel l'AP-HM, qui avait déjà réalisé le dévoiement des réseaux pour près de 595 000 €, s'engageait à prendre à sa charge la dépollution du site sur présentation des factures de l'UGEAM. Forte de cet engagement cette dernière a sollicité, en avril 2016, le remboursement de 549 936 €. Le secrétaire général dans un courrier adressé à l'UGEAM en mars 2019, souligne sans contester la réalité de la dette, que la redevance d'occupation est déséquilibrée. Effectivement l'UGEAM aura, au terme de l'AOT

de 45 ans, payé hors indexation 0,935 M€, soit moins que les frais engagés par l'AP-HM pour permettre la construction du bâtiment de l'UGECAM (1,14 M€).

6.1.3 Le domaine privé hospitalier

L'activité financière de la dotation non affectée (DNA), domaine privé de l'hôpital, constituée des biens mobiliers et, surtout, immobiliers qui sont l'héritage historique provenant, pour l'essentiel, des dons et legs à l'AP-HM est retracée dans un budget annexe. La synthèse des surfaces transmise par l'AP-HM comprend les biens en pleine propriété ou loués pour un total de 9 139 m². En revanche la consistance et la surface des biens couverts par un bail emphytéotique, un bail à réhabilitation ou une autorisation d'occupation temporaire n'ont⁹⁸ pas été synthétisées par l'établissement qui dispose donc d'une vision très floue de leur périmètre exact alors que les enjeux, notamment financiers, qui y sont attachés sont importants en raison des revenus annuels qu'ils génèrent. Cette information est pourtant disponible mais dispersée dans les différents audits et inventaires réalisés et insuffisamment exploités.

À titre illustratif, au 77 rue Peysonnel (13003 Marseille), un contrôle sur place a mis en évidence une divergence d'identification entre un studio loué à un employé de l'AP-HM et la réalité du terrain. L'établissement est, d'après son propre inventaire, propriétaire dans cette résidence d'un appartement n° 2321. La boîte aux lettres correspondant à l'appartement porte le nom d'une personne différente et l'agent de l'AP-HM semble occuper un logement contigu (n° 2322). Les pièces transmises initialement par la DPTST n'étaient pas cohérentes entre elles⁹⁹. L'AP-HM n'a pas assisté, en dépit de la délégation donnée par la directrice du patrimoine, à l'assemblée générale de la copropriété dont un seul procès-verbal figurait au dossier. Au-delà des enjeux financiers qui sont évidemment minimes, cet exemple reflète l'absence de contrôle de cohérence et de suivi des biens du domaine privé. Si les explications fournies dans la réponse aux observations provisoires permettent de lever l'ambiguïté sur la propriété de l'AP-HM elles confortent le constat d'un suivi peu rigoureux.

La chambre constate que l'absence d'une information exhaustive et fiable sur l'état du patrimoine existant est un handicap majeur dans la construction d'une stratégie immobilière cohérente et dans le suivi des biens et invite l'établissement à y remédier rapidement.

⁹⁸ Sauf le 113 rue Canebière et le 24 rue Colbert (13001).

⁹⁹ L'appartement est répertorié d'après le legs comme étant le lot 683, sans précision du numéro d'appartement, alors que l'hôpital acquitte des charges afférentes à un lot 3771 sans qu'un rapprochement puisse être fait entre les deux dénominations.

6.2 Une gestion mal optimisée du patrimoine de l'AP-HM

6.2.1 Des objectifs qui peinent à être mis en œuvre

Dans son avis du 26 juin 2013, rendu sur la stratégie immobilière de l'AP-HM, le conseil de l'immobilier de l'État saluait d'abord les objectifs ambitieux que l'établissement s'était fixé tant pour son domaine public hospitalier *« l'AP-HM développe une stratégie de concentration des services accompagnées d'action de mutualisation »*, *« la libération des friches hospitalières offre l'opportunité de développer des structures hôtelières privées répondant aux besoins du public de l'hôpital »*, que pour son domaine privé, *« l'objectif de [la stratégie patrimoniale pour le patrimoine non affecté aux soins] était de passer d'une logique de conservation et d'accumulation passives à une logique de cession, de valorisation des biens et de gestion dynamique des actifs »*.

Le conseil rappelait ensuite les conditions de la réussite de la mise en œuvre de cette stratégie qui devait s'appuyer *« sur un travail prospectif consistant à identifier les bénéfices futurs des projets immobiliers envisagés et à comparer les coûts de ceux-ci avec les solutions alternatives permettant de répondre aux besoins »* et pour la dotation non affectée à *« actualiser régulièrement son inventaire, à identifier les gisements de valeurs et à saisir les opportunités pour en améliorer la rentabilité »*.

Concernant le domaine public, la mise en œuvre du projet de modernisation permet d'amorcer la mise en œuvre de la stratégie de concentration des services et la libération des friches hospitalières.

Concernant la dotation non affectée l'établissement a amorcé sous le pilotage d'un cabinet extérieur la valorisation des biens compris dans les engagements de mise en œuvre du projet COPERMO.

6.2.2 Des outils ciblés sur la maintenance technique

La DPTST dispose pour les opérations de maintenance d'un outil de base dit gestion des demandes (GDD) pour toutes pannes ou dégradations constatées dans les services et d'un centre d'appel joignable 24h/24 pour les demandes urgentes. L'outil de GDD est relié à un outil de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) qui permet de garder une trace des interventions techniques par typologie d'équipements et par sites pour un total de 44 199 équipements. Dans les objectifs de la DPTST figurent, concernant la GDD, le suivi et l'analyse des demandes et des délais d'intervention qui restent un problème évoqué fréquemment par les usagers.

L'AP-HM n'a pas souhaité s'inscrire dans le déploiement de l'outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé baptisé OPHELIE développé à partir de 2014 par la DGOS, l'ANAP et l'ATIH en collaboration avec des ARS est accessible gratuitement via le site de l'ATIH et permet aux établissements, de disposer de données socles, relatives aux immobilisations, fiables.

Parallèlement l'établissement ne dispose pas de tableaux de bord lui permettant une restitution synthétique du nombre de m², de l'état du patrimoine notamment sa fonctionnalité, ou son accessibilité et l'identification des potentiels fonciers immobiliers. Aucun tableau de bord n'existe pour maîtriser les coûts de possession du patrimoine qui en outre ne sont pas

connus. Le tableau de recensement transmis de nouveau au stade des observations provisoires se saurait répondre à la définition d'un tableau de bord. La gestion de l'immobilier de l'AP-HM est donc très largement perfectible dans sa dimension de valorisation et d'optimisation de son patrimoine.

6.2.3 Un suivi perfectible des baux à prendre ou à donner

Hors logements attribués pour nécessité absolue de service et utilité de service l'AP-HM a consenti dans son patrimoine privé, des baux d'habitation à des particuliers.

L'établissement a précisé en réponse au questionnaire de la chambre sur les modalités de détermination du prix¹⁰⁰ et la procédure de choix des locataires que « *les dernières attributions se sont faites après étude de marché permettant de définir un loyer, publication faite sur des supports publicitaires (papier et ou internet ; ex la Provence) et le support informatique de l'AP-HM. (...) Le montant des loyers pour les particuliers est basé sur une étude de marché au moment de la location, à partir de biens les plus approchants* ». Cette étude de marché n'a pu être produite que pour le bail consenti aux conjoints DR, au 10 impasse des peupliers, en 2015. Le loyer hors charge a été aligné sur la moyenne basse¹⁰¹ de l'estimation. Dans sa rédaction et son suivi ce bail n'appelle pas d'observation particulière.

En revanche, pour les autres baux analysés, la chambre relève des irrégularités d'intensité variable qui démontrent une absence de continuité et de documentation dans leur suivi. Les baux ont presque tous été consentis¹⁰² sous le régime de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986. Ces baux, à l'exception de celui des conjoints D-R mentionné ci-dessus, se caractérisent par l'imprécision de leur rédaction, leur renouvellement tacite pour certains depuis plus de 27 ans, des références à l'indice de revalorisation de loyers indiqué en pourcentage ce qui est dépourvu de sens et l'absence des documents annexés prévus par le bail notamment l'état des lieux, l'acte de caution solidaire ou la référence aux loyers du voisinage.

À titre illustratif le bail concerne d'un appartement de 115m² sis au 275 boulevard de la Corniche dans le 7^{ème} arrondissement de Marseille cumule les approximations. Il a été signé le 4 février 2010 par une autorité impossible à identifier et sans document annexe. Au droit de l'indice de référence dont il est indiqué qu'il correspond au 2^{ème} trimestre 2009 est portée la mention « 1,31 % ». Ce pourcentage qui correspond à la progression intervenue depuis l'indice précédent démontre bien que le rédacteur du bail n'avait pas clairement compris l'utilité d'un indice de révision.

Le montant du loyer mensuel acquitté en 2019, hors charge est de 316,33 €, soit 2,75 €/m². Le prix médian de la location par m² dans cet arrondissement, le plus cher de la ville, se situe pourtant à 14,75 € par m².

Concernant le logement du 40 avenue Fernandel (13012), l'établissement justifie de l'absence d'un bail écrit par le bénéficiaire présumé d'un bail oral issu de la loi n° 48-1360 du 1^{er} septembre 1948. Toutefois cette loi concerne uniquement les logements construits avant

¹⁰⁰ Cf. Annexe 6 rendement des baux à donner.

¹⁰¹ Moyenne basse étude 10,31 €/m² bail consenti à 10,41 €/m²

¹⁰² A l'exception de celui de M. M.

le 1^{er} septembre 1948 et dont les locataires ont signé un bail avant la promulgation de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986. Ces baux ont donné lieu à une libération automatique du simple fait de l'intervention de la loi précitée de 1986. Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM justifie la persistance d'un bail oral en contradiction avec les faits et sans appuyer sa réponse de pièces probantes, ce qui conforte l'analyse de la chambre sur le flou entourant les baux consentis.

Les baux examinés par la chambre prévoient que le loyer peut être révisé une fois par an au 1^{er} janvier suivant un indice fixé par le contrat. Lorsque l'indice a été fixé convenablement,¹⁰³ l'application des clauses de revalorisation recalculée par la chambre met en évidence des divergences parfois importantes entre le résultat attendu de la révision et le loyer réellement appliqué par l'AP-HM. Ces écarts lorsqu'ils sont négatifs démontrent une sous-évaluation de la révision. Les calculs de l'AP-HM dans sa réponse aux observations provisoires sont erronés et au surplus donnent des résultats différents des loyers réellement appliqués.

Une amélioration substantielle des processus de gestion des baux d'habitation permettrait à l'AP-HM de se prémunir des risques de contentieux pouvant être induits par cette gestion défaillante et de reprendre le contrôle de la gestion de biens dont l'établissement pourrait disposer pour les vendre sans s'exposer à des contentieux inutiles.

L'AP-HM loue six locaux hors ses murs pour une charge annuelle de plus de 80 000 €. Dans son tableau de recensement la DPTST indique qu'il s'agit de centres médico-psychologiques (CMP).

Tableau n° 40 : Baux à prendre

<i>Adresse</i>	<i>Bailleur</i>	<i>Surface</i>	<i>Loyers annuels HC</i>	<i>Charges annuelles</i>	<i>Prix mensuel au m²</i>	<i>CMP</i>	
			En €			Répertorié ARS	Finess
<i>16 Rue Bernard du Bois 13001 Marseille</i>	Yes we camp	99 m ²	11 880		10	Non	Non
<i>44 Boulevard Michelet 13008 Marseille</i>	Erilia	179 m ²	20 551,92	4 313,76	11,57	Oui	130796550
<i>50/52 Boulevard Michelet 13008 Marseille</i>	Erilia	145 m ²	10 355,92		5,95	Oui	
<i>28 Rue Raphaël 13008 Marseille</i>	Erilia	160 m ²	10 925,60		5,69	Oui	130802101
<i>36 Rue Raphaël 13008 Marseille</i>	Erilia	73 m ² + 86 m ²	10 925,60		5,72	Non	Non

¹⁰³ Certains indices fixés en pourcentage étant inexploitable la reconstitution du calcul s'est appuyée soit sur le dernier indice connu avant la signature du bail soit sur l'indice du coût de la construction (ICC) ou sa moyenne annuelle glissante puis à compter du 1^{er} janvier 2006 l'indice de référence des loyers (IRL), publié par l'Insee, qui l'a remplacé à cette date.

Adresse	Bailleur	Surface	Loyers annuels HC	Charges annuelles	Prix mensuel au m ²	CMP	
			En €			Répertorié ARS	Finess
Capitaine Gèze 13014 Marseille	EPF PACA	338 m ²	20 787	2 655,00	5,77	Non	Non

Source : CRC d'après le tableau intégral du patrimoine en date de février 2019 élaboré par la DPTST et les baux. Les surfaces en gras sont celles figurant dans le tableau ci-dessus mentionné les autres figurent dans les baux.

En recoupant les informations de l'agence régionale de santé (ARS) relatives aux CMP et celles du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess)¹⁰⁴, la chambre relève d'abord que seules trois adresses correspondent à des CMP.

Il ressort de l'analyse des baux transmis¹⁰⁵ que deux adresses ne correspondent pas à des CMP :

- Les locaux du 16 rue Bernard Dubois sont sous loués par l'AP-HM à une association loi 1901 dénommée « yes we camp ». Le local d'une surface de 99 m² accueille une unité mobile de rue (UF 4816). Le local se situe au 3^{ème} étage de l'ancienne direction des routes, appartenant à l'État, dans le quartier de Belsunce. Incluse dans ce projet l'équipe mobile de rue de l'AP-HM développe des activités de soins à destination des sans-abris. L'association a été autorisée à consentir des sous locations à des partenaires qu'elle choisit. La convention de sous occupation accordée par l'association à l'AP-HM pour 10 € par m² n'appelle donc pas de remarques particulières.
- Les locaux du 221 boulevard du capitaine Gèze sont loués par l'établissement public foncier (EPF) de PACA depuis 2015, à l'AP-HM pour la mise à disposition d'un plateau de bureaux de 338 m² pour un montant total annuel de 27 986 € (6,90 €/ m²) jusqu'au 31 décembre 2022, date de fin de la convention foncière entre l'EPF, la commune de Marseille et l'établissement public d'aménagement Euroméditerranée. Cette adresse abrite un espace de santé de l'AP-HM dépendant du service pôle de santé HU (5857) avec un médecin coordonnateur. D'après le site internet de l'AP-HM cet espace accueille une file active de 550 patients et a permis de réaliser 1 000 consultations médicales et paramédicales et 103 ateliers entre mars 2016 et décembre 2016. S'il s'agit bien d'une unité de production de soins et de prestations sociales localisée à une adresse géographique distincte, la chambre observe qu'elle est dépourvue d'une immatriculation au Finess, ce qui est irrégulier.

Concernant les centres médico psychologiques du 8^{ème} arrondissement, en 1983 et 1985, la société Cofimeg a donné à bail à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) des Bouches du Rhône deux locaux en vue de l'implantation des deux centres d'hygiène mentale, l'un pour les adultes, l'autre pour les enfants. Le premier de 179 m² se composant de deux appartements contigus est situé à l'entresol du 44 boulevard Michelet, le second d'une superficie de 160 m² au 28 rue Raphael.

¹⁰⁴ Ce fichier assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément regroupé sous l'entité juridique de l'AP-HM.

¹⁰⁵ Sauf celui du 36 rue Raphael pour lequel une mention manuscrite précise « il est manquant dans nos historiques et celui du propriétaire le bail du 36 rue Raphael pour notre CMP ».

Dans le cadre de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 qui a emporté reconnaissance législative de la politique de sectorisation psychiatrique, l'AP-HM est devenue responsable des secteurs de psychiatrie pour l'ensemble de ses activités intra et extrahospitalières. C'est à ce titre qu'elle s'est substituée à l'État pour les baux des CMP qui étaient du ressort de la DDASS. Pour autant ce changement substantiel n'a donné lieu à aucun avenant dédié. Un avenant n° 1 signé en 1998 a joint au CMP adultes un nouveau local, également à usage de CMP, de 55 m² en rez-de-chaussée et 105 m² en étage, sis au 50 boulevard Michelet. Cette adjonction ayant donné lieu à une majoration de loyer de 51 600 FF annuels.

La chambre observe d'abord que l'encadrement contractuel appuyant la location des centres médico psychologiques est formellement défaillant. Outre leur ancienneté, ils restent très approximatifs dans la désignation des locaux, les propriétaires bailleurs ne sont pas clairement identifiés alors qu'ils ont changé à plusieurs reprises sur la période¹⁰⁶. L'établissement s'acquitte des loyers et des charges des CMP auprès de la société Erilia sans pour autant être en mesure de produire les baux afférents actualisés.

Lors d'une visite sur place la chambre a pu constater que le local du 50 boulevard Michelet est occupé par le CMP du secteur 6. Le local du n° 44 Boulevard Michelet occupé jusqu'en 2016 par le CMP du secteur 4 a été annexé par les équipes du secteur 6, à effectif constant, pour gagner en espace et en confort. La chambre observe que le montant annuel de l'occupation du 44 boulevard Michelet s'élève à plus de 20 000 € par an et qu'une réévaluation du besoin de location de cette adresse s'impose en l'absence d'accroissement significatif des effectifs de terrain depuis le départ des intervenants du secteur 4 vers des locaux de l'hôpital Sainte Marguerite. Au surplus, dans le compte rendu du CHSCT de mai 2018 des hôpitaux sud il est indiqué que ces locaux ne sont ni aux normes de sécurité, ni aux normes d'accessibilité.

Dans son inventaire servant notamment à établir la prime annuelle d'assurance en qualité de locataire occupant, la DPTST recense deux autres CMP l'un au 28 rue Raphael pour une superficie de 160 m² et l'autre au 36 rue Raphael avec deux superficies distinctes. En réalité, il s'agit d'un seul et même local disposant d'une entrée au n° 28 et qui se trouve à cheval sur les deux bâtiments sans accès exploitable¹⁰⁷ depuis le n° 36.

En 2018, l'AP-HM s'est acquitté pour le 44/52 Boulevard Michelet d'un loyer hors charge de 31 114 € pour 324 m² (8 €/m²) et d'un loyer de 23 333 € hors charge pour 160 m² (12 €/m²) pour le 28 rue Raphael soit 52 % de plus pour ce dernier que pour des locaux similaires, un même usage et un même bailleur.

En conséquence de cette observation la chambre invite l'établissement à procéder à une revue de l'hébergement des CMP qui consomment actuellement près de 53 000 € par an pour en optimiser la gestion et prend note de la prise de contact avec le bailleur pour régulariser ces baux.

Recommandation n° 4 : Régulariser les baux à donner ou à prendre et mettre en place un suivi rigoureux de leur exécution.

¹⁰⁶ La COFIMEG, puis la SEFGIMEG au terme d'une fusion en 1990, la société d'HLM Provence logis.

¹⁰⁷ Il n'existe qu'une sortie de secours qui donne dans la cage d'escalier du n° 36.

6.2.4 Des biens vacants insuffisamment contrôlés

Lors des visites sur place des logements vacants de la DNA certains éléments comme la présence de noms sur les interphones, sur les boîtes aux lettres, de rideaux aux fenêtres ont conduit la chambre à questionner la DPTST sur le suivi des vacances de logements. Elle a indiqué que ses services réalisaient une tournée de logements vacants et avaient découvert à cette occasion qu'une maison sise 3 rue Raibaud avait été illégalement occupée. Toutefois ces tournées ne font pas l'objet de compte rendu et ne sont pas documentées.

Cette information a été croisée avec la RFMAP pour vérifier l'existence d'une procédure en cas de départ d'un locataire. L'échange d'informations n'est pas formalisé notamment sur les dates de départ et il ressort du tableau transmis par le comptable que quelques baux étaient conclus sans versement de caution.

Afin de compléter l'information de la chambre, la DRFIP de PACA et des Bouches du Rhône a transmis pour les logements vacants ainsi identifiés les taxes foncières et les taxes d'habitation. La ville de Marseille est soumise à l'application de la taxe annuelle sur les logements vacants (TLV) prévue par l'article 232 du code général des impôts¹⁰⁸. La taxe, due pour chaque logement vacant depuis au moins une année, au 1^{er} janvier de l'année d'imposition est acquittée par les propriétaires. Si le logement est réellement vacant alors l'AP-HM doit s'acquitter d'une taxe sur les logements vacants.

Les logements de l'AP-HM ne sont pas identifiés par leur numéro d'invariant qui est pourtant un numéro unique, reconnu par l'administration fiscale, qui permettrait un meilleur suivi du parc immobilier.

Il ressort d'abord des données transmises par la DRFIP sur l'année 2019 que l'établissement acquitte près de 30 000 € de taxes foncières et de taxe sur les logements vacants pour des biens improductifs de revenus. Il apparaît ensuite que l'AP-HM n'assure pas le suivi de la situation fiscale de ses biens comme en atteste le courriel de la DRFIP au sujet du 12 rue Gabriel Marie (13010) : *« le 105 m² du 2^{ème} étage était occupé par Mme L.¹⁰⁹ Cette personne a quitté le local en 2016, mais n'a fait connaître ce changement qu'en 2018... Les TH 2018 et 2017, émises initialement ont donc été dégreverées courant 2018. C'est pourquoi ce local n'a pas été imposé à la TLV sur ces années. Cette erreur a été corrigée pour la TLV 2020 »*.

L'instruction a permis d'identifier une habitante au 18, rue Nau (13006) qui n'est pas recensée dans le tableau des biens tenu par l'AP-HM. Mme P., qui n'est, a priori, pas un agent de l'AP-HM occupe l'appartement de 38 m² au 4^{ème} étage¹¹⁰ de l'immeuble. Cet appartement était occupé par M F. agent de sécurité à l'AP-HM jusqu'en 2018. Mme CW est imposée à la taxe d'habitation pour 2019 ce qui indique qu'elle était bien occupante au 1^{er} janvier 2019, sans toutefois disposer d'un bail. Son niveau de revenus est insuffisant pour lui permettre de s'acquitter de la taxe d'habitation laquelle a été dégreverée pour 2019. Cette personne est donc occupante sans titre ce qui n'a pas été détecté par l'AP-HM en suivant la situation fiscale de ses biens ou lors des visites annuelles des locaux.

¹⁰⁸ « (...) La taxe annuelle sur les logements vacants est applicable dans les communes appartenant à une zone d'urbanisation continue de plus de cinquante mille habitants où existe un déséquilibre marqué entre l'offre et la demande de logements, entraînant des difficultés sérieuses d'accès au logement sur l'ensemble du parc résidentiel existant ».

¹⁰⁹ Cette personne est ingénieure à la DPST.

¹¹⁰ Numéro d'invariant 8250249364K.

Au 88 rue Horace Bertin (13005) trois appartements en location sont recensés par la DPST, dont un seul serait occupé. L'immeuble est doté de trois interphones dont l'un au nom de Mme FB, agent de l'AP-HM. Elle est devenue propriétaire de son logement en 2014 dans des conditions de régularité qui n'ont pas été examinées par la chambre. Le logement du 3^{ème} étage est occupé par Mme FV, agent de l'AP-HM au titre d'un bail conclu en 1992¹¹¹ dans des conditions avantageuses évoquées *supra*. Elle s'acquitte d'une taxe d'habitation établie au nom de son conjoint ; ce qui n'appelle pas de remarques particulières.

Le rez-de-chaussée était occupé jusqu'en 2016 par une équipe du team BTP Provence jusqu'à la liquidation judiciaire de l'entreprise. Ce local ne fait l'objet d'aucune imposition alors qu'il est a priori vacant depuis au moins 2017.

En revanche, l'AP-HM s'acquitte d'une taxe d'habitation, de 618 €, pour un appartement dont le numéro d'invariant est 8200210674 E. S'il s'agit d'un local vacant alors l'établissement devrait faire corriger sa situation auprès de l'administration fiscale. Si le local est occupé, la chambre pourra utilement rappeler que conformément aux dispositions des articles 1407 et 1408 du code général des impôts, la taxe d'habitation est établie au nom des personnes qui ont, à quelque titre que ce soit, la disposition ou la jouissance de locaux meublés affectés à l'habitation. L'acquittement d'une taxe d'habitation par l'AP-HM pour ce bien est anormal voire irrégulier.

Les éléments de réponse aux observations provisoires confirment l'absence de rigueur et de procédure dans le suivi des baux. À titre d'exemples le tableau fourni aux services fiscaux au titre de logements NAS et US comprend le nom de M. G et Mme. H dont il est affirmé par ailleurs qu'ils ne bénéficiaient pas de ces dispositions. Concernant le squat du 18 rue Nau le paiement de la taxe d'habitation sur l'année 2019 signe une occupation postérieure à la procédure invoquée par l'AP-HM datant de 2018.

6.2.5 Des baux à réhabilitation non suivis

Les modalités de passation des baux consentis à la société PACT habitat méditerranée devenue Soliha, pour un immeuble sis au 36 boulevard Longchamp, consenti en décembre 2010 pour 35 ans en contrepartie du versement de 256 000 € et un immeuble sis au 85 rue Bernardy consenti en décembre 2012 pour 44 ans et 144 000 € n'ont pas été étudiés par la chambre car hors période de contrôle.

Il en a été de même pour le bail emphytéotique consenti à une SCI pour un immeuble du 7 rue Bailly de Suffren en juin 2010 pour 50 ans et 610 000 €. Ce bail qualifié d'emphytéotique contient des conditions suspensives qui permettent de le requalifier en bail à réhabilitation. L'acte authentique du 29 juin 2010¹¹², absent du dossier fourni lors de l'instruction et transmis uniquement au stade de la réponse aux observations provisoires permet de constater la levée de ces conditions.

Pour les étages supérieurs¹¹³ d'un immeuble du 24 rue Colbert l'AP-HM a consenti, à la société PACT 13, par acte notarié du 8 juillet 2016, un bail emphytéotique de 55 ans pour un

¹¹¹ Il est indiqué dans le tableau de la DPST qu'elle est logée par utilité de service alors qu'elle ne figure pas dans le récapitulatif transmis en annexe de la délibération du 28 juin 2019. Au surplus sa fonction ne la rend pas éligible à un logement pour utilité de service.

¹¹² Et non 2020 comme indiqué dans la réponse aux observations provisoires.

¹¹³ Le rez-de-chaussée où se trouve un local commercial dispose d'un bail emphytéotique distinct qui n'appelle pas d'observation.

montant de 200 000 € afin de construire du logement social. L'évaluation du service des domaines était pourtant fixée à 700 000 € et il était précisé dans cet avis « *la redevance négociée de 200 000 € est très inférieure à la valeur estimée par le service local de France domaine* ». Pour autant et en dépit d'un courrier du DGA sollicitant soit une augmentation de la redevance, soit un raccourcissement de la durée du bail ce dernier a été validé dans les conditions souhaitées par la société. Ce bail contient des conditions suspensives dont la réalisation doit être notifiée au bailleur par la société preneuse : or aucune de ces pièces ne se trouvent dans le dossier. Comme pour les baux précités la DPTST semble classer le dossier dès encaissement du solde. Or compte tenu des conditions juridiques qui s'attachent au bail à réhabilitation un suivi plus diligent permettrait de mieux préserver les droits de l'AP-HM.

L'AP-HM a consenti le 4 juin 1999 un bail d'une durée de 50 ans à une SCI pour un immeuble très délabré situé à l'angle du 8 cours Lieutaud et du 36, rue Chateaudon. Le notaire de l'époque avait alerté l'AP-HM sur le caractère très succinct du descriptif des travaux de rénovation. En contrepartie de ce bail l'AP-HM perçoit 16 552,62 € par an soit 137 € par mois pour chacun des dix appartements qui sont tous occupés, comme le démontre une visite sur place.

En 2018, la ville de Marseille a mis en demeure, par erreur, l'AP-HM, de réaliser des travaux de rénovation de la façade. L'immeuble est effectivement très délabré, sans pour autant, à l'aune des informations dont dispose la chambre, être frappé d'un arrêté de péril imminent. La SCI, titulaire du bail à réhabilitation, est également propriétaire de 13 autres appartements dans le même secteur dont deux dans un immeuble frappé d'un arrêté de péril.

Le bail consenti par l'AP-HM permet à la SCI de disposer et de louer 10 appartements à un prix permettant une très bonne rentabilité locative dans des conditions de sécurité très douteuses susceptibles d'impliquer l'AP-HM en cas de sinistre. Enfin, l'immeuble porte la plaque du legs consenti par Jules Cantini aux hospices de Marseille, ancêtre de l'AP-HM, ce qui contribue à renvoyer une image peu reluisante de l'institution eu égard aux conditions dans lesquelles des familles sont hébergées dans cet immeuble.

L'ensemble des réponses fournies au stade des observations provisoires confirment d'une part l'absence d'unicité des dossiers de suivi des biens et d'autre part une insuffisante maîtrise juridique des enjeux qui oblige l'AP-HM à avoir recours à des conseils extérieurs pour dénouer des situations anciennes.

6.2.6 Les baux emphytéotiques du domaine privé sous évalués

6.2.6.1 Nature et régime des baux emphytéotiques consentis par l'AP-HM

L'établissement gère en 2019 pour son domaine privé sous le vocable bail emphytéotique 205 baux situés à 23 adresses distinctes. La plupart (181) sont des baux emphytéotiques au sens strict du terme.

Le système de bail emphytéotique dont il est question dans cette partie trouve son origine dans une loi du 25 juin 1902. Il est actuellement régi par les articles L. 451-1 et suivants du Code rural et de la pêche maritime. Bien que faisant référence à un bail rural il a été utilisé au début du XX^{ème} siècle pour des immeubles n'ayant aucune vocation agricole.

La première caractéristique de ce bail est d'être consenti pour une durée minimum de 18 ans et maximum de 99 ans. Pour être qualifié d'emphytéotique ce bail, autrement dénommé emphytéose, doit au surplus avoir une finalité économique très précise qui le distingue à la fois des baux ordinaires et d'autres droits réels comme l'usufruit.

Le preneur à bail (appelé emphytéote) s'engage à mettre en valeur l'immeuble dont il doit disposer sur le long terme pour tirer profit de ses investissements. Au terme du bail il doit restituer au bailleur l'ensemble des aménagements et constructions qu'il a réalisés. Pendant toute la durée du bail le preneur est titulaire d'un droit réel, constituant un véritable démembrement du droit de propriété. Il peut ainsi le vendre et le louer comme un véritable propriétaire. Il doit également effectuer toutes les réparations, y compris les grosses réparations au sens du code civil, sur l'immeuble et sur les aménagements réalisés. À l'expiration du bail, il ne peut réclamer aucune indemnité pour la plus-value apportée au bien loué. La redevance versée par l'emphytéote au propriétaire, également appelée canon, est fixée par les termes du contrat d'emphytéose et est en principe d'un montant faible.

6.2.6.2 L'origine des baux emphytéotiques de l'AP-HM

- Le legs Jules Cantini

Par testament olographe du 30 septembre 1914 et deux codicilles du 16 juin et 20 septembre 1915, Jules Cantini, sculpteur ayant fait fortune, a légué de nombreux biens aux hospices civils et hôpitaux de Marseille. Constitué d'immeubles bâtis, de maisons et de terrains ce patrimoine très conséquent était en principe inaliénable et le legs imposait comme condition absolue « *que tous les intérêts et revenus d'immeubles et de valeur de toute nature [soient] capitalisés pendant une durée de vingt années après[son] décès constituer un capital très important et de pouvoir une bonne fois créer une œuvre solide et durable pour en rapport avec des besoins de notre chère ville* ». Ce capital devait être consacré à la construction d'un hospice ou hôpital à partir de fonds dédiés gérés par une fondation. Acquis par l'AP-HM en 1949, cet établissement prend, en 1954, le nom de clinique Jules Cantini. Cette clinique ferme ses portes en 1990 et le centre médico-chirurgical cardiologique qu'elle abritait est alors transféré à l'hôpital Sainte Marguerite.

En 2008, déjà confronté à d'importantes difficultés financières, l'AP-HM sollicite le préfet de région afin qu'il statue sur une révision administrative des conditions et charges grevant le legs consenti par Jules Cantini. Par arrêté en date du 9 mai 2010 considérant la construction de la clinique, la réalisation de nombreux projets financés par les revenus tirés du legs ainsi que l'accord des ayants droits, le préfet accorde à l'AP-HM le droit de procéder à l'aliénation des biens issus de la succession de Jules Cantini.

L'établissement n'est ainsi plus tenu depuis 10 ans par la clause d'inaliénabilité inhérente au legs initial.

- Le legs de la comtesse Pastré

Marie-Louise Double de Saint-Lambert épouse du comte Pastré a légué à l'AP-HM à son décès en 1974, deux parcelles d'une superficie initiale totale de 23 700 m² de la campagne dite Double de Saint-Lambert qui se situe entre la traverse parangon et l'avenue du corail. En novembre 2013 et moyennant un accord transactionnel de 300 000 € avec les héritiers Pastré, dont la régularité n'a pas été analysée par la chambre car hors de la période de contrôle, l'AP-HM a été autorisée à vendre à la SNC Avenue du Corail un hectare de terrain dans le cadre d'une opération de promotion immobilière. L'autre partie du terrain qui reste la propriété de l'AP-HM fait l'objet d'un bail emphytéotique qui court jusqu'en 2045 au profit de l'association Emmaüs pointe rouge.

- Le legs de madame Rocca

Dans la succession de Mme Rocca, les hospices civils de Marseille avaient recueilli, en mars 1906, un immeuble faisant l'angle de la rue fort notre Dame et du cours du vieux port. Le 3 mars 1936, la commission administrative des hospices a consenti à une société dénommée « l'Avenir » implantée à cette même adresse un bail emphytéotique de 99 ans englobant le terrain, les constructions initiales et une construction nouvelle d'un immeuble de sept étages, édifié après un simple accord verbal. Ce bail emphytéotique qui doit se terminer le 29 septembre 2034 couvre l'immeuble dont l'adresse actuelle est le 4 place aux huiles dans le 1^{er} arrondissement de Marseille. Cet ensemble immobilier ayant fait l'objet de diverses tractations, analysées *infra*, en vue de sa cession, la question d'une éventuelle inaliénabilité contenue dans le legs initial n'est pas posée.

6.2.6.3 Une connaissance et un suivi des baux emphytéotiques insuffisants

Tableau n° 41 : Périmètre et consistance des immeubles concernés par un bail emphytéotique

<i>Legs</i>	<i>Arrdts</i>	<i>Adresse</i>	<i>Baux AP-HM</i>	<i>Date de fin de bail</i>
<i>Jules Cantini</i>	8 ^{ème}	1 impasse des Peupliers	16	29 sept-2028
		8 impasse des Peupliers	4	29 sept-2026
		10 impasse des Peupliers	8	29 sept-2036
		57 avenue du Prado	1	29 sept-2033
		11 rue Dupré	1	29 sept-2023
		199 avenue du Prado	14	31 déc-2039
		199 A avenue du Prado	21	31 déc-2041 ⁽¹⁾
		199 B avenue du Prado	5	31 déc-2039
		199 C avenue du Prado	22	31 déc-2039
		199 D avenue du Prado	23	31 déc-2039
		199 E avenue du Prado	23	31 déc-2039
		225 avenue du Prado	14	29 sept-2028
		229 avenue du Prado	14	29 sept-2028
<i>Comtesse Pastré</i>	8 ^{ème}	108-110 traverse Parangon	1	22 mai 2045
<i>Mme Rocca</i>	1 ^{er}	4 place aux Huiles	14	29 sept-2034
Total général			181	

Source : CRC d'après tableau du patrimoine intégral et dossiers des immeubles.

Note 1 : le tableau de suivi de l'AP-HM comporte la mention d'une fin de bail au 31 décembre 2039 ce qui est erroné.

L'ensemble de ces legs a permis aux « hospices civils de Marseille » d'être propriétaires d'un patrimoine important en pleine propriété ou en nue-propriété.

Les baux emphytéotiques ont été consentis pour la durée maximale autorisée de 99 ans. Ils ne sont donc pas susceptibles d'être prolongés. Pour le 199, avenue du Prado il s'agissait de terrains à bâtir et la date d'expiration a été fixée uniformément au 31 décembre 2039 sauf pour le 199 A pour lequel la date d'expiration a été fixée au 31 décembre 2041. La consultation de certains actes notariés de mutations des baux présents dans les dossiers permet à la chambre d'affirmer que cette date est parfois méconnue des notaires mêmes ce qui ne manquera pas de créer des difficultés analogues à celles rencontrées lors de la tentative de cession des baux du 4 place aux huiles. L'AP-HM pourtant destinataire des actes n'a pas saisi les notaires aux fins de rectification.

À l'exception du bail consenti à l'association Emmaüs, 108-110 traverse Parangon, les baux emphytéotiques ci-dessus listés concernent des immeubles d'habitation. L'AP-HM doit donc gérer 181 baux avec des particuliers personnes physiques, associations ou sociétés civiles immobilières. En l'absence de toute procédure formalisée, la direction du patrimoine procède empiriquement à une revue annuelle des détenteurs des baux à partir des transmissions par les syndics de la liste des copropriétaires des différents immeubles. Ce suivi n'est ni centralisé dans un tableau de suivi, ni documenté. Les différents échanges et courriers sont simplement classés au fil de l'eau dans les dossiers des immeubles.

Les premiers baux ayant été signés dans les années 1920 ou 1930, les biens concernés ont pourtant fait l'objet de mutations et parfois de changements de périmètre. La consultation des annonces immobilières permet de constater que ces cessions sont fréquentes par exemple pour le 225 avenue du Prado ou pour le 4 place aux huiles.¹¹⁴ Tous les contrats d'emphytéose prévoient que l'AP-HM doit être systématiquement consultée dans le cadre d'une mutation et informée en cas de succession. A l'occasion du contentieux du 4 place aux huiles l'établissement a pourtant découvert dans les états hypothécaires qu'il y avait eu, en lieu et place de la cession des droits de bail emphytéotique, des ventes pures et simples de lots de copropriétés, sans que l'institution soit consultée. Divers échanges de courriels illustrent également la difficulté à suivre les successions lors du décès des co-emphytéotes. Au surplus en l'absence de mutation et de succession certains disparaissent parfois des listes sans explication. À titre d'exemple la SCI Alcyon co-emphytéote du 199 A, avenue du Prado s'est rappelée au bon souvenir de l'AP-HM en s'étonnant de ne plus payer de canon pendant deux ans.

Le contrat d'emphytéose s'apparentant à un droit réel, certains biens ont également pu être divisés et vendus pour partie. L'appel annuel du canon est établi par rapport aux tantièmes détenus dans la copropriété. Lorsque l'emphytéote originel vend par exemple une chambre de bonne, une cave, ou un garage dont il disposait aux termes de son bail initial il voit sa quote-part diminuer. Or, l'AP-HM ne prend pas systématiquement acte de ces changements et n'appelle pas le paiement du différentiel de la redevance annuelle auprès du nouveau propriétaire. Deux exemples retrouvés dans les dossiers illustrent cet état de fait :

- Au 225, avenue du Prado les consorts D. ont vendu en 2005 à la SCI LCM, une chambre de bonne au 6ème étage de l'immeuble. En 2011, l'AP-HM s'aperçoit de la vente sans pour autant solliciter le versement du canon, ni passer un avenant de mutation partielle. M C. gérant de la SCI, ne s'acquitte, encore en 2019, d'aucune redevance annuelle.

¹¹⁴ Dans la première hypothèse l'annonce contient des informations telles que « *possibilité de prolonger le bail de 30 à 50 ans ou de louer son bien à l'AP-HM pour le prix du marché* » dans la seconde le vendeur annonce une possibilité de cession à vie sans préciser qu'il s'agit d'une vente au co-emphytéote de droit à un coût venant s'ajouter aux 680 000 € demandés par le vendeur.

- La situation est identique pour monsieur A. acquéreur en 1988 d'une chambre de bonne au 1, impasse des peupliers. En effet et même s'il y a eu un avenant de mutation il ne s'acquitte pas du canon faute pour l'AP-HM de disposer de ses coordonnées. Le courrier qui a été adressé à l'intéressé démontre également que l'établissement ignore même l'emplacement exact du bien dans l'immeuble. Au surplus dans l'avis des domaines de 2012, ce bien ne figure pas sur la réponse des domaines.

Enfin, l'AP-HM n'est pas, sauf exception¹¹⁵, copropriétaire dans ces immeubles et n'assiste pas aux réunions de copropriétés ni ne sollicite les comptes rendus des comités syndicaux ce qui limite également sa connaissance de l'état des biens.

Comme cela a été vu *supra* l'AP-HM est pour ses baux emphytéotiques libérée des clauses d'inaliénabilité issues des legs et pourrait dans sa recherche de financement du projet de modernisation les céder aux propriétaires. Plusieurs copropriétés en ont d'ailleurs fait la demande. L'absence de suivi des baux est dans cette hypothèse un frein important à la vente.

L'illustration de ces dysfonctionnements s'est matérialisée lors de la tentative de vente de l'immeuble du 4 place aux huiles. En 2012, l'AP-HM accepte de procéder à la vente des biens aux co-emphytéotes à la condition que l'ensemble des lots composant l'immeuble trouve acquéreur. La situation s'est rapidement enlisée devant l'impossibilité de procéder aux régularisations des actes notariés erronés. En effet, quelques lots avaient fait l'objet de ventes pures et simples sans référence au bail emphytéotique d'origine. La procédure pour corriger ces erreurs grossières étant longue, l'AP-HM a dû consulter de nouveau France domaine pour actualiser son prix de vente. La nouvelle proposition étant plus élevée, le terme du bail se rapprochant, les potentiels acquéreurs l'ont refusée et assigné l'AP-HM en exécution de vente forcée au prix proposé en 2012.

L'instance étant toujours pendante devant la cour d'appel, l'établissement ne peut pas procéder à la vente de l'immeuble et en percevoir les fruits estimés à 2,61 M€.

6.2.6.4 Les conditions financières des baux

Les canons ont été fixés sur une base annuelle, payable par semestre à échoir au 29 mars et 29 septembre de chaque année. Cette clause de paiement est bien respectée par l'établissement qui établit deux titres de recettes. Le montant initial fixé en anciens francs devait être revalorisé tous les 15 ans sur la base de la valeur du terrain déterminée par un expert désigné par le préfet. Cette valeur affectée d'un ratio de 5 ou 6 % devenant la base de fixation des canons pour une nouvelle période de 15 ans. Sollicité par la chambre, l'établissement est dans l'incapacité de retracer les revalorisations intervenues par périodes de 15 ans sur chacun des immeubles.

L'AP-HM semble avoir rencontré des difficultés pour savoir à qui s'adresser pour obtenir une évaluation des terrains d'assiette. Dans un courrier de 2015, l'établissement sollicite le président du TGI pour désigner un expert chargé de procéder à l'évaluation des baux emphytéotiques des immeubles du 199 et 199 A à E de l'avenue du Prado. Il précise à ce sujet « *France domaine nous a indiqué ne pas être habilité à effectuer ce type d'évaluation* ». Pourtant dans les dossiers consultés sur place figurent des évaluations de France domaine retracées dans le tableau 50 *infra*.

¹¹⁵ L'AP-HM est devenue propriétaire d'appartements aux numéros 1 et 10 avenue des peupliers et au n° 199 A avenue du Prado. Dans le cas du premier appartement il s'agit d'une acquisition suite à la résiliation d'un bail pour défaut de paiement du canon.

**Tableau n° 42 : Montant en euros des canons annuels perçus et estimés
par immeuble (en €).**

Adresse	Perçu AP-HM en 2019	Estimation des domaines		Différentiel
		Montant	Année	
4 place aux Huiles (13001)	15 615	130 549	2015 *	- 114 934
57 avenue du Prado (13006)	1 770	1 770		0
1 impasse des Peupliers (13008)	10 511	95 850	2012	- 85 339
10 impasse des Peupliers (13008)	2 869	40 250	2017	- 37 381
8 impasse des Peupliers (13008)	16 805	43 360	2013	- 26 555
199 avenue du Prado (13008) (garages)	2 355	23 915	2018	- 21 560
199 A avenue du Prado (13008)	9 338	119 570	2018	- 110 232
199 B avenue du Prado (13008)	4 633	67 757	2018	- 63 124
199 C avenue du Prado (13008)	4 953	59 785	2018	- 54 832
199 D avenue du Prado (13008)	4 953	59 785	2018	- 54 832
199 E avenue du Prado (13008)	5 613	67 757	2018	- 62 144
225 avenue du Prado (13008)	3 351	100 150	2012 *	- 96 799
229 avenue du Prado (13008)	4 289	126 200	2012 *	- 121 911
Total général	87 055	936 698		- 849 643

Source : CRC d'après baux, tableau du patrimoine transmis par l'AP-HM et estimations de la DGFIP présentes dans les dossiers ou sollicitées par la CRC (*).

À l'exception de l'immeuble sis au 193 avenue du Prado pour lequel aucune estimation n'a pu être retrouvée dans les dossiers, la chambre a pu mettre en regard les valeurs estimées des canons devant être perçus par l'établissement et ceux réellement perçus en 2019.

Les conditions financières des baux emphytéotiques sont similaires (5 ou 6 % de la valeur du terrain). Pourtant les canons moyens acquittés par les co-emphytéotes sont très disparates suivant les adresses. Pour un même arrondissement et des biens comparables ils varient dans un rapport d'un à presque dix. Le ratio au m² qui aurait été plus pertinent pour établir un comparatif n'a pu être établi par la chambre faute de disposer, comme cela a été souligné *supra*, des superficies des différents biens.

Des évaluations de la DRFIP¹¹⁶ datant de 2013 et 2017 ont pu être retrouvées dans les dossiers disponibles à la DPTST. Les évaluations manquantes ont été sollicitées par la chambre auprès de la DRFIP¹¹⁷. Hormis le cas de l'unique emphytéote du 57 avenue du Prado, ces évaluations sont extrêmement éloignées des montants perçus annuellement.

Cette différence résulte de l'absence de revalorisation régulière des valeurs de terrain suivant la périodicité de 15 ans fixée par les baux. Ainsi lorsque l'AP-HM a pris conscience de l'importance du différentiel entre les canons perçus et la réalité de la valeur des terrains dans

¹¹⁶ Contrairement aux affirmations de l'AP-HM dans sa demande de saisine du président du TGI.

¹¹⁷ Dans cette hypothèse la valeur vénale retenue est celle du seul bailleur (AP-HM) qui correspond au terrain, les droits du preneur correspondants à la valeur vénale que lui confère le bail, notamment sur les constructions n'entrant pas dans l'assiette de calcul.

des quartiers très prisés elle a tenté de récupérer son dû. Toutefois l'ampleur¹¹⁸ de la revalorisation a conduit les copropriétés à appliquer leur droit à une contre-expertise. C'est dans ce contexte que l'établissement est arrivé à un accord transactionnel avec la copropriété du 10 impasse des peupliers. En revanche pour les copropriétés du 199 et 199 A à E l'AP-HM a purement et simplement renoncé à agir, laissant perdurer une situation totalement anormale à l'aune de la perte de revenus immobiliers qu'elle engendre.

En n'appliquant pas les clauses d'actualisation des canons prévues dans les contrats d'emphytéose, l'AP-HM se prive d'une recette annuelle potentielle de près de 850 000 €. La chambre ne peut qu'inciter l'établissement, comme le conseil de l'AP-HM le fait dans son analyse transmise au stade des observations provisoires, à mettre en œuvre la révision des loyers pour une prise d'effet la plus proche possible.

Recommandation n° 5 : Prendre l'attache de la direction de l'immobilier de l'État pour rechercher une solution adaptée à la récupération des pertes annuelles sur les baux emphytéotiques.

6.3 L'organisation de la sécurité des locaux de l'AP-HM

(1) En matière de sécurité incendie, les différents établissements recevant du public (ERP) sont classés selon la nature de l'activité exercée et le profil du public accueilli. La catégorie « U » regroupe les établissements de soins dont l'effectif accueilli dépasse 100 personnes en cumulant les patients, les consultants et les visiteurs¹¹⁹.

(2) Dans un établissement hospitalier la sécurité des patients repose sur leur transfert horizontal vers une zone contiguë suffisamment protégée. Dans les grandes lignes ce principe implique un renforcement du cloisonnement intérieur, des exigences accrues en ce qui concerne la réaction au feu des aménagements intérieurs, un maillage très important de détection automatique d'incendie permettant une alarme précoce, le désenfumage des circulations et sensibilisation et la formation du personnel aux tâches de sécurité.

(3) En fonction du nombre de personnes accueillies les établissements sont ensuite classés en cinq catégories qui vont déterminer le niveau de sécurité exigée ainsi que la fréquence des visites périodiques de sécurité.

(4) Au surplus dans le cas de l'AP-HM l'hôpital de la Timone et l'hôpital Nord répondent à la définition juridique des immeubles de grande hauteur (IGH)¹²⁰. La réglementation des IGH est très stricte et impose des prescriptions complémentaires relatives à l'accessibilité aux services de secours, aux demandes d'autorisation préalable pour réaliser des travaux et aux dispositions renforcées des moyens préventifs de sécurité.

¹¹⁸ Exemple du 10 impasse des peupliers + 2 537 % du loyer précédent !

¹¹⁹ Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).

¹²⁰ Tout immeuble d'habitation dépassant les 50 mètres de hauteur et toute autre construction de plus de 25 mètres relève d'un immeuble de grande hauteur (IGH). La mesure est effectuée en partant du plancher bas du dernier niveau de l'immeuble et en descendant jusqu'au niveau le plus haut du sol extérieur.

6.3.1 La situation des différents sites de l'AP-HM

Autant l'hôpital de la Timone que l'hôpital Nord sont sous avis défavorable de la sous-commission départementale pour la sécurité et contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public et les immeubles de grande hauteur (SCDS).

L'hôpital de la Timone a été construit entre 1967 et 1973, soit avant la réglementation actuelle concernant les ERP et les IGH de sorte qu'il s'écarte des standards imposés par cette réglementation notamment concernant la stabilité au feu des éléments porteurs ou le désenfumage. La SCDS considère dans cette configuration que l'établissement doit s'inscrire dans un plan de mise en sécurité globale et non dans une mise en conformité qui serait inatteignable. Ce plan de sécurité a été adopté en 2001 et n'est, en 2019, pas totalement mis en œuvre. Selon la direction de l'établissement lors d'une visite sur place la deuxième tranche de mise en œuvre jugée prioritaire par la SDGS en août 2017 devrait être mise en œuvre dans la première tranche du schéma directeur immobilier. Ce nouveau décalage a conduit l'adjoint au maire de Marseille en charge de la sécurité à exiger de l'établissement un renforcement des équipes de sécurité incendie. Le BPMI sollicité par l'AP-HM, en août 2019, pour apporter son soutien à ce renforcement, n'a pas donné de suite favorable.

La chambre souligne que si l'avis défavorable à la poursuite de l'activité de l'IGH de la Timone vise spécifiquement la non réalisation du plan de mise en sécurité qui est expliqué par l'établissement par des raisons budgétaires, il comporte également de nombreuses observations qui auraient pu être évitées par l'AP-HM grâce à un respect plus diligent de la réglementation¹²¹ et du suivi de la maintenance du bâtiment¹²² ou une formation accrue du personnel¹²³. Le secrétaire général et la directrice du patrimoine ont évoqué, lors d'une visite sur place avec la chambre, une prise en compte de ces observations, notamment l'aspersion automatique des archives ou un programme de formation du personnel à la sécurité incendie. Toutefois les observations ne pourront être levées que par un nouvel avis de la SDGS qui peut être sollicité par l'établissement s'il estime disposer d'éléments suffisants pour le faire.

L'hôpital Nord construit en 1962 et mis en service en 1964 est également soumis à un plan de mise en sécurité, non mis en œuvre. La chambre observe toutefois que l'intensité des remarques est moins importante que pour la Timone notamment concernant les réserves des organismes de contrôle, l'entretien des bâtiments ou la formation du personnel à la sécurité incendie.

L'hôpital de la Conception est, au regard de la réglementation relative à la sécurité incendie, divisé en plusieurs bâtiments considérés comme étant isolés les uns des autres. Lors de la dernière visite périodique le bâtiment principal dénommé « quadripode » et les bâtiments abritant la maternité, la néphrologie, et la psychiatrie ont reçu un avis défavorable à leur exploitation. Seul le bâtiment du pôle peau (les grands brûlés), le CPMA et les parcs de stationnement ont eu l'autorisation de poursuivre leur exploitation.

Enfin les bâtiments des hôpitaux sud ont fait l'objet d'un déclassement après avoir été isolés les uns par rapport aux autres.

¹²¹ Réaménagement ou réaffectation de locaux avec changement de destination sans consultation de la SCDS.

¹²² Absence de levées de réserves dans différents rapports de visites périodiques, issues de secours cadenassées, portes coupe-feu enlevées, stockage à fort pouvoir calorifique non protégé dans les sous-sols.

¹²³ Par exemple extraits du PV « 8^{ème} étage essai non concluant le personnel n'a pas connaissance de cette alarme restreinte et ne réagit pas suite à son déclenchement » galerie du sous-sol : « essai non réalisé l'ensemble des portes coupes feu sont détériorées, absentes ou maintenues en position ouverte par des dispositifs illicites ».

6.3.2 Le conventionnement avec le Bataillon des marins pompiers

Pour assurer la sécurité incendie des IGH de la Timone et de l'hôpital Nord, l'AP-HM avait passé avec le bataillon des marins pompiers de Marseille (BMPM) une convention pour la protection signée le 7 juillet 1998 qui s'est reconduite tacitement sans être revue, comme cela est le cas pour un nombre très important de conventions de l'AP-HM.

Il s'agissait pour la ville de Marseille de mettre à disposition un détachement¹²⁴ afin de couvrir les besoins réglementaires relatifs à la sécurité incendie de ces deux établissements. La sécurité incendie des hôpitaux sud et de la Conception était assurée par des agents appartenant à l'AP-HM.

Le dispositif reposait sur deux binômes et un agent en poste fixe pour chacun des deux IGH et un binôme et un agent en poste fixe par ERP soit 8 agents 24/24 h. À cela il convenait d'ajouter un chef et son adjoint par site, en service hors rang, soit cinq jours par semaine et 8 heures par jour. Ce schéma induisait la mobilisation d'équipes d'intervention (hors encadrement) pour les deux sites de 62 hommes.

Tableau n° 43 : Équilibre financier de la convention avec le BMPM (en €)

	Timone	Hôpital Nord	Total
<i>Nombre de points réels</i>	31 846	30 009	61 855
<i>Rémunérations principale réelle</i>	148 954	140 362	289 316
<i>Nombre de point facturés</i>	24 000	24 000	48 000
<i>Rémunération facturée</i>	111 120	111 120	222 240
<i>Primes indemnités nord</i>		92 095	
<i>Primes indemnités Timone</i>	101 879		
<i>Somme forfaitaire</i>			4 545
<i>Réel dû</i>	250 833	232 456	487 835
<i>Facturé trimestre</i>	212 999	203 215	420 759

Source : direction des finances du BMPM.

La convention de 1998 prévoyait la mise à disposition de 48 hommes, le delta étant assuré par des appelés du contingent. Avec la disparition du service militaire l'équation financière est rapidement devenue défavorable au BMPM.

Le remboursement des émoluments était effectué à trimestre échu dans la limite, pour le traitement brut, d'une somme de 16 000 points d'indices nouveaux majorés. Le coût moyen d'un personnel du BMPM était estimé à 35 000 € annuel pour 56 heures de travail hebdomadaire soit 2 416 heures annuelles. Cette limitation de points ne s'appliquait qu'à la rémunération principale, l'hôpital s'acquittant des primes et indemnités.

¹²⁴ Suivant cette modalité la consultation des instances représentatives du personnel n'était pas obligatoire puisque les agents n'étaient pas mis à disposition individuellement et le BMPM disposait d'une grande souplesse dans l'organisation de la garde opérationnelle assurée pour le compte de l'AP-HM.

Le dernier paiement trimestriel facturé à l'AP-HM pour la défense incendie de ces deux hôpitaux classés en IGH s'élevait à 420 759 € alors que le coût réel était de 487 835 €.

Le désengagement du BMPM motivé à la fois par des questions financières liées à la sous-évaluation du détachement mis à disposition et par un positionnement ambigu vis-à-vis de la commission de sécurité, s'est appuyé sur l'article L. 2513-3 III du CGCT qui classe la mission effectuée à l'AP-HM dans la catégorie des missions facultatives du BMPM. Il est devenu effectif en avril 2016 pour l'hôpital Nord et en juillet 2017 pour la Timone.

Tableau n° 44 : Évolution du coût de l'internalisation de la sécurité incendie (en €)

	2016		2017		2018	
Mois	Nombre de BS	Montant brut	Nombre de BS	Montant brut	Nombre de BS	Montant brut
1	45	110 248	63	150 916	120	260 288
2	44	96 566	63	140 073	118	264 954
3	46	107 938	63	137 519	120	255 631
4	45	131 376	63	167 598	119	299 420
5	65	140 669	62	129 696	120	250 830
6	64	138 286	69	149 626	117	255 193
7	64	149 419	109	238 027	119	269 248
8	64	142 475	111	229 732	119	265 269
9	64	145 526	110	236 346	119	267 755
10	64	151 559	111	246 131	118	273 135
11	63	189 281	111	302 569	118	323 224
12	63	154 078	112	253 797	118	263 371
Total général		1 657 421		2 382 032		3 248 318

Source : fichiers de paye services 0835 SI GHT, 2414 SI HN, 2514 SI-Conception, 4334 SI-sud tous types d'emplois.

Sur la base des estimations de l'établissement, la seule défense des hôpitaux sud et de Conception coûtait 70 000 € par mois, la mise à disposition du bataillon pour l'hôpital Nord et la Timone 140 000 € soit 210 000 € mensuels. En 2018, l'internalisation de la sécurité incendie génère un coût mensuel brut de l'ordre de 270 000 € soit 30 % de plus.

6.3.3 Le gardiennage des locaux

En septembre 2013 l'AP-HM a adopté un plan de prévention de la violence renforcé en février 2014 par un protocole de coopération avec la police et la justice pour garantir la sécurité des personnels et des patients. C'est dans ce contexte et en s'appuyant notamment sur le déploiement d'un système de vidéo protection et de contrôle d'accès par badge que l'établissement a entendu réduire le volume des prestations demandées aux sociétés privées de sécurité.

L'AP-HM a relancé pour la période sous revue, un marché à bons de commandes, alloti en trois lots et d'un montant maximum annuel de 7,1 M€ HT. Les dépenses annuelles sur la période s'établissent autour de 5 M€ en conformité avec les objectifs du CREF.

En raison d'un défaut de contrôle de l'exécution de son précédent marché de gardiennage, hors période sous revue, l'AP-HM a été condamné par le tribunal des affaires

sociales en 2016, au paiement, au titre de la solidarité financière¹²⁵, de la somme de 1 125 030 € pour manquement à son obligation de contrôle d'une société de gardiennage qui s'était rendue coupable de travail dissimulé.

Dans le nouveau marché ce contrôle est mieux encadré contractuellement et l'établissement fait également appel à une société spécialisée chargée de contrôler les déclarations URSSAF. Une note produite pour la chambre par le responsable de l'exécution du marché indique que le service fait est contrôlé par les responsables de chaque site. Pour autant aucun document de liaison n'a pu être produit et l'instruction a permis de retrouver des bons de commandes vierges¹²⁶ ce qui permet à la chambre d'observer que le contrôle de l'effectivité d'une prestation non calibrée est par nature impossible.

Enfin la sécurité des locaux est un sujet très sensible à l'AP-HM et pour autant le ressenti des agents qui se traduit par de nombreuses interventions dans les comptes rendus des CHSCT ne correspond pas à la perception des personnes en charge du suivi du gardiennage qui estiment que le service est rendu. La chambre a pu constater comme le rapporte les agents et les comptes rendus de CHSCT qu'il est possible de circuler très librement dans l'ensemble des sites, notamment car nombre de digicodes supposés protéger certains accès sont dégradés ou neutralisés. Les agents de sécurité sont très peu visibles et souvent cantonnés aux parkings.

¹²⁵ Solidarité prévue à l'article L. 8222-1 du code du travail.

¹²⁶ Contrairement à ce qu'affirme l'AP-HM, dans sa réponse aux observations provisoires, des bons vierges ont bien été produits comme par exemple en juillet 2016 les bons NP 808957 ou NP 808959 pour Mondial protection qui ne comportent ni lieu ni volume horaire ni montant.

7 LA POURSUITE DU PROJET DE MODERNISATION

7.1 Un projet réévalué de 36 % et ralenti par la pandémie

7.1.1 Des dépenses prévisionnelles revues à la hausse

Tableau n° 45 : Évolution du projet de modernisation (en M€)

Site	Bâtiment	Dossier COPERMO janvier 2020				Dossier CNIS Octobre 2021				Evol.
		Bâti	Mob. biomed	Sys.info.	Total	Bâti	Mob. biomed	Sys.info.	Total	
Timone	Réhabilitation de l'IGH et des unités de chirurgie ambulatoire	120,4	6,33	0,58	127,31	142,38	6,98	0,65	150	18 %
Timone	Construction d'un bâtiment femme enfant (BFE) et hyperbarie	104,77	6,33	0,58	111,68	166,84	8,8	0,81	176,45	58 %
Timone	Bâtiment Samu-Smur	9,01	0,47	0,04	9,52	14,42	0,76	0,26	15,44	62 %
Timone	Déconstruction de l'IGH enfants	12,5	/	/	12,5	/	/	/	0	
Hôpital Nord	Réhabilitation de l'IGH Mistral et restructuration du bâtiment étoile	71,78	3,77	0,34	75,89	87,42	4,62	0,43	92,46	22 %
Total périmètre initial		318,46	16,9	1,54	336,9	411,05	21,16	2,15	434,35	29 %
	Rocades					21,4	1,13	0,11	22,63	
	Total	318,46	16,9	1,54	336,9	432,45	22,28	2,25	456,98	36 %

Source : AP-HM Volet immobilier du projet de modernisation (V2 du 20 octobre 2021).

Le schéma directeur immobilier soumis en janvier 2018 au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)¹²⁷ avait été jugé éligible sur un projet ressortant toutes dépenses confondues (TDC) à 239,55 M€. Évalué de nouveau pour intégrer les recommandations circonstanciées du COPERMO, le dossier a été validé en janvier 2020, pour une enveloppe totale de 336,9 M€, qui constituait la base de calcul des engagements financiers de l'État à hauteur de 50 % de cette somme soit 168 M€.

Depuis cette validation, l'APHM a poursuivi ses études afin d'intégrer les recommandations et observations de la contre-expertise du secrétariat général pour l'investissement ainsi que les enseignements de la crise sanitaire du Covid-19 et a effectué plusieurs adaptations du programme de construction. Le capacitaire cible de la réhabilitation doit permettre de faire passer les lits de 1 922 à 1 864 et les places de 219 à 259.

Les programmes techniques détaillés des opérations de modernisation des deux immeubles de grande hauteur (IGH), ont ainsi pris en compte les recommandations permettant d'amorcer une dynamique plus volontariste concernant le virage ambulatoire et de sécuriser les interventions sur les équipements techniques vétustes afin de les inscrire dans le cadre d'un plan qui se veut ambitieux en termes de réduction des consommations énergétiques. Le dossier a également dû évoluer pour prendre en considération les dispositions complémentaires demandées par la sous-commission départementale pour la sécurité, du schéma directeur de la sécurité incendie de l'IGH de la Timone validé en mai 2021 et celui de l'hôpital nord en décembre 2021.

La programmation du bâtiment femmes-enfants (BFE) a été actualisée pour tenir compte des recommandations et du retour d'expérience de la crise sanitaire. Elle a permis selon l'établissement d'améliorer sensiblement les fonctionnalités, la cohérence du projet avec les principes fondamentaux du dossier Copermo ainsi que l'évolutivité du bâtiment.

La contre-expertise en matière de ratio de coûts a conduit à une réévaluation des opérations des deux IGH et du SAMU pour un total de 43,8 M€.

Les enseignements de la crise sanitaire ont conduit à proposer la création, de façon anticipée, d'une unité post-urgences (UPU) dans l'environnement immédiat des urgences de l'hôpital de la Timone ainsi qu'un rééquilibrage des prestations de confort hôtelier de l'IGH Mistral de l'hôpital Nord. La prise en compte de ce retour d'expérience se traduit par une augmentation du coût du projet de 17,0 M€. L'établissement justifie, dans sa réponse aux observations provisoires ces surcoûts par des aménagements rendus nécessaires par les enseignements de la crise Covid et plus généralement par la nécessité de plus de cohérence et d'homogénéité ce qui n'est pas disputé par la chambre qui relève toutefois les conséquences financières sur le coût global du projet.

La chambre relève que la déconstruction de l'IGH E, chiffrée à 12,5 M€, est sortie du projet au motif que le bâtiment servira de réserve foncière. Les aménagements de réemploi n'ayant pas été chiffrés, cette sortie brute sans compensation n'apparaît pas réaliste, sauf à envisager de laisser une friche au milieu du projet. L'AP-HM confirme, dans sa réponse aux observations provisoires que le devenir de l'actuel hôpital des enfants sera étudié à l'issue du plan de modernisation et n'a donc pas été chiffré.

Enfin, le projet a dû s'adapter à l'évolution des contraintes réglementaires du plan local d'urbanisme intercommunal (PLUi) de la Métropole Aix-Marseille-Provence, adopté en décembre 2019, et conduit à programmer la construction de 700 places de parking sur le site de la Timone pour un coût supplémentaire de 15,7 M€.

¹²⁷ Remplacé en avril 2021 par le conseil national pour les investissements en santé issu du Ségur de la santé.

A périmètre constant, le projet est ainsi passé de 336,9 M€ à 434,35 M€ soit une réévaluation de son coût toutes dépenses confondues (TDC) de 29 % sur une période inférieure à deux ans. En outre, l'établissement a ajouté une ligne pour des constructions temporaires appelées « rocares » permettant d'assurer la poursuite de l'activité de l'établissement pendant des travaux en site occupé. En effet, l'hypothèse évoquée en janvier 2020 d'utiliser l'hôpital de la conception pour réaliser les délestages des services affectés par la restructuration s'avère non réaliste.

Ces ajustements significatifs du projet amènent le montant prévisionnel à près de 457 M€ soit 36 % de plus qu'au moment de sa validation en janvier 2020. La chambre observe également que l'estimation finale n'est pas encore consolidée sur certains aspects, rocares et IGH E notamment, alors que le projet entre dans sa phase de lancement.

7.1.2 Une réalisation à encadrer plus fermement

En raison de la pandémie l'ensemble des opérations a été décalé de plusieurs mois. En effet, les groupes de travail avec les professionnels de santé, mobilisés par ailleurs, n'ont pu se réunir et les diagnostics *in situ* n'ont pu être réalisés.

Selon l'établissement le niveau d'avancement est le suivant :

- Pour le bâtiment SAMU l'avis d'appel public à la concurrence (AAPC) a été lancé en septembre 2021 dans le cadre d'un marché public global sectoriel. Le jury s'est réuni le 1^{er} décembre 2021 en vue de sélectionner trois groupements invités à remettre une offre sur la base d'un programme technique détaillé. La remise des offres est prévue pour le 1^{er} avril 2022 et à l'issue d'une phase de négociation la remise d'une offre finale est prévue en juin 2022. La date de livraison du bâtiment est estimée à juin 2025.
- Pour le bâtiment femme- enfant un avis de préconsultation a été publié le 10 novembre 2021 et un avis formalisé en vue de sélectionner trois équipes de conception réalisation le 27 décembre 2021 dans le cadre d'un marché global sectoriel limité aux missions de conception construction par le biais d'une procédure avec négociation comme pour le bâtiment du SAMU.
- Enfin concernant les opérations de rénovation des deux IGH, les équipes de Maîtrise d'œuvre sont en phase d'études de conception (APS/APD).

La chambre observe que la phase amont de la procédure est lancée sur les bases de marchés globaux de conception construction. Pour justifier ce choix l'établissement a produit une simple note, non chiffrée, comparant sur un aspect purement théorique les marchés globaux et les marchés de maîtrise d'ouvrage publique (MOP).

Or, pour que cette modalité soit pertinente, elle nécessite que l'établissement dispose pour chaque marché d'un programme fonctionnel détaillé et finalisé dans le détail. Si ces programmes ne sont pas figés avant le lancement des marchés globaux, le risque est grand de rencontrer de nombreux avenants à ces marchés avec un risque fort de dérive des coûts de réalisation du projet de modernisation. Les réponses de l'ordonnateur aux observations provisoires démontrent que ces programmes fonctionnels détaillés ne sont toujours pas arrêtés alors que le jury de sélection des équipes était programmé pour avril 2022, renforçant le risque de leur incomplétude au moment du lancement de la procédure.

Or, d'une part, l'AP-HM n'a pas réalisé d'évaluation chiffrée préalable au choix de la procédure de conception-réalisation par comparaison avec la procédure MOP comme préconisée par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et

médico-sociaux (ANAP) et d'autre part ces programmes n'ont pas été définitivement figés au moment du lancement de la procédure. Si l'AP-HM s'est entourée de compétences extérieures aux différents stades du projet, le verrouillage des programmes fonctionnels est assuré, selon l'établissement, par une concertation continue avec les utilisateurs qui devra être menée de manière rigoureuse afin d'éviter toute modification de programme.

En outre, la chambre observe que les modalités de la concertation ne sont pas clairement établies alors qu'il s'agit d'un point essentiel pour la maîtrise du projet. Par exemple la déconstruction de l'IGH E a été purement et simplement effacée du projet alors que les tenants et aboutissants de cette décision ne sont pas analysés dans le dossier. L'établissement devra pourtant s'assurer à tout moment du principe d'intangibilité du programme fonctionnel afin de limiter le risque d'avenants aux marchés globaux dont les conséquences financières seraient significatives.

Compte tenu des enjeux financiers et de la complexité de la réalisation, la chambre recommande à l'AP-HM de se doter d'un dispositif de suivi opérationnel du projet de modernisation avec un comité de pilotage. Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement indique que si « *la gouvernance médico-administrative s'est organisée et adaptée dans le contexte sanitaire que nous avons traversé. Le suivi opérationnel du projet s'est progressivement mis en place* ».

Recommandation n° 6 : Poursuivre la mise en place d'un dispositif de pilotage de l'ensemble du projet de modernisation.

7.2 Des modalités de financements incertaines

Tableau n° 46 : Évolution du plan de financement du projet de modernisation (En M€)

	Plan janv-20		Plan sept-21	
	Montant	Part	Montant	Part
<i>Autofinancement</i>	/	/	/	/
<i>Emprunts nouveaux</i>	88,99	26 %	136,98	30 %
<i>Dont part aidée</i>	50,54	15 %		
<i>Subventions aide en capital FMESPP</i>	117,92	35 %	139,81	31 %
<i>Subventions des collectivités locales</i>	130,00	39 %	130,00	28 %
<i>Sécur investissements BFE¹²⁸</i>			50,00	11 %
Total	336,90		456,79	

Source : AP-HM.

La chambre relève d'abord que le plan de financement repose exclusivement, faute d'autofinancement mobilisable, sur des apports extérieurs.

¹²⁸ Pour obtenir le montant total de l'aide de l'État il convient également d'ajouter les 20 M€ annoncés en décembre 2021 par le premier ministre.

L'État sollicité à hauteur de 50 % des dépenses d'investissements, soit 168 M€, dont 83 % en capital sur 10 ans et 17 % en aides à la contractualisation sur 20 ans¹²⁹, est le principal contributeur. Au titre du volet investissement du Ségur de la santé, l'État a également accordé 50 M€ dédiés au bâtiment femmes-enfants lors du lancement du plan Marseille en grand en septembre 2021. En décembre 2021, le premier ministre a annoncé 20 M€ supplémentaires issus du dispositif des quartiers prioritaires de la politique de la Ville pour l'hôpital nord. Si la première enveloppe a d'ores et déjà été intégrée par l'AP-HM dans le plan de financement du projet revisité, les modalités de versement de ces deux suppléments n'ont pas été précisées.

La ville de Marseille (25 M€), la métropole Aix Marseille Provence (17 M€), le conseil départemental des bouches du Rhône (57 M€) et le conseil régional (31 M€) ont manifesté leur volonté de financer ce projet pour un total de 130 M€, sur la période 2020-2028. Ces engagements qui étaient matérialisés par de simples « *lettres d'intention* » ont été formalisés par la signature d'un protocole d'accord signé le 13 décembre 2021 entre l'État et les collectivités locales confirmant les montants annoncés précédemment.

Le versement de l'aide financière de chaque partie sera soumis à la signature de conventions spécifiques en régissant les modalités techniques. En décembre 2020, la Région a finalisé deux conventions d'aide financière pour la construction du SAMU SMUR pour un montant total de 6 M€. La ville de Marseille a pris une délibération le 2 avril 2021 validant le principe du versement des 25 M€ sur 5 ans. Selon sa réponse aux observations provisoires le maire de Marseille précise que la ville a réitéré sa subvention le 21 novembre 2021 et signé une convention de partenariat avec l'AP-HM¹³⁰.

En réalité, la soutenabilité du projet repose d'abord sur l'aide pour la restauration des capacités financières accordées par l'État dans le cadre de l'article 50 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021¹³¹ qui se traduit pour l'AP-HM par un versement de 233 M€ sur 10 ans. Ses effets bilanciaux sont différés et permettent à l'AP-HM de se désendetter pour ramener, toutes choses étant égales par ailleurs, l'encours de dette à 579,98 M€ à horizon 2030, soit un encours de dette de 37 % supérieur au ratio de 30 % retenu par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique¹³².

Elle repose ensuite sur l'accompagnement important du projet de modernisation par les collectivités locales (130 M€) et l'État (168 M€). Elle repose enfin sur une maîtrise des dépenses avec une hypothèse de croissance maximum de 0,6 %, ce qui apparaît peu réaliste à l'aune de la progression constatée sur la période pré Covid 2016-2019 (+ 1,42 %) accentuée par la mise en œuvre des dispositions du Ségur de la santé et une progression de 2,25 % sur la période 2016-2020.

¹²⁹ Lors de l'approbation du dossier en janvier 2020 la répartition était de 70 % en capital sur 10 ans et 30 % en aides à la contractualisation sur 20 ans.

¹³⁰ La chambre relève toutefois que dans ces trois documents le montant total du plan fait référence à sa version initiale soit à 337 M€.

¹³¹ Plan de 13 Mds d'euros destiné à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci.

¹³² Au sens de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, la situation de surendettement se définit par le cumul d'au moins deux des trois caractéristiques suivantes : un ratio d'indépendance financière (rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents) supérieur à 50 % ; une durée apparente de la dette (rapport entre l'encours de dette et la capacité d'autofinancement) supérieure à dix ans ; un encours de dette rapporté au total des produits supérieur à 30 %.

8 LA GESTION DE LA PLATEFORME LOGISTIQUE

La plateforme logistique (PFL) regroupant en un même lieu la majorité des fonctions logistiques a été réalisée avec un contrat de partenariat public privé (PPP) et mise en service le 19 avril 2013. La PFL, d'une surface de 26 000 m², se situe, sur l'emplacement des anciens entrepôts du groupe Casino, chemin de Saint Louis au Rove, dans le 16^{ème} arrondissement de Marseille. Son exploitation au titre des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) a été autorisée par un arrêté préfectoral du 13 février 2012. Elle regroupe les magasins centraux, la restauration, la blanchisserie et la stérilisation centrale¹³³.

La plateforme, présentée à son lancement en 2013 comme une avancée majeure dans l'amélioration de la logistique de l'établissement, n'est pas au rendez-vous des attentes des utilisateurs finaux. Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM a transmis ses propres enquêtes de satisfaction qui confirment que les professionnels sont satisfaits à 20,3 % de la prestation restauration, 34,6 % de la prestations linge et à 42,6 % de la prestation magasin.

Les comptes rendus des CHSCT des sites font également état d'un nombre très important d'incidents plus ou moins récurrents qui affectent le fonctionnement des services. Les exemples les plus fréquemment cités concernent les dysfonctionnements des distributeurs automatiques de vêtements (DAV) ou l'humidité dans les chariots de repas. La résolution de ces problèmes était lente et peu coordonnée. Dans sa réponse aux observations provisoires l'AP-HM a transmis la feuille de route du groupe de travail mis en place pour déployer le chantier spécifique d'amélioration de la performance logistique dans le cadre du plan de transformation.

8.1 Un bilan de fonctionnement à 6 ans, du PPP, défavorable à l'AP-HM

8.1.1 Un bénéfice du recours au PPP non mesuré

La société Dalkia, filiale d'EDF détentrice du contrat d'entretien maintenance dispose sur place d'une équipe d'une dizaine de personnes qui concourent à la maintenance et aux réparations des équipements de la plateforme. Les prestations de gardiennage et de bio nettoyage sont sous traitées par Dalkia à des sociétés tierces. Les ressources humaines mobilisées par le co-contractant sont traduites dans les différentes composantes du loyer sans être détaillées, hormis quelques indications éparées se trouvant dans les comptes rendus techniques annuels¹³⁴. La retransmission de ces mêmes compte rendus par l'AP-HM au stade de sa réponse aux observations provisoires démontre que les données RH ne sont pas analysées.

Les fonctions logistiques de la plateforme sont assurées par des salariés de l'AP-HM sous sa responsabilité exclusive. Les processus logistiques mobilisent 369 agents de l'AP-HM dont 260 *in situ*. Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement des processus logistiques antérieurement à la mise en service de la plateforme n'ayant pas été évaluées, il n'existe aucun point de comparaison permettant de mesurer l'efficacité de

¹³³ Le site de la Timone a gardé sa stérilisation. Cette organisation permet d'assurer la redondance de la stérilisation en cas d'incident sur l'un ou l'autre site et participe à la robustesse de l'organisation sanitaire.

¹³⁴ Essentiellement sur le gardiennage et le bionettoyage.

l'organisation issue du PPP. Le retour sur investissement retransmis par l'AP-HM dans sa réponse aux observations provisoires n'est pas exploitable. En effet la méthodologie de l'étude précise que « *la difficulté majeure de cette étude réside dans le fait qu'il n'existe pas ou très peu de données nominatives sur lesquelles s'appuyer* ». Dès lors sans évaluation ex ante, toute mesure de l'efficience est vaine.

L'AP-HM, conserve ses prérogatives et doit répondre, seule, de la prise en charge de responsabilité au titre de ses obligations réglementaires. À titre d'exemple, en septembre 2019, à l'occasion d'un contrôle inopiné de la direction de la protection des populations (DDPP), des traces de listéria ont été retrouvées dans la chaîne de production des repas. Les opérations de nettoyage et de substitution des repas ont été prises en charge intégralement par l'AP-HM.

Au cas d'espèce la responsabilité du mainteneur s'arrête à la réalisation des contrôles réglementaires des installations et des rejets des effluents de l'exploitation. Dans le domaine des contrôles réglementaires (ascenseur, extincteurs, installations électriques, etc.) l'AP-HM prend en charge directement ceux réalisés sur les autres sites de l'hôpital dans des contrats de maintenance annuels. Les comptes rendus financiers annuels sont insuffisamment détaillés pour permettre un comparatif de coût unitaire entre ceux effectués par le mainteneur et ceux réalisés par l'hôpital de sorte que le bénéfice du recours au PPP n'est pas, non plus, évaluable sur ce point.

8.1.2 Un financement annuel plus important que prévu

La rémunération du co-contractant, en contrepartie de la mise à disposition de la plateforme, comprend un loyer financier (R1), suivi par la DAF, destiné à couvrir le financement des investissements et des loyers d'exploitation maintenance (R2 à R8), suivis par la DAASL, couvrant les charges annuelles de fonctionnement de la plateforme.¹³⁵

Les loyers sont appelés et indexés par trimestre échu avec un engagement contractuel de règlement par l'AP-HM à 32 jours, les intérêts de retard s'appliquant automatiquement à partir du 35^{ème} jour. Le loyer total arrêté au moment de la mise à disposition de la plateforme selon le modèle financier contractuel¹³⁶, s'élève à 10,98 M€ H.T.

Le PPP a fait l'objet de 24 avenants¹³⁷ depuis la mise en service de la PFL, en avril 2013. Ces avenants se sont traduits par une majoration du coût initial des loyers du PPP de 10,16 M€ H.T, hors indexation des prix, soit presque l'équivalent d'une année de loyer, en seulement six années de fonctionnement. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'AP-HM indique d'une part que la chambre aurait majoré son estimation du surcoût des avenants de 807 000 €. Le tableau transmis par l'établissement permet d'observer d'abord, qu'au-delà de l'avenant 26, dernier avenant transmis et analysé par la chambre, l'AP-HM a validé quatre nouveaux avenants (n° 27 à 30) ayant renchéri le contrat de 889 854 € de paiement direct en entretien maintenance.

La chambre constate ensuite des erreurs de calcul qui permettent de remettre en cause la contre-expertise de l'APHM.

¹³⁵ Cf. annexe 7. Bilan à six ans des coûts d'exploitation de la plateforme.

¹³⁶ Cf. annexe 4 et suivantes du contrat de PPP.

¹³⁷ Un avenant n° 12 est toujours non signé et un avenant n° 15 n'existe pas.

Sur l'avenant n° 2 le montant retenu par la chambre soit un surcoût de PCC de 519 804,26 € est repris dans l'avenant dans son article 3-1 et correspond bien au détail des surcoûts¹³⁸. La somme retenue par l'APHM de 493 892,89 € ne repose sur aucun élément tangible.

Sur les avenants n° 8,13 et 14, l'incidence financière des loyers s'estime sur le nombre d'années restant à courir à partir de la signature de l'avenant et se répercute à hauteur des quatre trimestres contenus dans une année. Les chiffrages transmis par l'établissement minorent le nombre de trimestres restant dus au nombre d'années restant à courir à la date de l'analyse et confondent trimestres et quadrimestres.

Dans ce total, les prestations de conception-construction (PCC) qui correspondent à des aménagements et modifications de locaux ou de dispositifs mobiles demandés par l'AP-HM atteignent 1,63 M€.

L'essentiel des modifications validées (+ 8,53 M€) concerne les prestations d'entretien maintenance (PEM) ce qui traduit le hiatus entre les conditions de fonctionnement évaluées *ex ante* dans le programme fonctionnel et les conditions réelles de fonctionnement de la PFL. Les difficultés se concentrent sur la prestation de bio nettoyage sous-évaluée de plus de 3 M€ sur la durée du contrat et les dégradations subies par les chariots de restauration (+ 2,9 M€).¹³⁹

8.1.3 Les clauses contractuelles du PPP

Le contrat de partenariat public privé (PPP) a été conclu, au terme d'une procédure non examinée par la chambre, entre l'AP-HM et une société par actions simplifiées (SAS) dénommée Polemed, dont le siège social est à Avignon¹⁴⁰. Son unique objet est la gestion de la plateforme et elle dispose d'un capital social de 584 000 €. La société south europe infrastructure equity finance (SEIEF), société en commandite par actions luxembourgeoise détient 85 % des actions, Vinci construction et Gespace France détiennent chacune 7,5 % des actions restantes. La structure actionnariale de la société porteuse de projet confère au PPP de la plateforme un profil d'outil financier très marqué.

Au terme d'un montage juridique peu lisible en raison de l'intrication des différentes entités, la société projet a conclu deux sous contrats, l'un de promotion immobilière avec Vinci construction France et l'autre d'entretien maintenance avec Dalkia, filiale d'EDF, qui se trouve *de facto* être l'interlocuteur direct de l'AP-HM.

La SAS Polemed a assuré, en qualité de maître d'ouvrage, le financement, la conception, la construction, la marche à blanc et la mise à disposition de la plateforme pour un coût total dans le montage initial de 73,93 M€ HT dont 68 M€ directement consacrés à la construction de la PFL. Le contrat a été conclu pour une durée de 25 ans, à compter de la mise à disposition de la plateforme, soit jusqu'en avril 2038.

¹³⁸ Somme de + 304 773,26 € (4 modifications changement de réglementation) + 260 531,00 € (32 modifications à la demande /responsabilité de l'AP-HM prestations conception (y compris études sommaires) moins 45 000 €.

¹³⁹ Cf. Annexe 8 Bilan réparation des chariots de repas (avril 2013- septembre 2018).

¹⁴⁰ La SAS Polemed était initialement à Aix en Provence. Son siège et sa structure ont été modifiées trois mois après la mise en service de la plateforme.

Une annexe, très dense, au contrat de partenariat détaille le plan de financement et les conditions de rémunération du co-contractant. Le modèle financier qu'elle contient est l'unique outil de calcul du loyer financier et son rôle est prépondérant dans sa fixation.

Le montage financier, repose sur une répartition entre une dette à long terme qui représente 93 % du total et des capitaux propres à 7 %. La dette à long terme dite « dette senior » est elle-même répartie entre une dette Dailly c'est-à-dire cédée à un tiers et une dette conservée par la société projet. Le plafond maximum de 80 % de cession autorisé par l'article L. 313-29-1 du code monétaire et financier est tangenté dans le montage retenu puisque cette dette représente 78,67 % de la rémunération financière. Les capitaux propres se composent d'une dette subordonnée, autrement dit l'actionnariat, rémunérée à un taux garanti de 10 % et de fonds propres rémunérés à 11,50 % avant impôt sur les sociétés.

Le remboursement du capital se fait sur des échéances variables, à un rythme trimestriel, avec pour objectif d'optimiser la trésorerie de la société de projet pour un taux actuariel de 3,95 %.

Il est stipulé dans l'annexe financière que : *« les loyers R1 (financier) et R2 (GER) ont fait l'objet d'un sculptage avec la somme de R1 + R2 constante (en € constants). Ce sculptage a permis de valoriser la trésorerie liée aux dépenses de GER et ainsi d'optimiser le montant du loyer financier. Cependant les loyers R1 et R2 sont strictement imperméables »*.

Le sculptage du loyer R2 a, selon les termes du contrat, été modelé en fonction du programme de grand entretien renouvellement (GER-RVT). Pour les dépenses de renouvellement correspondantes au loyer R2, le co-contractant doit constituer ou faire constituer une provision. Les produits financiers du placement théorique de la trésorerie disponible étant capitalisés et affectés au financement des travaux de renouvellement¹⁴¹.

La chambre observe qu'il n'y a aucun tableau de suivi de cette provision par l'AP-HM.

In fine, l'APHM, a choisi comme elle l'indique dans sa réponse aux observations provisoires de rechercher une meilleure linéarité de son budget en sculptant le loyer R1 afin de permettre à la composante [R1 + R2], qui représente 63 % du coût annuel global du projet, de présenter un profil de remboursement linéaire et pouvoir l'inclure dans son budget annuel pour un coût global identique sur toute la période de 11 M€ par an.

Afin de mieux cerner ce contrat l'établissement a indiqué, dans sa réponse aux observations provisoires, avoir engagé un audit global des conditions juridiques et financières de son. Cet audit a été confié à un cabinet d'avocats et à un cabinet d'expertise comptable qui accompagnent les travaux entrepris par le comité de suivi du Contrat PPP récemment créé.

¹⁴¹ Article 34 du contrat de PPP.

8.2 Des conditions anormales de fonctionnement de la plateforme

8.2.1 Les conditions d'accès et d'environnement

La plateforme est implantée sur trois parcelles dont deux ont été achetées par l'AP-HM à la ville de Marseille, la troisième faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'occupation avec l'État puisqu'elle se situe sous les piliers de l'autoroute A55.

Dans le programme fonctionnel le flux des camions des fournisseurs et de l'AP-HM devait se faire par l'entrée nord à partir du chemin de Saint Louis du Rove. Cette voirie est conçue pour les camions qui se rendent sur une importante zone logistique abritant notamment une grande entreprise de transport routier, qui se situe 172 chemin St Louis du Rove. Un rond-point permet de distribuer les flux jusqu'à l'entrée nord de la plateforme et le poste de garde principal se situe à cette entrée.

À l'article 14- « *mise à disposition du terrain* » - du contrat de PPP il est indiqué « *la mise à disposition de la totalité du terrain déduction faite de la zone nord-est-faisant l'objet d'une occupation sans droit ni titre. Cette partie du terrain devra à minima permettre la réalisation des travaux de démolition par le co-contractant* ». Cette mention d'occupants sans droit ni titre sur la parcelle vendue par la mairie de Marseille à l'AP-HM fait référence au camp de gens du voyage sédentarisés qui se situe à proximité immédiate de l'entrée Nord.

Dès la passation du contrat cette contrainte était connue de l'AP-HM et à la mise en service de la plateforme les habitants de ce camp ont imposé des conditions d'accès restreintes aux seuls camions de livraison extérieurs à l'AP-HM et uniquement dans les créneaux horaires décidés par eux¹⁴². Les solutions envisagées par l'AP-HM et le co-contractant, notamment l'embauche d'habitants du camp dans les équipes de nettoyage ont été sans effet sur cette situation. La chambre a pu constater qu'il existe de fait un filtrage effectué par les riverains à l'entrée de la plateforme avant que le camion ne se présente au poste de gardiennage.

Le rapatriement des flux de camions a été fait pour les camions de l'AP-HM sur la voie de l'entrée Sud réservée aux pompiers. Celle-ci, n'ayant pas été conçue pour assurer ce passage régulier, se dégrade rapidement. Au surplus, l'inversion des flux a nécessité le dédoublement du poste de garde et renchérit les coûts de gardiennage de 32 %¹⁴³. Ces coûts doivent être imputés sur le loyer R5. L'AP-HM n'avait pas, à l'été 2019, donné son accord pour passer l'avenant au contrat de PPP malgré les pressions du mainteneur.

Les comptes rendus du comité d'hygiène sécurité et conditions de travail¹⁴⁴ (CHSCT) de la PFL permettent également de mesurer le phénomène des intrusions sur la plateforme et des coûts engendrés pour maintenir en sécurité un maillon essentiel de la chaîne sanitaire. Des habitants du camp traversent régulièrement la PFL. Le responsable de la maintenance du site précise à ce sujet « *ce sont des habitués que les gardiens reconnaissent. Soit on tolère ce passage, soit on ferme tout mais il y aura d'autres problèmes* »¹⁴⁵. Laissant entendre que la plateforme est de fait sous le contrôle des riverains voisins du site. Ce libre accès est en

¹⁴² Compte rendu CHSCT du 10 décembre 2018 « *il y a eu une agression sur un chauffeur côté nord (...) il s'agit de la voie publique cela n'incombe pas à Dalkia (...) il faut faire attention aux horaires de livraison 6h00-12h00 au-delà il peut y avoir des incidents* ».

¹⁴³ Coût prévu 285 K€ HT coût supporté 377 K€ HT.

¹⁴⁴ CR CHSCT 11 octobre 2017 « *le grillage côté sud a été arraché. C'est la troisième fois depuis le début de l'été, ce qui a impliqué du personnel supplémentaire en surveillance* ».

¹⁴⁵ CR CHSCT du 20 septembre 2018.

contradiction avec la prescription édictée par l'arrêté préfectoral autorisant l'exploitation de la plateforme¹⁴⁶. En laissant perdurer cette situation l'AP-HM est susceptible d'engager sa responsabilité en cas d'incident ou d'accident sur le site.

Pour résoudre ce problème d'accès l'AP-HM envisage d'acquérir des terrains au nord des parcelles qu'elle possède pour réaliser, à ses frais, une voie de contournement permettant de restaurer l'accès nord comme prévu dans le programme fonctionnel. La directrice adjointe de la DAASL a évoqué pour ce projet, dont le montant total n'est pas précisé, une proposition d'acquisition foncière d'un million d'euros. La situation financière de l'AP-HM n'a pas permis d'avancer sur ce projet qui est fortement encouragé par le mainteneur comme en atteste les rapports annuels d'exploitation.

La chambre observe que cet aménagement, en plus d'être onéreux, est destiné à résoudre un problème d'ordre public étranger à l'AP-HM. Il ne se justifie donc pas et n'entre pas dans son champ de compétence. Elle invite l'établissement à se rapprocher des services de l'État pour faire restaurer la plénitude de son droit d'accès et retrouver un flux logistique conforme aux conditions normales de fonctionnement de la PFL. Dans sa réponse aux observations provisoires l'APHM indique avoir pris l'attache du département et de la métropole pour étudier la possibilité d'un nouvel accès sur la voie, sans avoir obtenu de réponse, à fin 2020.

8.2.2 Les conditions réglementaires de fonctionnement de la plateforme

Le site d'une superficie totale de 25 000 m² est organisé sur trois niveaux¹⁴⁷ et comprend, réparties autour de quais de chargement mutualisés, quatre zones distinctes : la blanchisserie, la cuisine, la stérilisation et le magasin central.

L'activité de la plateforme a été autorisée au titre des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) par un arrêté préfectoral du 13 février 2012. Certaines installations sont en effet soumises à autorisation préalable comme la blanchisserie ou les installations de réfrigération, d'autres à déclaration avec contrôle périodique comme le stockage ou la production alimentaire et enfin à simple déclaration. La plateforme est considérée comme un site soumis à autorisation d'exploitation sous la seule responsabilité de l'AP-HM. L'autorisation préfectorale de 2012 a été délivrée sous réserve du respect des échéances de transmission de pièces ou de mise en œuvre de contrôles périodiques garantissant sa conformité dans le temps.

Dans le contrat de partenariat l'AP-HM a confié au mainteneur la réalisation de l'ensemble des contrats réglementaires définis dans l'arrêté préfectoral relatif à la plateforme logistique. Les tableaux des rapports techniques et les relevés de rejets des eaux résiduelles transmis lors de l'instruction permettent de constater que ces obligations sont bien respectées.

En revanche, pour les obligations directement traitées par l'AP-HM, les échéances¹⁴⁸ n'ont pas été respectées. Par exemple l'AP-HM devait mettre en œuvre au maximum six mois suivant la délivrance de l'autorisation un plan de déplacement entreprise (PDE). Force est de constater qu'à l'automne 2019, cette obligation n'a pas été satisfaite puisque qu'aucun plan

¹⁴⁶ Arrêté préfectoral du 13 février 2012 Article 7.2.1.1 gardiennage et contrôle d'accès « aucune personne étrangère ne doit avoir accès libre aux installations (...) ».

¹⁴⁷ N-1 parkings des personnels, N Processus, N+1 bureaux et lieux de vie dont self et terrasses notamment.

¹⁴⁸ Arrêté préfectoral article 3.1.4 Plan de déplacement entreprise 6 mois après autorisation et article 7.6.5 notice de sécurité et avis CHSCT à la mise en service.

n'existe. La plateforme n'est accessible en transport en commun que par bus¹⁴⁹ avec une fréquence peu élevée. Les agents utilisent donc majoritairement leur véhicule personnel et un parking est aménagé pour les recevoir.

Au surplus l'AP-HM n'a pas été en mesure de transmettre lors de l'instruction la notice de sécurité et l'avis du CHSCT.

Enfin le DUERP annoncé imminent en 2016 dans la réponse de la directrice à l'inspection du travail n'est toujours pas en place. Les différents comptes rendus des CHSCT font largement mention de cette carence nonobstant la justification de l'AP-HM sur le décalage de son approbation formelle en raison de l'annulation des élections professionnelles.

Tableau n° 47 : Occurrences des accidents de travail PFL

Unité fonctionnelle	2016	2017	Total
6021 LOG.TRANSPORT-PFL	4	4	8
6022 STE.CENTRALE-PFL	7	1	8
6023 BLANCHIS.PFL	5	6	11
6024 CUISINE PROD-PFL	2	5	7
6025 CUIS.DISTRIB.PFL	10	10	20
6028 REST.PERSO-PFL	2		2
6048 MAG.GESTION-PFL	1	4	5
Total	31	30	61

Source : AP-HM liste des accidents de travail (hors accident bureau du personnel PFL 6004).

En 2017, les agents de la PFL représentent 2,5 % des agents de l'AP-HM et 3,33 % des accidents de travail. Si cette distorsion n'est pas très significative, en revanche les différents manquements relevés en matière de prévention des risques professionnels par l'inspection du travail en juin 2016 sont toujours d'actualité.

Les informations apportées au comité peuvent être inexactes faute de suivi centralisé et nominatif des accidents du travail. Il est indiqué par exemple dans le compte rendu de mars 2017 « en 2016 il y a eu 5 accidents de travail en cuisine et 1 en blanchisserie » ce qui n'est pas cohérent avec le tableau des accidents de travail élaboré par la DRH et synthétisé dans le tableau n° 52.

Cette omission bien que corrigée avec un tableau exhaustif établi en fin d'année par la médecine du travail ne pouvait être exploitée par le CHSCT faute de précision sur les causes des accidents. La situation est identique dans le compte rendu du 18 juin 2018 « le Dr M. n'a pas d'éléments matériels et ne connaît pas les circonstances précises des AT ».

Lors de l'entretien de fin de contrôle, le directeur général a transmis une décision instaurant un comité de suivi, composé de plusieurs directions et services, destiné à suivre le contrat de partenariat de la plateforme. La poursuite du travail amorcé de contrôle des conditions juridiques et financières du PPP est effectivement indispensable pour adopter des mesures correctives urgentes destinées à rétablir à la fois un contrôle effectif de l'exécution

¹⁴⁹ Bus 36 pour l'Estaque ou 25 pour Saint Antoine depuis le métro Bougainville terminus de la ligne 2.

financière du contrat de PPP et rétablir sans délai les conditions réglementaires de fonctionnement de ce chaînon majeur dans la chaîne sanitaire.

8.3 Une fonction logistique ne répondant pas aux attentes

(5) Le fonctionnement de la plateforme est également contrarié par des dysfonctionnements imputables à une gestion des processus défaillantes et une mobilisation des ressources humaines mal optimisée.

8.3.1 Une gestion des processus qui présente des failles

La restauration assurée en liaison froide est la plus consommatrice de main d'œuvre sur site et hors sites. Dans le programme fonctionnel il est prévu que l'unité centrale de production culinaire assure une capacité de 2,5 millions de repas par an. Ces repas sont servis en plateaux aux hospitalisés, soit 1,7 millions plateaux par an et aux personnels des sites, dont la PFL, en multi-portions distribués en self.

Une partie de l'équipe de restauration prépare et conditionne les repas en barquettes, l'autre assemble les plateaux pour les hospitalisés en fonction de leur régime alimentaire. Cet allotissement est réalisé manuellement et à l'aide d'un robot dont les atouts principaux consistent, d'après son concepteur et l'AP-HM, à sécuriser la composition des plateaux et à limiter les troubles musculo squelettiques des agents pour des tâches réalisées dans une atmosphère refroidie (12° C) pour des raisons d'hygiène.

La chambre relève que l'espace de dressage des repas en plateau par le robot comprend deux chaînes de production, de deux automates chacune, dont une seule fonctionne. En effet chaque automate permet de confectionner 500 plateaux à l'heure soit pour chacune des chaînes fonctionnant 6 heures (en deux services) 3 000 plateaux par jour. Cette capacité est légèrement inférieure aux besoins sans justifier la mise en place pour des questions budgétaires du personnel nécessaire pour le fonctionnement de la seconde chaîne robotisée. En conséquence, une chaîne fonctionne à plein et l'autre pas du tout pour limiter la charge de personnel. Chaque chaîne plateaux a coûté 446 000 € HT¹⁵⁰. Chacune des chaînes génère des frais de structure annuels compris dans la part investissement du loyer R1 de 22 000 €, hors indexation et frais financiers. Ces frais sont donc investis en pure perte dans une seconde chaîne qui ne fonctionne pas.

Le magasin divisé entre une zone tempérée et une zone ambiante commande, réceptionne, stocke et distribue des produits stockés et assure la réception et la distribution des produits hors stocks. Sa gestion couvre les produits alimentaires, les petits matériels médicaux non stériles, les produits hôteliers, les consommables informatiques, la papeterie, les produits textiles, et les produits de laboratoire. Le magasin gère un stock de l'ordre de 18 M€ annuels sur la période.

Lors de la visite sur place il a pu être constaté que le magasin est librement accessible depuis les autres secteurs de production de la PFL et depuis l'extérieur en journée par les quais

¹⁵⁰ Source Polemed tableau GER chaîne robotisée d'allotissement 246 K€ amortissable en 22 ans et robots 200 K€ amortissables en 18 ans.

de déchargement. Le responsable du magasin concède qu'il y a un phénomène de vols récurrents qui est, selon lui, relativement contenu. La lecture du rapport technique¹⁵¹ du mainteneur confirme le phénomène « *au cours de l'année 2016, les vols au sein même de la plateforme logistique et plus particulièrement au sein des process magasin et restauration ont connu une forte augmentation. Devant la redondance de ces actes de malveillance, DALKIA et l'AP-HM ont mis en place un zonage du site afin de limiter les accès (...)* » et quelques lignes plus loin que ces mesures sont vaines « *Néanmoins, pour que le zonage des accès soit pleinement efficace, il est nécessaire de réparer, sans délai, les lecteurs de badges et les points d'accès dégradés* ».

La chambre note que les vols concernent des produits stockés ou non stockés. Pour ces derniers aucun indicateur de mesure n'a été mis en œuvre pour évaluer des pertes engendrées par les vols. Pour les produits stockés le logiciel de suivi des éventuels écarts de stocks, permettant de chiffrer le manque à gagner fonctionne sur un seul poste et avec un seul utilisateur sans possibilité de croiser les données avec la gestion comptable ce qui en réduit grandement la pertinence. Elle invite l'établissement à mettre en place des dispositifs fiables d'évaluation des pertes liés aux vols et à intensifier la lutte contre ce phénomène qui semble récurrent. Sur ce dernier point, l'APHM indique, dans sa réponse aux observations provisoires avoir mis en place un nouveau plan de sécurisation des accès.

8.3.2 Une gestion non optimisée des moyens humains

Dans une approche centrée sur la responsabilité des personnels affectés à la plateforme, la directrice adjointe de la DAASL a transmis la liste des effectifs recensés dans les unités fonctionnelles rattachées à la plateforme logistique. Les 318 agents présents en moyenne sur la période, se répartissent à 85 % sur la PFL et 15 % sur les sites des hôpitaux.

La stérilisation centrale est placée sous l'autorité hiérarchique d'une pharmacienne dans une logique de redondance avec la stérilisation de l'hôpital de la Timone. Le nombre moyen d'agents recensés sur cette unité fonctionnelle est, sur la période, de 66 agents. Lors de la visite sur place, la chambre a pu constater que la responsable de la stérilisation s'assure, dans le cadre de l'application du système de management de la qualité mis en place, d'un fonctionnement en circuit clos. Les accès au secteur de la stérilisation sont rigoureusement contrôlés et les digicodes sont opérationnels contrairement à ceux des autres secteurs qui sont majoritairement dégradés, absents ou neutralisés.

La fonction ressources humaines attachée à la fonction logistique, hors stérilisation, n'est pas traitée comme une chaîne d'approvisionnement continue ce qui ne permet pas une analyse globale de son efficacité. Au surplus, l'absence d'une photographie *ex ante* de la fonction logistique avant la mise en service de la plateforme a empêché le calcul du retour sur investissement d'une organisation regroupée sur un site unique par comparaison avec une organisation par site, comme l'établissement en a fait lui-même le constat en 2014.

Des regroupements pertinents d'unités fonctionnelles et la définition de liens hiérarchiques clairement établis, surtout en l'absence de fiches de postes, permettraient de disposer d'une vision globale des effectifs et des coûts associés aux différents processus pris en charge par la plateforme et la fixation d'objectif de performance.

¹⁵¹ Rapport d'activité 2016-2017 de la PFL page 50.

Tableau n° 48 : Synoptique des processus réalisés sur la plateforme

<i>Process</i>	<i>Nbre. Agents</i>	<i>Chiffres clefs</i>	<i>Amplitudes horaires</i>
<i>Restauration</i>	106	2,4 M de repas/ an	Production PFL : de 6h00 à 16h00, 5 j/7 Distribution PFL : de 6h00 à 17h00, 7 j/7
<i>Blanchisserie</i>	69	10 T linge/jour	Secteur sale 6h30 -14h18, 5 j/7 Secteur propre : 7h30 -15h18 ; 5 j/7
<i>Stérilisation</i>	46	700 boîtes/jour	6h00-21h00 ; 6j/7
<i>Transport</i>	47	100 rotations/ jour 420 000 kms/an	05h45 - 22h30 7 j/7
<i>Magasin</i>	38	30 000 lignes / mois	6h00 -13h48 ; 5 j/7
<i>Bureau hôtelier</i>	6,6	23 000 factures/an	07h00-16h48 ; 5 j/7

Source : AP-HM présentation plateforme février 2019.

Dans une approche globale par unité fonctionnelle la chambre observe qu'en dehors des effectifs du bureau du personnel qui sont pour mémoire d'1,5 ETPMR, les agents affectés aux différents processus ont globalement diminué passant de 353 agents rémunérés à fin décembre 2016 à 335 en décembre 2018, sans que cette décroissance ne reflète la mise en œuvre d'une politique de rationalisation clairement identifiée et documentée. La rémunération brute des agents est ainsi passée de 8,5 M€ à 8,3 M€ sur la période sous revue.

Comme évoqué *supra* dans la partie consacrée aux heures supplémentaires, le volume rémunéré d'heures supplémentaires pour la PFL oscille entre 10 000 et 11 000 heures supplémentaires annuelles. Ce volume n'est pas justifié par des circonstances exceptionnelles comme par exemple l'engagement d'un plan blanc. Au surplus, les processus reposent, en principe, sur une organisation du travail calibrée en fonction de l'activité de l'hôpital et les effectifs affectés à chaque processus devraient refléter le volume horaire pertinent pour les accomplir.

Les heures supplémentaires rémunérées à la PFL se concentrent sur l'UF transport (6021) et la cuisine distribution (6025). Ces deux services absorbent près de 60 % du total des heures supplémentaires rémunérées en 2016 et environ 70 % en 2017 et 2018.

En analysant le détail de la répartition des heures supplémentaire de la cuisine et du service transport, le premier constat est celui d'une concentration des heures sur un nombre restreint de personnes. L'examen des plannings permet de constater l'existence d'absences de longue durée sur les unités fonctionnelles concernées. Les heures supplémentaires sont majoritairement positionnées sur jour de repos et correspondent à un remplacement poste pour poste des absences, par des agents sur leur temps de repos comme l'a confirmé l'APHM dans sa réponse aux observations provisoires.

La chambre suggère que l'établissement se dote, pour la PFL, d'un tableau de bord, identique à ceux développés pour les pôles de sites afin de lui permettre de mesurer les effets de l'absentéisme et de rechercher des solutions moins onéreuses que le recours aux heures supplémentaires rémunérées pour y faire face.

ANNEXES

Annexe n° 1. Comparatif indicateurs AP-HM/autres établissements	130
Annexe n° 2. Evolution 2016-2020 du budget H (en M€).....	131
Annexe n° 3. Evolution 2016-2020 des produits budget H (en M€)	132
Annexe n° 4. Soldes intermédiaires de gestion toutes activités confondues.....	133
Annexe n° 5. Détail des surcoûts Covid (en €).....	135
Annexe n° 6. Rendement des baux à donner	136
Annexe n° 7. Bilan à six ans des coûts d'exploitation de la plateforme	137
Annexe n° 8. Bilan réparation des chariots de repas (avril 2013- septembre 2018).....	138
Annexe n° 9. Glossaire des termes utilisés dans le rapport	139

Annexe n° 1. Comparatif indicateurs AP-HM/autres établissements

	2018	2019	2020	Région 2019		Catégorie 2019	
AP-HM				D2	D8	D2	D8
<i>IP-DMS Médecine</i>	0,927	0,937	0,926	0,867	1,098	0,955	1,092
<i>IP-DMS Chirurgie</i>	1,013	0,998	1,003	0,902	1,133	0,979	1,148
<i>IP-DMS Obstétrique</i>	1,168	1,114	1,122	0,909	1,094	0,962	1,101
<i>Taux de chirurgie ambulatoire (CA)</i>	28,45	30,20	26,61	20	68,61	22,93	40,49
<i>Taux des 18 gestes marqueurs en CA</i>	63,86	67,71	61,34	67,22	91,28	51,71	75,09
<i>Taux d'utilisation des places de CA</i>	64,0	68,8	49,6	52,2	109,9	79,5	144,8
Hospices civils de Lyon							
<i>IP-DMS Médecine</i>	0,960	0,955	0,985				
<i>IP-DMS Chirurgie</i>	0,994	0,988	1,016				
<i>IP-DMS Obstétrique</i>	1,050	1,023	1,008				
<i>Taux de chirurgie ambulatoire (CA)</i>	34,58	36,64	34,15				
<i>Taux des 18 gestes marqueurs en CA</i>	69,10	72,13	68,02				
<i>Taux d'utilisation des places de CA</i>	107,0	97,2	69,6				
Hôpital européen							
<i>IP-DMS Médecine</i>	1,049	1,058	1,072				
<i>IP-DMS Chirurgie</i>	1,122	1,141	1,105				
<i>IP-DMS Obstétrique</i>	0,953	0,881	1,110				
<i>Taux de chirurgie ambulatoire (CA)</i>	52,35	53,42	56,28				
<i>Taux des 18 gestes marqueurs en CA</i>	76,04	76,73	77,80				
<i>Taux d'utilisation des places de CA</i>	126,5	135,3	102,0				
Hôpital Saint Joseph							
<i>IP-DMS Médecine</i>	0,907	0,887	0,931				
<i>IP-DMS Chirurgie</i>	1,020	1,038	1,068				
<i>IP-DMS Obstétrique</i>	0,894	0,862	0,875				
<i>Taux de chirurgie ambulatoire (CA)</i>	47,75	48,56	48,59				
<i>Taux des 18 gestes marqueurs en CA</i>	76,42	77,97	82,44				
<i>Taux d'utilisation des places de CA</i>	67,2	69,5	48,2				

Annexe n° 2. Évolution 2016-2020 du budget H (en M€)

		2016	2017	2018	2019	2020	TCAM 16-19	TCAM 16-20	19/20
Charges	Titre 1 - Charges de personnel-limitatifs	471,05	472,60	476,36	483,29	525,44	0,86 %	2,77 %	8,72 %
	Titre 1 - Charges de personnel-Évaluatifs	314,91	318,04	318,87	320,58	340,98	0,60 %	2,01 %	6,36 %
	Titre 2 - Charges à caractère médical	320,69	321,17	320,22	339,20	357,83	1,89 %	2,78 %	5,49 %
	Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	131,48	102,04	116,16	116,05	134,08	- 4,08 %	0,49 %	15,54 %
	Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	141,36	166,51	175,08	180,07	149,21	8,40 %	8,40 %	- 17,14 %
	Total charges	1 379,49	1 380,36	1 406,68	1 439,20	1 507,53	1,42 %	2,24 %	4,75 %
Produits	Titre 1 - Produits versés par l'Assurance Maladie	1 035,00	1 072,50	1 092,31	1 142,42	1 259,61	3,35 %	5,03 %	10,26 %
	Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	107,50	101,43	104,87	105,61	98,42	- 0,59 %	- 2,18 %	- 6,81 %
	Titre 3 - Autres produits	195,36	193,44	217,15	191,79	189,93	- 0,61 %	- 0,70 %	- 0,97 %
	Total produits	1 337,86	1 367,38	1 414,34	1 439,82	1 547,96	2,48 %	3,71 %	7,51 %

Source : Comptes financiers 2016-2020

Annexe n° 3. Évolution 2016-2020 des produits budget H (en M€)

Comptes	Intitulés	2016	2017	2018	2019	2020	TCAM 2016-2019	2020/2019
73111	Tarification des séjours	565,93	565,44	560,36	576,65	582,98	0,63 %	1,10 %
73112	Médicaments facturés en sus	51,39	65,58	63,75	81,91	82,76	16,81 %	1,04 %
73113	Dispositifs facturés en sus	27,60	29,36	30,53	32,29	29,94	5,37 %	- 7,26 %
73114	Forfaits annuels	17,74	18,76	19,25	20,99	24,99	5,78 %	19,03 %
73117	Dotation annuelle de financement	57,64	71,95	79,21	85,43	67,49	14,01 %	- 21,01 %
73118	Dotations MIGAC	206,04	206,06	218,50	218,45	336,13	1,97 %	53,87 %
7312	Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	73,28	77,47	83,04	85,94	93,92	5,46 %	9,29 %
7471	Fonds d'intervention régional	35,25	34,58	35,11	36,98	36,03	1,60 %	- 2,55 %
7722	Lamda	0,13	2,79	1,71	1,93	2,47	148,43 %	28,03 %
	Total des produits du Titre 1	1035,00	1072,50	1092,31	1142,42	1259,61	3,35 %	10,26 %
7321, 7322 7323	Séjours non pris en charge par l'assurance maladie (HC, HDJ, HAD)	41,13	38,16	37,75	38,82	38,24	- 1,90 %	- 1,51 %
7324	Tarification spécifique non pris en charge par l'assurance maladie	14,81	14,94	15,18	15,67	12,11	1,89 %	- 22,70 %
73271	Forfaits journaliers MCO	12,07	12,24	13,36	13,39	11,82	3,53 %	- 11,72 %
73272	Forfaits journaliers SSR	0,26	0,27	0,33	0,25	0,16	- 1,26 %	- 35,17 %
73273	Forfaits journaliers psychiatrie	1,04	0,99	1,08	0,99	0,87	- 1,47 %	- 12,22 %
733	Produits des prestations délivrés aux patients étrangers	30,73	28,34	30,58	30,18	27,41	- 0,60 %	- 9,16 %
	Total des produits du Titre 2	107,50	101,43	104,87	105,61	98,42	- 0,59 %	- 6,81 %
70	Ventes de produits fabriqués	14,21	14,60	15,77	18,13	17,71	8,45 %	- 2,30 %
7071	Rétrocession de médicaments	49,26	42,70	36,45	34,40	38,00	- 11,27 %	10,46 %
7087	Remboursement de frais CRPA	2,08	1,91	1,86	1,68	1,42	- 6,80 %	- 15,68 %
74	Subventions d'exploitation (sauf 7471)	25,97	12,87	20,60	14,89	15,92	- 16,93 %	6,96 %
777	Quote part de subventions versées au résultat	3,97	3,96	4,50	5,80	7,42	13,53 %	27,84 %
78	Reprise sur amortissements et provisions	51,35	65,18	65,99	45,76	41,71	- 3,77 %	- 8,84 %
62	Remboursement charges personnel	2,16	2,16	1,39	1,44	1,05	- 12,57 %	- 27,32 %
	Total des produits Titre 3	195,36	193,44	217,15	191,79	189,93	- 0,61 %	- 0,97 %

Source : Comptes financiers 2016-2020

Annexe n° 4. Soldes intermédiaires de gestion toutes activités confondues

<i>En milliers d'euros</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)</i>	718 326	740 649	739 387	779 429	792 692
<i>Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)</i>	107 496	101 433	104 874	105 608	98 416
<i>Sous-total variable selon l'activité (A + C)</i>	825 822	842 082	844 261	885 037	891 108
<i>MIGAC et FIR</i>	206 040	206 064	218 499	218 450	336 134
<i>Forfaits annuels</i>	17 736	18 762	19 250	20 992	24 986
<i>Dotation annuelle de financement (DAF)</i>	57 644	72 447	80 067	86 570	69 764
<i>Produits afférents aux soins (CRA)</i>	5 128	5 412	5 488	5 780	5 842
<i>Autres produits de tarification des CRA</i>	3 612	3 504	3 629	3 335	3 060
<i>Ventes de marchandises</i>	49 256	42 702	36 450	34 404	38 002
<i>Autres produits</i>	14 212	14 597	15 771	18 128	17 712
<i>Remboursements de frais des CRA</i>	2 080	1 905	1 857	1 684	1 420
<i>Produits bruts d'exploitation</i>	1 181 530	1 207 475	1 225 272	1 274 380	1 388 028
<i>Achats</i>	302 453	299 927	296 624	315 080	331 666
<i>Charges externes</i>	103 692	101 015	107 017	112 444	122 032
VALEUR AJOUTEE	775 385	806 533	821 631	846 856	934 330
<i>+ Subventions d'exploitation</i>	73 408	59 899	68 145	64 114	64 153
<i>- Impôts et taxes</i>	414	345	325	343	299
<i>- Charges de personnel (en net)</i>	801 128	805 464	810 575	819 103	882 987
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	47 251	60 623	78 876	91 524	115 197
<i>+ Autres produits de gestion courante</i>	21 727	21 948	23 423	24 312	22 002
<i>- Autres charges de gestion courante</i>	32 077	8 061	17 366	12 024	16 679
MARGE BRUTE	36 901	74 510	84 933	103 812	120 520
<i>+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation</i>	51 432	65 240	67 746	46 390	42 227
<i>- Dotations aux amortissements</i>	63 279	61 399	59 751	60 369	61 420
<i>- Dotations aux provisions et dépréciations</i>	14 832	46 386	41 194	49 930	38 851
RESULTAT D'EXPLOITATION	10 222	31 965	51 734	39 903	62 476
<i>+ Produits financiers</i>	399	373	10 721	10 181	286
<i>- Charges financières</i>	33 873	32 419	40 628	37 927	28 522
RESULTAT COURANT	- 23 252	- 81	21 827	12 157	34 240
<i>+ Produits exceptionnels</i>	14 856	16 527	26 463	68 385	29 802
<i>- Charges exceptionnelles</i>	32 648	27 940	36 796	34 364	22 676
RESULTAT EXCEPTIONNEL	- 17 792	- 11 413	- 10 333	34 021	7 126
RESULTAT NET	- 41 044	- 11 494	11 494	46 178	41 366

Source : comptes financiers de l'AP-HM

Annexe n° 5. Détail des surcoûts Covid (en €)

Intitulés	Montant
<i>Prime exceptionnelle Covid 19 PNM</i>	15 563 775
<i>Renforts en personnel PNM</i>	5 656 376
<i>Heures supplémentaires PNM</i>	5 708 772
<i>Astreintes PNM</i>	1 873 159
<i>Dont prime exceptionnelle Covid 19 PM</i>	5 020 000
<i>Renforts en personnel PM</i>	441 251
<i>Permanence des soins PM</i>	1 273 763
<i>Temps de travail additionnel PM</i>	1 133 352
<i>Total T1 dépenses de personnel</i>	36 670 448
<i>Biomédical (accessoires monitoring, respirateurs)</i>	395 504
<i>Direction des achats (petit mat méd. non stérile, produits désinfection)</i>	1 051 392
<i>Direction des travaux et des services techniques (désinfection secteurs Covid)</i>	705 369
<i>Laboratoires (réactifs, fournitures de laboratoires)</i>	8 594 364
<i>Tests rapides antigéniques</i>	814 600
<i>Pharmacie (gants, méd. antibio et curares)</i>	2 662 600
<i>Total T2 charges à caractère médical</i>	14 223 829
<i>Direction des travaux et des services techniques (plexi, cloisonnements, plasmair, filtres)</i>	914 420
<i>Direction des achats (EPI, plateau repas gratuit...)</i>	9 385 973
<i>Dont EPI</i>	8 581 059
<i>Direction des Services Numériques</i>	417 908
<i>(Licences, petit mat et prestations pour sécurisation réseau et télétravail)</i>	
<i>Renforts Médecins libéraux régulation</i>	96 938
<i>Total T3 charges à caractère général</i>	10 815 239
<i>Provision CE PM</i>	2 375 184
<i>Provision CET PNM</i>	1 408 265
<i>Total T4 charges financières dotation aux provisions</i>	3 783 449
<i>TOTAL</i>	65 492 965

Source : CRC d'après données de l'AP-HM

Annexe n° 6. Rendement des baux à donner

Adresse	Type	Surf. En m ²	Date de prise d'effet du bail	Montant annuel loyer hors charges 2019	Prix au m ²	Prix médian ANIL au m ²
88, Rue Horace Bertin 13005 Marseille	Appt.	59	01/07/1992	4 285,08 €	6,05	11,54
18, Rue Nau 13006 Marseille	Appt.	64	01/05/2001	6 015,12 €	7,83	11,21
275, Corniche Kennedy 13007 Marseille	Appt.	115	01/03/2010	3 796,92 €	2,75	14,75
6, Imp. des Peupliers 13008 Marseille	Appt.	128	01/01/2007	11 881,80 €	7,74	12,73
10, Imp. des Peupliers 13008 Marseille	Appt.	72,74	01/05/2015	9 087,72 €	10,41	12,73
40, Avenue Fernandel 13012 Marseille	Maison	71	01/04/1996	6 778,48 €	7,96	9,74
42, Ch. Des Baumillons 13015 Marseille	Maison	40	01/03/2010	5 666,28 €	11,80	11,18
77 Rue Peyssonnel 13003 Marseille	Appt.	36,17	11/06/2015	3 877,44 €	8,98	12,30

Source : CRC d'après tableau du patrimoine transmis par AP-HM et données 2017 de l'observatoire national de l'information sur les loyers¹⁵².

¹⁵² Selon les données en open data relatives à l'agglomération d'Aix Marseille pour 2017 disponibles sur www.observatoires-des-loyers.org. Il s'agit de la moyenne des loyers observés selon le type de logement, l'époque de construction, le nombre de pièces ou la localisation en sous-secteurs.

Annexe n° 7. Bilan à six ans des coûts d'exploitation de la plateforme

<i>Intitulé des produits</i>	2013	2014	2015	2016	2017	TCAM 2013-2017
<i>R1 Loyers financiers</i>	5 944 133	5 947 330	5 947 330	5 947 769	5 947 769	0,02 %
<i>R2 GER renouvellement</i>	1 018 087	1 016 450	1 024 535	1 046 263	1 043 909	0,91 %
<i>R3 Maintenance technique et petit entretien</i>	1 961 104	2 038 167	2 099 304	2 136 678	2 130 631	2,90 %
<i>R4 fourniture de fluides</i>	1 168 314	1 281 552	1 312 396	1 310 741	1 744 832	3,91 %
<i>R5 gardiennage</i>	290 547	296 608	301 503	306 235	306 235	1,77 %
<i>R6 nettoyage</i>	569 718	484 403	492 396	500 125	500 125	- 4,25 %
<i>R7 frais de gestion SPV</i>	302 812	304 616	305 978	310 344	310 345	0,82 %
<i>R8 Assurances</i>	201 941	203 744	203 608	206 622	206 622	0,77 %
<i>Total des loyers</i>	11 458 672	11 574 885	11 689 065	11 766 794	12 192 485	0,89 %
<i>Autres produits (paiements directs AP-HM)</i>	807 972	494 631	1 562 918	1 343 261	- 280 531	18,46 %
<i>Total des produits versés par AP-HM</i>	12 266 644	12 069 516	13 251 983	13 110 054	11 911 953	2,24 %
<i>Total des produits porté sur CEP Polemed</i>	<i>12 264 631</i>	<i>12 067 502</i>	<i>13 249 968</i>	<i>13 108 038</i>	<i>11 909 936</i>	

Source : Documents financiers de Polemed transmis par AP-HM. *La chambre observe, de manière anecdotique mais révélatrice de l'intensité du contrôle exercé par l'AP-HM, que le total des produits présentés par Polemed dans ses comptes d'exploitation comporte une erreur dont le montant correspond à l'année considérée.

Annexe n° 8. Bilan réparation des chariots de repas (avril 2013- septembre 2018)

Réparation	Prix HT	Réparation	Prix HT	Réparation	Prix HT
<i>avr-13</i>	1 378	janv-14	32 273	janv-15	53 191
<i>mai-13</i>	23 328	févr-14	30 049	févr-15	46 612
<i>juin-13</i>	14 517	mars-14	27 065,25	mars-15	48 993
<i>juil-13</i>	19 307	avr-14	37 095,70	avr-15	25 264
<i>août-13</i>	19 039	mai-14	44 016,73	mai-15	41 001
<i>sept-13</i>	19 039	juin-14	41 013,77	juin-15	51 840
<i>oct-13</i>	12 386	juil-14	33 889,28	juil-15	50 444
<i>nov-13</i>	15 507	août-14	35 095,00	août-15	30 293
<i>déc-13</i>	31 953	sept-14	45 927,05	sept-15	38 514
Total 2013	156 454	oct-14	41 003,70	oct-15	33 651
		nov-14	38 714	nov-15	34 573
		déc-14	46 025	déc-15	44 699
		revêtement Rilsan	25 461	+ 6 unités	22 648
		+ ? unités	47 228,84	+ 1 unité	4 083
		Total 2014	524 857	+ 13 Usine	61 280
<i>janv-16</i>	33 134	janv-17	85 350	+ ? Usine	62 973
<i>févr-16</i>	35 893	févr-17	43 008	+ 8 Usine	46 131
<i>mars-16</i>	35 131	mars-17	38 965	non daté 1 unité	3 299
<i>avr-16</i>	55 113	avr-17	37 302	Total 2015	699 488
<i>mai-16</i>	43 760	mai-17	34 893	janv-18	38 870
<i>juin-16</i>	68 658	juin-17	35 603	févr-18	33 888
<i>juil-16</i>	58 157	juil-17	34 950	mars-18	38 922
<i>août-16</i>	56 089	août-17	37 635	avr-18	58 167
<i>sept-16</i>	44 754	sept-17	35 600	mai-18	47 696
<i>oct-16</i>	43 208	oct-17	47 646	juin-18	44 249
<i>nov-16</i>	43 151	nov-17	44 362	juil-18	42 784
<i>déc-16</i>	20 550	déc-17	55 005	août-18	48 615
+ 8 Usine	41 401	Total 2017	530 319	sept-18	47 407
+ 8 Usine	41 758			Total 2018	400 598
Total 2016	620 757				
		soit sur 66 mois		2 932 474	

Source CRC d'après avenants au contrat de PPP.

Annexe n° 9. Glossaire des termes utilisés dans le rapport

- AP-HM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille ;
- ARE : Allocation de retour à l'emploi ;
- ARS : Agence régionale de santé ;
- ATU : Accueil et traitement des urgences ;
- BFR : Besoin en fonds de roulement ;
- CAC : Commissaire aux comptes ;
- CAF : Capacité d'autofinancement ;
- CAL : Commission d'activité libérale ;
- CAMSP : Centre d'accueil médico-social précoce ;
- CCA : Chef de clinique des universités - assistants des hôpitaux ;
- CCAM : Classification commune des actes médicaux ;
- CDC : Caisse des dépôts et consignations ;
- CDD : contrat à durée déterminée ;
- CDI : Contrat à durée indéterminée ;
- CET : Compte épargne temps ;
- CGCT : Code général des collectivités territoriales ;
- CG3P : Code général de la propriété des personnes publiques ;
- CH : Centre hospitalier ;
- CHSCT : Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail ;
- CHU : Centre hospitalier universitaire ;
- CME : Commission médicale d'établissement ;
- CNR : Crédits non reconductibles ;
- CNRACL : caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;
- COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins ;
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie ;
- CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- CREF : Contrat de retour à l'équilibre financier ;
- CSP : Code de la santé publique ;
- CSS : Code de la sécurité sociale ;
- CT : Code du travail ;
- CTE : Comité technique d'établissement ;
- DAF : Direction des affaires financières ;

DGFIP : Direction générale des finances publiques ;
DGOS : Direction générale de l'offre de soins ;
DIM : Département de l'information médicale ;
DMS : Durée moyenne de séjour ;
DRH : Direction (ou directrice) des ressources humaines ;
EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes ;
EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses ;
EPS : Etablissement public de santé ;
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif ;
ETP : Equivalent temps plein ;
ETPR : Equivalent temps plein rémunéré ;
ETPMR : Equivalent temps plein moyen rémunéré ;
IADE : Infirmiers en anesthésie et réanimation diplômés d'État ;
IBODE : Infirmiers en bloc opératoire ;
IDE : Infirmiers diplômés d'État ;
ISG ; infirmiers en soins généraux ;
FAU : Forfait annuel urgences ;
FFI : Faisant fonctions d'interne ;
FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé ;
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux ;
FIR : Fonds d'intervention régional ;
FRNG : Fonds de roulement net global ;
GCS : Groupement de coopération sanitaire ;
GHM : Groupe homogène de malades ;
GHT : Groupement hospitalier de territoire ;
HC : Hospitalisation complète ;
HDJ : Hospitalisation de jour ;
IGAS : Inspection générale des affaires sociales ;
IP-DMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour ;
IRCANTEC : Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques ;
MCO : Médecine chirurgie obstétrique ;
MERRI : Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ;
MIG : Mission d'intérêt général ;
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

ONDAM : Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie ;
PDSES : permanence des soins en établissement de santé ;
PECH : prime d'engagement de carrière hospitalière ;
PH : praticien hospitalier ;
PHU : praticien hospitalo-universitaire ;
PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables ;
PM : Personnel médical ;
PNM : Personnel non-médical ;
RSS : Résumé de sortie standardisé ;
RTT : Réduction du temps de travail ;
SDI : Schéma directeur immobilier ;
SDSI : Schéma directeur des systèmes d'information ;
SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance ;
SROS : Schéma régional d'organisation des soins ;
SSR : Soins de suite et réadaptation ;
T2A : Tarification à l'activité ;
TBFEPS : Tableau de bord financier des établissements publics de santé ;
TJP : Tarif journalier de prestation ;
TPER : Tableau prévisionnel des emplois rémunérés ;
TTA : temps de travail additionnel ;
TVA : Taxe sur la valeur ajoutée ;
UF : Unité fonctionnelle ;
UFR : Unité de formation et de recherche ;
UGECAM : Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie ;
URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ;
USLD : Unité de soins de longue durée ;
VNC : valeur nette comptable.



Les publications de la chambre régionale des comptes
de Provence-Alpes-Côte d'Azur
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17, traverse de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr