



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2015**

Date du jury : **Décembre 2015**

La Certification des Comptes : un défi stratégique et managérial

L'exemple des Hôpitaux Universitaires Paris Centre au sein de l'AP-HP

Louis Jacques FORESTI

R e m e r c i e m e n t s

La mise en situation professionnelle, reflétée par le travail du mémoire, est un moment important pour l'Attaché d'administration hospitalière stagiaire en formation à l'EHESP. Aussi, je souhaite formuler mes remerciements à l'ensemble des acteurs m'ayant permis de concrétiser mon projet professionnel.

Je remercie la Directrice Financière, Madame Anne-Claude GRITON, pour m'avoir accueilli au sein de la Direction des Finances des Hôpitaux universitaires Paris Centre, ainsi que Madame Carole ROPARS, Directrice du Projet «certification des comptes» à l'AP-HP qui est en charge actuellement de cette mission éponyme.

Je remercie Monsieur Roland MULLER, Attaché d'administration hospitalière, mon maître de stage, de m'avoir associé à ses activités et me positionner sur ce projet de la certification des comptes et m'avoir prodigué tous ses conseils durant mon stage professionnel de mai à septembre 2015. J'ai pu ainsi renforcer mes connaissances en contrôle interne et en acquérir de nouvelles, notamment sur le management hospitalier.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe des services financiers de la Direction des Finances et des autres directions fonctionnelles, des pôles et de l'ensemble des services du Groupe hospitalier Paris-Centre (HUPC) de l'AP-HP pour leur accueil, convivialité et disponibilité. Nos échanges formels et informels, m'ont permis de mieux comprendre le fonctionnement du groupe hospitalier et de découvrir la large variété d'activités qui les compose.

Je remercie également Mme Claude-Anne DOUSSOT-LAYNAUD, Professeur de Finances à l'Institut du management de l'EHESP pour son appui méthodologique à ce mémoire.

Cette expérience fut pour moi, très enrichissante tant au niveau humain que professionnel.

Sommaire

Introduction	1
1 La certification des comptes : un projet réglementaire de dimension nationale à déclinaison locale.....	4
1.1 La certification des comptes : un défi national	4
1.1.1 Le cadre juridique et institutionnel de l'hôpital	4
1.1.2 La qualité comptable : une démarche qualité de gestion des risques	6
1.1.3 Les enjeux du management par projet de la certification des comptes.....	8
1.2 La mise en œuvre locale d'un management de projet	11
1.2.1 La gestion du projet.....	11
1.2.2 La conduite du projet.....	12
1.2.3 La communication dans le projet.....	13
2 La certification des comptes à l'AP-HP : un défi stratégique.....	14
2.1 Le contrôle interne préalable à la certification des comptes.....	14
2.1.1 L'approche conceptuelle et émergente du contrôle interne à l'hôpital.....	14
2.1.2 La cartographie des risques : un diagnostic nécessaire au sein de l'AP-HP	15
2.1.3 L'analyse des différents cycles dans le GH HUPC	16
2.2 Les missions de l'AAH dans le projet de la certification des comptes à l'AP-HP	28
2.2.1 Le positionnement de l'AAH dans ce projet.....	28
2.2.2 La méthodologie de travail adoptée dans ce projet	29

3	Le rôle clé de l'AAH dans ce projet au sein du GH HUPC : un défi managérial et organisationnel.....	32
3.1	L'adoption de stratégies managériales par l'AAH	32
3.1.1	La définition des fiches de postes et des procédures	32
3.1.2	La contribution de l'AAH, manager, à l'amélioration du contrôle interne	33
3.2	La capacité de l'AAH, chef de projet, d'animer des projets organisationnels	36
3.2.1	La diffusion et l'application de la cartographie des processus validés	36
3.2.2	La participation à la rédaction et à la validation des procédures.....	38
	Conclusion.....	40
	Bibliographie	41
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ACH	Adjoint des cadres hospitaliers
AMF	Autorité des marchés financiers
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
BA	Bureau des achats
CAC	Commissaire aux Comptes
CAP	Cadre administrative de pôle
COFIL	Comité de Pilotage
DAF	Direction des finances
DAM	Direction des affaires médicales
DEFIP	Direction économique, financière, investissement et patrimoine (AP-HP)
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIA	Direction de l'Inspection et de l'Audit
DIM	Direction de l'Information Médicale
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSI	Direction des Systèmes d'Information
EPS	Etablissements publics de santé
GH	Groupe Hospitalier
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
HUPC	Hôpitaux Universitaires Paris Centre (Cochin, Hôtel Dieu, Broca)
HUPNVS	Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (Beaujon, Bichat, Mourier)
IFACI	Institut français de l'audit et du contrôle interne
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
M21	Référentiel comptable applicable aux établissements publics de santé
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non médical
NBI	Notification de bonification indiciaire
RCI	Référentiel du contrôle interne
SFAC	Service facturier (centralisation des paiements de factures fournisseurs)
T2A	Tarifification à l'activité

Introduction

« La maîtrise des risques et le développement des dispositifs de contrôle interne sont le gage d'une volonté de transparence et d'amélioration permanente de la performance à l'hôpital¹ ».

A ce titre, les établissements de santé, depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en date du 21 Juillet 2009, sont soumis au niveau national à des obligations nouvelles en matière de certification des comptes, et notamment à l'AP-HP.

Le processus légal et réglementaire de certification des comptes

Le processus de certification annuelle des établissements de santé est prévu par l'article 17 de la loi HPST². L'article L.6145-16 du Code de santé publique dispose que les modalités de certification, par un Commissaire aux comptes ou par la Cour des Comptes, sont fixées par voie réglementaire. L'obligation de certification devait s'appliquer aux comptes du premier exercice quatre ans à compter de la publication de la loi du 21 juillet 2009, soit partir des comptes de l'exercice 2014 pour les premiers établissements désignés par décret.

Ce processus débute en 2014 pour la première vague de 31 établissements puis en 2015 et 2016 pour les autres établissements nationaux.

La démarche de fiabilisation relative à la certification des comptes des établissements éligibles, suit la dynamique des réformes successives d'amélioration des performances débutées à partir de 2008 au niveau de l'État³.

En effet, la réforme constitutionnelle du 23 Juillet 2008, instaure les principes de sincérité, de fidélité des comptes (article 42-2). L'article 47-2 de la Constitution en vigueur pose une exigence de régularité, sincérité et de fidélité des comptes des administrations publiques contrôlées par la Cour des Comptes.

¹ FERMON B, GRANJEAN P., 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, 2015, Dunod, 456 p, p87, chapitre 3 : les politiques hospitalières dans la durée,

² LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

³ Réforme générale des politiques publiques (RGPP) depuis 2008 puis modernisation de l'action publique (MAP) depuis octobre 2012

A ce titre, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale des finances publiques (DGFIP) et la Cour des Comptes pilotent le projet de fiabilisation des comptes des établissements de santé.

Dans sa circulaire interministérielle en date du 10 octobre 2011⁴ relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes des établissements publics de santé, le ministère de la santé a diffusé un guide de fiabilisation des comptes pour faciliter la préparation de la certification des comptes des hôpitaux concernés.

Selon ce guide de fiabilisation des hôpitaux, « *la certification des comptes est une mission légale confiée à un certificateur (...) qui repose sur un audit du dispositif de contrôle interne et des comptes* ». Le certificateur, la Cour des Comptes pour l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) ou les commissaires aux comptes pour les autres établissements, pourront émettre soit une certification avec ou sans réserves, ou aucune certification

Au niveau de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Le Groupe Hospitalier HUPC fait partie de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Les recettes de l'AP-HP dépassant 1,2 Md€, la certification de ses comptes portera sur l'exercice 2016. Suite à la réforme HPST de 2009, l'AP-HP a mis en place près de douze Groupes hospitaliers permettant de mutualiser les moyens et compétences des hôpitaux par secteur sur Paris et en région parisienne.

En effet, les établissements et les groupes hospitaliers sont des acteurs clés des processus comptables et financiers de l'AP-HP.

Ces groupes hospitaliers sont dotés d'une direction financière et d'un compte d'exploitation traduisant leur activité. Cependant, ils n'ont pas d'autonomie juridique compte tenu du caractère unique de l'institution de l'AP-HP. Il a été demandé à la société Ernst & Young de mener une mission de diagnostic de septembre 2012 à juin 2013 visant à préparer cette certification des comptes.

En 2013, l'AP-HP comprend 12 groupes hospitaliers et 4 hôpitaux. L'institution comprend :

- 20 740 lits toutes disciplines confondues ;
- 11 760 lits d'hospitalisation avec 1,2 million de séjours en MCO ;

⁴ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Secrétariat d'Etat à la Santé et Ministère du Budget, des Comptes publics et de la réforme de l'Etat. Circulaire interministérielle N°DGOS/DGFIF/PF/PF1/CL1B/2011/391 du 10 Octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements de santé

- 5,1 millions de consultations externes et 1,1 million de passages aux urgences ;
- 22 250 médecins, 4 350 internes et 5 300 étudiants en médecine ;
- près de 70.000 personnes non médicales (infirmières, aides-soignantes, admin..)

En tant que référent dans le groupe hospitalier de l'AP-HP, la direction des finances (DAF) a un rôle essentiel dans cette démarche de fiabilisation et de certification des comptes. Comme responsable de la facturation des recettes, elle pilote aussi le cycle des recettes.

Plusieurs réunions d'information entre la DAF et les directions fonctionnelles des HUPC se sont tenues le 27 février 2015 (COPIL du lancement du projet) ainsi que le 19 mai 2015 avec l'équipe de direction de l'AP-HP coordinatrice du projet.

Un comité de coordination de cette démarche s'est déroulé au Siège de l'AP-HP le 28 mai 2015. Les AAH et les DH concernés par cette certification y ont participé. Dans le cadre de mon stage, des réunions de travail se sont déroulées de juin à fin août 2015 avec les directions fonctionnelles du groupe hospitalier HUPC pour initialiser la démarche.

La mise en œuvre de la certification au sein de l'AP-HP conduit à se demander quelles conditions réunir pour mettre en œuvre le projet de certification des comptes à l'AP-HP, tout en optimisant le management et la communication.

Afin d'appréhender les rôles, les missions et les enjeux pour les différentes directions concernées par cette thématique, j'ai adopté une méthodologie basée sur des observations, des entretiens avec l'ensemble des AAH et Directeurs concernés à l'aide d'un guide d'entretien, des questionnaires de contrôle interne (auto-évaluation) et la participation à des groupes de travail dans le groupe hospitalier (HUPC) et au Siège de l'AP-HP. Ces outils méthodologiques m'ont permis d'effectuer une synthèse du 31 août au 2 septembre 2015 lors des restitutions devant les directions fonctionnelles (DSI, direction des achats, DAF..) du groupe hospitalier HUPC.

D'abord, il conviendra de présenter la certification des comptes comme un projet réglementaire de dimension nationale à déclinaison locale et la nécessité d'y appliquer une démarche de management par projet de contrôle interne (1.).

Ensuite, il s'agira de démontrer le défi stratégique représenté par le projet de la certification et les missions de l'AAH dans ce projet au sein du groupe AP-HP (2.).

Enfin, des propositions seront émises relatives à l'implication active de l'AAH dans la mise en œuvre effective du projet de certification des comptes sur le Groupe hospitalier Paris-Centre pour relever le défi managérial et organisationnel (3.).

1 La certification des comptes : un projet réglementaire de dimension nationale à déclinaison locale

Au niveau national, la certification des comptes représente au niveau réglementaire un enjeu considérable en matière de contrôle interne et de transparence et de maîtrise des risques comptables et financiers (1.1).

Au niveau local, ce dispositif, nouveau pour les établissements publics de santé, constitue un management par projet dont il s'agit de mettre en œuvre la gestion, la conduite et la communication (1.2).

1.1 La certification des comptes : un défi national

Dans le cadre juridique et institutionnel de l'hôpital (1.1.1), la qualité financière et comptable, s'appuie sur la démarche qualité et gestion des risques (1.1.2). Le management par projet révélera des enjeux significatifs de la certification des comptes (1.1.3).

1.1.1 Le cadre juridique et institutionnel de l'hôpital

Dans le cadre de la mise en place du contrôle interne, plusieurs outils juridiques ont été mis en place de la Constitution à la loi HPST en passant par la LOLF.

L'objectif était la transparence dans le mode de gestion afin d'améliorer la performance des services publics. En effet, la Constitution dans son article 47-2 dispose que « *les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière⁵* ».

Par ailleurs, la loi HPST du 21 juillet 2009, dans son article 17, inscrit le principe de la certification des comptes dans le Code de santé publique et prévoit l'entrée en vigueur de cette disposition au plus tard pour l'exercice 2014. Un projet national relatif à la fiabilisation des comptes de tous les EPS, préalable et indispensable à la certification des comptes, a été lancé en 2012 et porté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale des finances publiques (DGFIP).

⁵ Article 47-2 de la Constitution du 4 octobre 1958, créé par la loi constitutionnelle n°2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République

Ces deux directions animent deux groupes de travail mis en place en décembre 2009, associant la compagnie nationale des commissaires aux comptes, les agences régionales de santé, la fédération hospitalière de France, les conférences des directeurs et les conférences de présidents de commission médicale d'établissements publics de santé. Le premier groupe de travail, de nature juridique, est présidé par la Cour des comptes et traite des questions juridiques et comptables associés à la certification des comptes, le second groupe de travail, consacré au contrôle interne comptable, est présidé par la DGOS et élabore les cartographies type des processus et des risques pour six cycles : immobilisations, recettes, personnel, achats, endettement / trésorerie/ subventions d'investissement, fonds déposés.

La circulaire interministérielle du 20 août 2012⁶ relative à la fiabilisation des comptes précise les modalités d'accompagnement du projet de fiabilisation des comptes des établissements publics de santé par la désignation de référents régionaux et la mise en place de réunions Interrégionales et la mise en place de formations spécifiques Cette phase de fiabilisation est obligatoire pour permettre à ces établissements de certifier leurs comptes.

A ce titre, le décret du 23 décembre 2013 rappelle le seuil nécessaire rendant obligatoire la certification des comptes par un commissaire aux comptes pour 100 millions d'euros de recettes minimales sur les trois derniers exercices et par la Cour des comptes pour 1,2 milliards d'euros. Cette certification des comptes se fera par vagues progressives sur les comptes 2014, 2015 et 2016⁷.

En l'espèce, l'AP-HP, avec plus de 7 Md€ de recettes se situe dans la troisième vague de certification des comptes sur l'exercice 2016. La clôture des comptes 2015 servira ainsi au bilan d'ouverture des comptes 2016.

Dans ce cadre, l'AP-HP devra améliorer la qualité financière et comptables de ses états financiers (bilan, compte de résultat, annexes,..) soumis à la certification de ses comptes. Il pourra s'appuyer sur la démarche qualité et gestion des risques des activités de soins.

⁶ Circulaire interministérielle n°DGOS/DGFiP/PF/PF1/PF3/FGFiP/CL1B/2012/320 du 20 août 2012 relative à l'accompagnement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé et aux objectifs fixés aux établissements publics de santé pour l'année 2012

⁷ Le Décret n°2013-1239 du 23 décembre 2013 et l'arrêté du 1er août 2014 déterminent la liste des établissements de santé soumis à la certification respectivement sur 2014 et 2015

1.1.2 La qualité comptable : une démarche qualité de gestion des risques

La notion de qualité comptable amène un parallèle avec l'approche qualité familière à l'univers hospitalier. Cependant, la procédure de certification des soins V2014 reprenant le manuel V2010 de la Haute Autorité de santé (HAS) ne traite pas de la question de la qualité comptable et financière. Ce manuel V2010 sur la partie « *management des ressources* » prévoit un critère de qualité de la gestion budgétaire (4a), aux termes duquel « *l'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne* » et « *les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement* »⁸

Même si, dans le manuel V2010 de la certification des établissements de santé par la HAS, la sincérité et l'image fidèle des comptes ne font pas l'objet d'une évaluation spécifique, la démarche de certification des comptes est une question de qualité.

De surcroît, l'approche de qualicien, dans les démarches d'assurance qualité visant une certification, présentent des similitudes avec celle de fiabilisation des comptes : décomposition de l'activité en processus, identification des écarts par rapport à un référentiel, planification d'actions correctrices, mise en œuvre et évaluation de ces actions, selon le modèle connu de la roue de Deming PDCA (Plan, Do, Check, Act).

Plus précisément, la chaîne de production comptable est découpée en cycle comptables par catégorie d'opérations suivant différents processus. Le processus est compris comme « *un ensemble de procédures réalisées par différents services et acteurs, participant d'une même activité, placée sous l'empire de normes juridiques spécifiques, rattachée à un ensemble de comptes principaux, pour produire un résultat commun* », selon la définition de la DGFIP

L'efficacité des processus pour améliorer la qualité comptable est évaluée selon l'instruction M21 du Plan comptable général (PCG)⁹ et des critères définis dans les normes d'exercice professionnel (NEP) des commissaires des comptes pour les hôpitaux publics.

⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2011, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*

⁹ Règlement n°99-03 du 29 avril 1999 du Comité de la réglementation comptable. Le Plan comptable général (PCG), référence du secteur privé, s'applique aux établissements publics de santé dans le silence de la norme M21.

Ces critères sont :

- La réalité
- L'exhaustivité de l'enregistrement de toutes les opérations et événements
- La mesure : le correct enregistrement des montants des opérations et événements
- La séparation des exercices en fonction du fait générateur des opérations et événements,

auxquels s'ajoutent les principes issus de la comptabilité publique comme :

- la régularité : les enregistrements comptables justifiés par une pièce découlent d'opérations conformes aux lois et règlements,
- la sincérité : application des règles comptables selon la connaissance des responsables de la réalité des opérations

Or, la particularité du secteur hospitalier est d'associer la démarche qualité et la gestion des risques. En effet, à l'hôpital, le concept de gestion du risque s'applique aux risques associés aux soins. La loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit dans ce cadre qu'une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques est arrêtée conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME)¹⁰.

Cette politique, centrée sur le soin et l'accueil du patient, n'est pas conçue isolément par rapport aux autres domaines fonctionnels de l'établissement.

A ce titre, la circulaire d'application du décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, précise que l'organisation de la gestion des risques «*doit rechercher un fonctionnement transversal et décloisonné pour que les interactions entre la gestion des risques associés aux soins et celle des différents autres risques (techniques, environnementaux, comptables..) soient identifiées et gérées de manière optimale*¹¹»

Même si à l'hôpital, l'absence de qualité comptable des comptes ne constitue pas vraiment un risque associé aux soins¹², la fiabilité des comptes peut toutefois améliorer l'environnement général de l'activité hospitalière.

¹⁰ Article 10 de la loi HPST, codifié à l'article L.6143-1 du Code de santé publique

¹¹ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

¹² Le guide de mise en œuvre de la gestion de risques associés aux soins de la HAS distingue trois catégories de risques associés aux soins : la première directement liée aux soins (coordination des soins, actes médicaux, hygiène..), la seconde liée aux activités de soutien

En effet, la sécurisation des circuits de gestion, la crédibilité renforcée de l'établissement auprès de ses partenaires et de sa tutelle, voire l'identification de marges de manoeuvre financière, sont favorables à la qualité des soins.

Comme dans le projet de certification des comptes, la démarche de type HAS conduit le système du management de la qualité à être soumis à une double évaluation :

- interne, avec l'auto-diagnostic dans le cadre de la certification HAS V2014, établir son compte qualité et le communiquer à la HAS permet à l'établissement de répondre à l'obligation d'auto-évaluation prévue par le code de la santé publique¹³.
- externe avec la certification des soins.

A ce titre, le système de management de la qualité s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité* et de la sécurité des soins et la gestion des risques* associés aux soins de l'établissement¹⁴.

Dès lors, comme la qualité, la certification des comptes est un management par projet dont les enjeux sont significatifs.

1.1.3 Les enjeux du management par projet de la certification des comptes

En premier lieu, le management par projet est défini comme « *une réponse organisationnelle qui permet aux structures de s'adapter aux aléas de l'environnement et de se doter d'une vision et d'une visibilité nécessaires à leur pérennité*¹⁵ ».

En général, les projets conduits dans un environnement complexe ont des caractéristiques communes :

- Ils sont uniques et non reproductibles
- Le rôle fondamental de la conceptualisation des projets sur leur coût et leur probabilité de succès,
- La bonne définition et des objectifs à atteindre

¹³ L'article R.6113-13 du CSP prévoit qu'« *avant la visite sur site, l'établissement ou organisme procède, le cas échéant par service et activité, à l'autoévaluation prévue aux articles L. 1112-2 et L. 6113-1. Il en communique les résultats à la Haute Autorité de santé* ».

¹⁴ Article L. 6111-2 du code de la santé publique

¹⁵ FERMON B, GRANJEAN P.,2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, 2015, Dunod, 456 p ; p 172 chapitre 8 : le management par projets

Un des exemples de management par projets est le management du projet de pôle. Suite aux Ordonnances du 2 mai 2005 et de la loi HPST du 21 juillet 2009, le chef de pôle doit élaborer le projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination en définissant :

- Les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles,
- L'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle

Dans le cadre de la certification des comptes, les modalités de pilotage du projet relatif à la fiabilisation des comptes sont déclinées dans la circulaire du 10 Octobre 2011¹⁶ . Cette dernière énonce un partenariat entre l'ordonnateur et le comptable :

« *Le directeur partage avec le comptable la responsabilité de la qualité comptable et de la fiabilité des comptes.* »

A ce titre, le directeur d'établissement est responsable du pilotage du projet de certification - Fiabilisation¹⁷. Pour respecter cette obligation réglementaire, il doit prévenir les risques inhérents à la stratégie choisie.

La planification des opérations à mener est un élément indispensable à la réussite du projet. La programmation des réunions de pilotage permet de jalonner les étapes du projet. La préparation de la venue du certificateur, en mars 2016 à l'AP-HP prévoit de constituer un dossier permanent décrivant l'établissement (données générales, juridiques, financières, informatiques) et un dossier de clôture justifiant de l'activité présentée au bilan de clôture.

Par ailleurs, L'enjeu managérial du processus de certification-fiabilisation constitue une préoccupation majeure des EPS depuis 2010 à l'initiation du projet national¹⁸.

En effet, le management se définit par « *la mobilisation de l'ensemble des moyens à la disposition du responsable (crédits, collaborateurs, règles de droit et normes, etc..) et des instruments de pilotage, afin de définir le meilleur agencement possible dans le but d'atteindre un objectif donné dans un service précis, dans un temps imposé, avec le souci de la performance¹⁹* ».

¹⁶ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Secrétariat d'Etat à la Santé et Ministère du Budget, des Comptes publics et de la réforme de l'Etat. Circulaire interministérielle N°DGOS/DGFIF/PF/PF1/CL1B/2011/391 du 10 Octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements de santé

¹⁷ idem

¹⁸ PERRON-DUPUT M. et WINICKI P, Juillet 2010, « Certification des comptes des hôpitaux : le compte à rebours a commencé ! » Cahiers du Management Public, n°19, pp.6-8.

¹⁹ ALVENTOSA J.R., 2012, «Le management par la qualité », Les outils du management public, Paris : LGDJ, Lextenso éditions.

Il intervient de manière concomitante avec la rénovation du mode de gestion des établissements par la réforme budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP), revue par le décret du 29 avril 2010 impliquant la nécessité de comptes réguliers, sincères et fidèles de la situation financière et du patrimoine des EPS. La démarche doit concerner les directions fonctionnelles et les pôles pour assurer sa pérennité.

En second lieu, la pérennisation de cette démarche doit être prise en compte.

Cette démarche progressive nécessite une expertise des acteurs. Le processus de certification des comptes implique une formation spécifique tant des personnels que des directeurs en charge de la supervision de ces équipes.

Deux aspects permettent sa réussite : d'une part, une recherche de l'efficacité et d'autre part la maîtrise des risques comptables et financiers.

Le premier aspect, la recherche d'efficacité, présente une dimension nationale dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) débutée en 2007, poursuivie par la modernisation de l'action publique (MAP) en 2012 pour réduire les déficits publics. Le rapport public annuel de la Cour des comptes paru en 2014, précise la nécessité d'une maîtrise des dépenses au vu de l'évolution du déficit public :

« Les dépenses publiques représentant 57,0 % du PIB en 2013, un tel effort apparaît possible sans remettre en cause la qualité des services publics et l'efficacité de la redistribution. Il exige toutefois de mettre en œuvre, dans l'ensemble des administrations publiques, une démarche ambitieuse de recherche d'économies impliquant des réorganisations, des simplifications de procédures, des remises en cause des interventions les moins efficaces et des redéploiements de moyens vers les objectifs prioritaires²⁰ ».

Le deuxième aspect concerne la maîtrise des risques comptables et financiers, qui comprend quatre phases :

- une phase d'analyse et de diagnostic,
- l'élaboration d'un plan d'actions,
- la mise en œuvre incluant la communication à l'ensemble des acteurs,
- l'évaluation des actions mises en place.

²⁰ Cour des Comptes, Rapport public annuel 2014, page 49/ 480 disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2014>. [visité le 22.08.2015]

Un état des lieux permettra de recenser les modes opératoires et procédures existants. Sur la base des objectifs de fiabilisation des comptes, une matrice des risques pour chacun des cycles sera établie. La finalité de cette démarche est d'améliorer la qualité de chacune des actions du cycle de contrôle interne qui se compose de processus, réparti en sous-processus en obtenant l'adhésion de tous les acteurs.

Pour y parvenir, la mise en œuvre d'un management de projet au niveau local est nécessaire.

1.2 La mise en œuvre locale d'un management de projet

D'abord, la gestion du projet de fiabilisation des comptes par le contrôle interne, dans le cadre d'un management de projet, est la première étape pour un établissement public de santé qui entreprend une démarche de certification des comptes (1.2.1).

Ensuite, la méthodologie de conduite du projet est essentielle pour réussir la certification des comptes de l'établissement ou du groupe hospitalier.(1.2.2).

Enfin, la communication est un élément essentiel pour fédérer les acteurs du projet (1.2.3).

1.2.1 La gestion du projet

Les règles de gestion du projet ont été déterminées par le guide de la fiabilisation des comptes.

Il définit :

- Le choix d'un chef de projet,
- le constat de l'existant (matrice des risques comptables et financiers),
- la mise en place d'un plan pluriannuel d'actions,
- l'élaboration d'un planning pour l'établissement qui découle du « macro-planning indicatif » proposé par la DGOS et la DGFIP.

La mise en œuvre d'un projet de ce type implique de mettre en accord des paramètres inter-dépendants, les spécifications techniques, les délais et les coûts²¹ ; l'étude de la faisabilité, les solutions aux problèmes identifiés en amont, la mise en place d'une conception détaillée du projet, en termes d'échéancier, et de budget prévisionnel notamment.

²¹ BOUTINET J.P., 2005, Anthropologie du projet, 1ère édition « Quadrige », Paris : Presses Universitaires de France, 405 p.

C'est une démarche organisationnelle et prévisionnelle intégrant les dimensions techniques, économiques et contractuelles.

L'analyse du dispositif et de son contexte, la mobilisation des ressources, l'articulation d'un schéma d'action, l'apport du sens et de la légitimité, le pilotage de la performance et enfin, l'analyse des résultats et des impacts constituent autant d'étapes nécessaires à la conduite du projet.

1.2.2 La conduite du projet.

Partie du monde industriel, la méthode de conduite de projet s'est petit à petit étendue à tous les secteurs d'activité, marchands ou non marchands. Comme dans le monde marchand, les projets de santé publique doivent concilier trois types d'impératifs souvent contradictoires : la qualité, les coûts et les délais.

Un projet est défini comme « *un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entreprises dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques*²² »

Les 3 étapes de la gestion de projet doivent permettre à tout projet, quels qu'en soient l'objet et la complexité de poser les objectifs, les acteurs concernés, la démarche à observer et l'ensemble des jalons, de la naissance du projet à sa conclusion :

- L'étape de cadrage est l'étape capitale du projet, de sa pertinence découle le succès de la conduite du projet.
- L'étape de conduite n'est que l'orchestration de ce qui a été défini, anticipé et organisé en amont,
- L'étape de conclusion doit permettre enfin de mettre un terme officiel au projet, d'en remercier les acteurs et de capitaliser.

La conduite de projet induit que le chef de projet puisse animer un comité de pilotage. Sa composition dépend des objectifs recherchés (directeur, directeur adjoint, AAH, ACH et autres professionnels). Comme gage de réussite, cette conduite du projet doit être portée et appuyée par le management du groupe hospitalier et la direction générale de l'AP-HP.

²²Norme Afnor (X50-115)

La phase préalable de fiabilisation par le contrôle interne, préparation de la certification des comptes, entre dans le cadre de la conduite de projet. En l'espèce, il s'agit pour l'AP-HP de présenter au CAC, les comptes de l'exercice 2016 pour les établissements de la troisième vague. La conduite des opérations de contrôle interne implique de facto une mise en place d'une dynamique de gestion de projet. Ici, **le chef de projet est l'AAH rattaché au Directeur des finances, référent de la certification des comptes au niveau du groupe hospitalier HUPC de l'AP-HP**, doit veiller à une communication effective dans le projet.

1.2.3 La communication dans le projet

Communiquer est le fait de « *faire part de, donner connaissance de quelque chose à quelqu'un, par relation plus ou moins directe avec le destinataire.* » Le guide de la fiabilisation précise que « *La communication interne joue un rôle majeur dans les différentes étapes de ce projet qui doit être géré dans la durée*²³».

La communication, donne du sens et de la légitimité aux actions ainsi qu'aux acteurs. Les outils de transmission de l'information utilisés autorisent l'expression d'une vision, tout en affichant les valeurs de l'institution. **Cette communication est essentielle pour fédérer les acteurs dans la réussite du projet.**

Le chef de projet est garant de la diffusion de l'information. Les réunions de comité de pilotage (COFIL) peuvent servir de canal de communication. Ces rencontres permettent de maintenir la vision stratégique du projet. Le COFIL se compose de la directrice des Finances, l'AAH de la DAF en charge du projet, du médecin responsable du DIM, et des directeurs fonctionnels (DSI, DRH, DAM, Directeur des équipements, Directeur des travaux.) ainsi que les ACH concernés par la préparation de la certification.

Dans le cas du projet de fiabilisation en vue de la certification des comptes, l'évaluation des actions réalisées à l'issue de la phase de mise en œuvre, doit faire l'objet d'actions correctives²⁴. Dans le cadre de la préparation de la certification des comptes, la démarche de mise en place d'un contrôle interne efficace pour fiabiliser les comptes est préalable. Ce projet représente un **vrai défi stratégique pour l'hôpital.**

²³ Direction Générale de l'offre de soins, Direction des Finances Publiques. Guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux, [Visité le 28.08.2015], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_fiabilisation_comptes-2.pdf

²⁴ Direction Générale de l'offre de soins, Direction des Finances Publiques. Guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux, [Visité le 28.08.2015], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_fiabilisation_comptes-2.pdf

2 La certification des comptes à l'AP-HP : un défi stratégique

D'une part, pour relever le défi stratégique de la certification des comptes à l'AP-HP, la mise en place d'un contrôle interne préalable est nécessaire (2.1). D'autre part, pour réussir ce projet, les missions de l'AHH sont à définir dans son positionnement et sa méthodologie (2.2).

2.1 Le contrôle interne préalable à la certification des comptes

Concept émergent à l'hôpital (2.1.1), le contrôle interne nécessite une cartographie des risques (2.1.2) et une analyse des différents cycles par processus d'activité (2.1.3)

2.1.1 L'approche conceptuelle et émergente du contrôle interne à l'hôpital

Selon le COSO²⁵, le contrôle interne est le « *processus mis en œuvre par le conseil d'administration, les dirigeants et le personnel d'une organisation destiné à pourvoir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs* ».

Pour L'IFACI²⁶, le contrôle interne est « *un dispositif de la société, défini et mis en œuvre sous sa responsabilité. Il comprend un ensemble de moyens, de comportements, de procédures et d'actions adaptés aux caractéristiques propres de chaque société* »

Ce constat d'une forte convergence entre le contrôle interne et la qualité est partagé par l'IFACI qui, au terme d'une comparaison technique entre le référentiel de l'AMF et les normes ISO, conclut à la nécessité d'éviter la juxtaposition des deux activités, pour favoriser « *un management intégré de la performance*²⁷ ». Jacques RENARD renchérit sur ce point en affirmant que « *d'ici peu, on ne devrait plus nettement voir de différence entre management par la qualité et le contrôle interne*²⁸ ». Selon lui, quelques différences subsistent, comme notamment le fait que « *le contrôle interne est aujourd'hui de plus en plus associé à une culture de management des risques, approche peu présente dans la qualité, qui raisonne davantage en termes d'amélioration et de démarche de progrès*²⁹ ».

De surcroît, la démarche de qualité et de sécurité des soins présente des similitudes avec la démarche du contrôle interne avec la maîtrise des risques comptables et financiers.

²⁵Référentiel de contrôle interne défini par le Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Il est utilisé notamment dans le cadre de la mise en place des dispositions relevant des lois Sarbanes-Oxley (SOX) ou Loi de sécurité financière (LSF) pour les entreprises assujetties respectivement aux lois américaines ou françaises

²⁶Institut Français de l'audit et du contrôle interne

²⁷ IFACI, 2008, *Contrôle interne et qualité, pour un management intégré de la performance*, Paris : IFACI, cahiers de la recherche, 64p. p.42

²⁸ RENARD J., 2012, *comprendre et mettre en œuvre le contrôle interne*

²⁹ Ibid, p.84

En effet, les trois piliers du contrôle interne : l'organisation des activités, la documentation des procédures et des risques et la traçabilité des opérations³⁰, sont des éléments consubstantiels à la démarche qualité avec ses plans d'amélioration continue.

Enfin, la qualité apporte aussi une vision des processus non seulement comme un découpage de l'activité, mais aussi comme un « *ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie* » (norme ISO 9001). Cet accent mis sur l'activité de transformation en vue d'un produit final, et la relation client-fournisseur qu'elle implique, peuvent être transposés avec profit au contrôle interne de la chaîne d'information comptable. Une cartographie des risques sera nécessaire.

2.1.2 La cartographie des risques : un diagnostic nécessaire au sein de l'AP-HP

La direction de l'Inspection Générale³¹ de l'AP-HP avait déjà travaillé en 2003 à « *la maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne* » et publié un ouvrage éponyme à cette date. Dans cet ouvrage était décrite la typologie des principaux risques à l'hôpital (annexe 1)

Les risques sont des événements potentiels ne permettant pas d'atteindre un objectif, s'ils se réalisent³².

Ils existent plusieurs sortes de risques :

- « *les risques inhérents liés à l'environnement de l'entité ou à la nature de ses activités parmi lesquels figurent : les erreurs inhérentes à toute activité humaine ; les lacunes de formation et de compétence de tout personnel ; l'absence de la prise en compte des évolutions technologiques et informatiques ; les manquements déontologiques,*
- *Les risques de contrôle liés au dysfonctionnement du contrôle interne ;*
- *Les risques résiduels, définis comme la part du risque inhérent après la mise en place du dispositif du contrôle interne. »*³³

Un risque inhérent doit être maîtrisé mais ne peut être supprimé, à la différence du risque de contrôle. L'appréhension de cette notion de risque a permis de faire le choix de l'approche par risque utilisée lors du diagnostic réalisé au groupe hospitalier HUPC, d'où l'analyse sur la base de la cartographie des risques.

³⁰ MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, 2010, Cadre de référence du contrôle interne comptable de l'Etat, pp.22-23

³¹ Devenue la Direction de l'Inspection et de l'Audit (DIA) de l'AP-HP

³² DIRECTION GENERALE DES FINANCES PUBLIQUES, Cadre de référence du contrôle interne comptable et financier des établissements publics de santé, septembre 2012, p 17

³³ DIRECTION GENERALE DES FINANCES PUBLIQUES, op.cit., p 18

2.1.3 L'analyse des différents cycles dans le GH HUPC

L'approche par risque choisie par l'AP-HP a permis de faire un travail d'évaluation sur la base des cartographies des risques élaborées conjointement par la DGOS et la DGFIP pour accompagner le *Guide de fiabilisation*³⁴. Ces cartographies ont été alimentées par les informations des différentes directions fonctionnelles de l'établissement, ensuite présentées au comité de pilotage et aux groupes de travail constitués autour de l'équipe projet « Certification » de la DEFIP de l'AP-HP.

Enfin, elles ont fait l'objet d'un regard extérieur d'un cabinet d'audit expert dans le domaine, par la société DELOITTE dans sa mission d'accompagnement en cours.

Par ailleurs, cette approche définit six cycles comptables parmi lesquels les cycles relatifs aux immobilisations, aux dépenses du personnel qui représentent 61 %³⁵ des charges d'exploitation, aux achats, les recettes dont l'essentiel du financement est issu de la T2A sur les activités, à la trésorerie et au financement et le système d'information. Seuls les cycles immobilisations (A), personnel (B), achats (C), stocks (D) et recettes (E) seront analysés. Les GH étant dépourvus de personnalité juridique, le cycle trésorerie et endettement est traité par le Siège de l'AP-HP, seule entité juridique soumise à certification.

A) Le cycle des immobilisations

Les immobilisations dans la nomenclature M21 correspondent à la classe 2 du Plan comptable hospitalier. Elles concernent les opérations d'investissement, amortissement et celles du patrimoine du GH. Leur gestion relève de trois directions fonctionnelles : la direction des équipements, la direction des travaux et la direction des achats, de la logistique et de l'accueil hôtelier.

Le montant des actifs bruts immobilisés comptablement sous la responsabilité de gestion du groupe hospitalier HUPC est estimé à **856 M€** à fin août 2015 dont **324,5 M€** déjà amortis.

Cet état des actifs doit être complété avec une proposition précise de stratégie d'inventaire locale conformément aux décisions du groupe de travail Siège et à l'instruction DEFIP n°D2015-1313 du 3 avril 2015 qui prévoit :

- Un apurement de l'actif déjà amorti ;
- Une fiabilisation de l'actif restant à amortir.

³⁴ Cartographies disponibles en ligne :

<http://www.sante.gouv.fr/la-fiabilisation-et-la-certification-des-comptes-des-etablissements-publics-de-sante.html>.

³⁵ Rapport d'activité 2013 de l'AP-HP page 94

L'AP-HP est engagée dans une démarche de fiabilisation de l'actif et depuis 2011, avec le déploiement de SAP, dans des travaux préparatoires à la certification des comptes qui interviendra sur les comptes 2016.

La venue du certificateur est prévue dès le 1^{er} semestre 2016 dans le cadre de l'examen du bilan d'ouverture sur le même exercice. L'AP-HP devra donc présenter une balance de sortie 2015 de ses comptes, pour permettre une comparaison entre les deux exercices comptables. La note de la DEFIP en date du 3 avril 2015 précise cet objectif :

« Dans ce cadre, la réalisation d'une démarche d'inventaire des biens immobilisés constitue un projet stratégique pour l'institution³⁶»

Selon la réglementation comptable M21, les informations comptables de SAP et l'inventaire physique des immobilisations doivent concorder.

Par ailleurs, la Chambre Régionale des Comptes (CRC) d'Île de France et la Direction spécialisée des finances publiques (DSFP) souhaitent obtenir de l'ordonnateur, au niveau du directeur de chaque GH, gestionnaire des actifs, un état de l'actif immobilisé de l'exercice 2015, c'est-à-dire une situation comptable des immobilisations conforme à leur inventaire physique³⁷.

Sur ces bases, la stratégie d'inventaire des immobilisations a été adoptée selon un objectif, un périmètre et un calendrier précis.

Sur l'objectif :

Il s'agit de maîtriser les risques comptables et financiers relatifs à la gestion des immobilisations et de fiabiliser le bilan et le compte de résultat de l'AP-HP. Il s'agit donc de justifier la valeur de l'actif inscrite au bilan de l'AP-HP.

Pour cela, les travaux à mener ont été précisés dans la note de la DEFIP précitée:

Dans un premier temps, un travail d'apurement de l'actif doit être effectué. Il vise à :

- Mettre en service comptablement les opérations de travaux déconcentrés,
- Identifier les immobilisations du domaine immobilier et mobilier dont la valeur nette comptable est nulle et qui sont hors d'usage afin d'effectuer une sortie comptable dans SAP.

³⁶ Note 2015-1313 DEFIP du 3 avril 2015 sur la fiabilisation de l'actif de l'AP-HP (inventaire physique)

³⁷ Pour rappel, l'AP-HP est censée produire cet état tous les 5 ans, état par lequel elle s'engage sur la véracité et la qualité de ses données patrimoniales (dernier état produit en 1995)

Dans un second temps, il convient de conduire un inventaire physique sur un échantillon ciblé d'immobilisations. C'est pourquoi une stratégie d'inventaire à déployer au siège, en GH ainsi qu'au sein des PIC a été déterminée par la DEFIP.

Sur le périmètre :

Ce document traite de la stratégie d'inventaire des immobilisations corporelles. Il s'applique à l'ensemble des GH, PIC et Directions centrales de l'AP-HP concernés par les catégories d'immobilisation prioritaires. Il est précisé que le certificateur donne son opinion sur les comptes de l'AP-HP en tant qu'entité juridique et non au niveau GH, c'est pourquoi la stratégie a été établie pour l'ensemble de l'APHP et s'applique à tous les GH.

Certaines catégories seront à fiabiliser par les services centraux alors que d'autres seront à fiabiliser par les GH.

Sur le calendrier :

La stratégie d'inventaire mise en place préconise un inventaire tournant de l'actif sur 3 ans. Elle est à mettre en place à compter de sa validation.

Tenant compte des impératifs précités, la stratégie d'inventaire s'appuiera sur la sélection et la priorisation des immobilisations du GH HUPC à inventorier par une approche par les risques et par masses financières significatives. Cela se traduit par deux principaux critères:

- Les catégories d'immobilisations réputées à risque,
- Les catégories d'immobilisations représentant des enjeux financiers important.

La sélection des catégories prioritaires est une démarche itérative. La priorisation est donc sujette à modification au fil des 3 ans.

La mise en place de cette analyse globale au 31.12.2014 fait ressortir 25 catégories qui couvrent 92% de la valeur nette comptable totale de l'actif de l'AP-HP selon le tableau suivant (en €uros):

Grande famille de catégories	Catégorie d'immobilisation	Désignation	Durée d'amortissement (linéaire et en années)	Compte comptable	Valeur brute Acquisition	Amortissements cumulés	Valeur nette comptable	Dev.	Nombre de fiches immobilisations existantes (Situation 02/06/2015 - Date d'analyse 31/12/2015)	Valeur brute acquisition / Nombre de fiche immos existantes
Baux Emphytéotiques	24182213	Baux Emphyt Bâtiment	Pas d'amortisse	24180000	132 141 366	-	132 141 366	EUR	2	66 070 682,98
Baux Emphytéotiques	24182211	Baux Emphyt Terrain	Pas d'amortisse	24180000	47 742 228	-	47 742 228	EUR	144	331 543,25
Sous-Total Baux Emphytéotiques					179 883 594	-	179 883 594		146	
Construction bâtiments	21310003	Bâ. Opér. Majeures	50	21310000	1 095 737 885	-	288 233 909	EUR	45	24 349 730,77
Construction bâtiments	21310001	Bâti. dur Hos. Admin	30	21310000	700 482 367	-	472 399 813	EUR	977	716 972,74
Sous-Total Construction					1 796 220 252	-	760 633 722		1 022	
Equipement Biomédical	21540011	Mat. d'Anesthési int	10	21540000	154 962 178	-	114 532 376	EUR	52 285	2 963,80
Equipement Biomédical	21540001	Mat.Img. Médic. Acq.	10	21540000	120 477 184	-	83 908 270	EUR	2 441	49 355,67
Equipement Biomédical	21540012	Mat. de Tech. Opé	8	21540000	139 388 309	-	110 136 235	EUR	17 755	7 850,65
Equipement Biomédical	21540007	Mat. Explo Fon& surv	8	21540000	170 287 411	-	151 026 006	EUR	32 373	5 260,17
Equipement Biomédical	21540009	Mat. LABO Biochimie	10	21540000	104 776 384	-	87 541 687	EUR	8 196	12 783,84
Equipement Biomédical	21530001	Instal. Scanographie	10	21530000	42 612 054	-	32 161 019	EUR	137	311 036,89
Equipement Biomédical	21530002	Instal. Scintigraphi	8	21530000	32 245 027	-	31 525 402	EUR	302	106 771,61
Equipement Biomédical	21530003	Instal. Img Rés. Mag	8	21530000	62 092 044	-	49 358 940	EUR	168	369 595,50
Sous-Total Equipement Biomédical					826 840 591	-	660 189 934		113 657	
Equipement d'Hebergement	21840005	Mobil. Hgt Méd-Chirg	8	21840000	121 954 452	-	105 901 478	EUR	109 001	1 118,84
Sous-Total Equipement d'Hebergement					121 954 452	-	105 901 478		109 001	
IGAAC - Installations	21351801	Autres IGAAC	15	21351800	3 253 582 963	-	2 302 597 305	EUR	16 842	193 182,70
IGAAC - Installations	21351102	IGAAC Rés. Elec Fort	15	21351100	104 971 601	-	21 219 095	EUR	4 372	24 009,97
IGAAC - Installations	21351400	IGAAC Instal. Chauff.	15	21351400	93 331 692	-	36 396 977	EUR	1 346	69 340,04
IGAAC - Installations	21351101	IGAAC : Mat. Elec.	15	21351100	91 511 793	-	48 980 142	EUR	1 341	68 241,46
IGAAC - Installations	21351500	IGAAC : Monte-charge	15	21351500	149 297 092	-	109 291 648	EUR	1 127	132 473,02
IGAAC - Installations	21351600	IGAAC Equip. Sanit.	15	21351600	29 910 724	-	4 683 440	EUR	567	52 752,60
Sous-Total IGAAC - Installations					3 722 605 864	-	2 523 168 607		25 595	
Petits travaux agencement	21351805	Petits Travaux&Agcmt	5	21351800	483 828 367	-	448 099 964	EUR	10 007	48 348,99
Sous-Total Petits Travaux agencements					483 828 367	-	448 099 964		10 007	
Immobilisations incorporelles	20500001	NSI Brevets-Licence	7	20500000	106 880 085	-	42 404 056	EUR	177	603 842,29
Immobilisations incorporelles	20500000	Conc., brevets, Lic	2	20500000	160 800 443	-	139 352 652	EUR	1211	132 783,19
Immobilisations incorporelles	20310000	Frais d'études	5	20310000	65 162 216	-	46 552 017	EUR	1 289	50 552,53
Sous-total Immobilisations incorporelles					332 842 744	-	228 308 725		2 677	
Terrains	21150000	Terrains bâtis	s d'amortissement	21150000	116 505 240	-	116 505 240	EUR	592	196 799,39
Terrains	21158000	Terrains bâtis	s d'amortissement	21150000	50 913 615	-	50 913 615	EUR	2	25 456 807,50
Sous-Total Terrains					167 418 855	-	167 418 855		594	

TOTAUX	7 631 594 718	-	4 726 302 432	2 905 292 287	262 699				
TOTAL Généré	8 790 172 027	-	5 635 188 633	3 154 983 395					
Pourcentage	86,82%		83,87%	92,09%					
Nombre total des fiches immobilisations dans SAP identifiées au 31/12/2014									838 100

Sur cette base, les catégories suivantes ont été définies comme prioritaires:

Priorité 1 : Constructions,
IGAAC (installations générales)
BEH (baux emphytéotiques hospitaliers)

Priorité 2 : Equipement biomédical SI-ATI

Au sein du GH HUPC, une procédure de mise en service d'un équipement existe³⁸. Elle décrit le contrôle visuel et de fonctionnement de l'équipement. Compte tenu de son ancienneté, elle est en train d'être revue en cohérence avec le groupe de travail « immobilisations » au sein de l'AP-HP.

³⁸ Procédure du 1/02/2007 ref EQTT-PR-MES-BIO-002 de la direction des équipements du GH HUPC

B) Le cycle du personnel

Le cycle des dépenses du personnel correspond au titre 1 de la M21³⁹. Ces charges représentent pour HUPC en 2014 près de 327 M€ (dont 247 M€ de charge PNM pour près de 6.000 agents PNM et 80M€ de charges PM pour près de 2.000 PM)

Au niveau de la gestion du personnel non médical (PNM)

Les avancements d'échelon des agents sont validés au Siège de l'AP-HP. La responsable de la gestion de paie du GH HUPC retourne le tableau des montées d'échelon en signalant les erreurs éventuelles. Une fois retourné ce tableau, les gestionnaires carrière de la DRH AP-HP font les arrêtés. La signature de ces arrêtés (collectifs généralement) par le responsable de la gestion des carrières de la DRH AP-HP valide ces avancements d'échelon dans le logiciel RH (HRA) qui passent de l'état de projet à l'état de validité avec un impact paie. A priori, selon le responsable de la gestion de la paie du GH HUPC, il n'y a donc pas de possibilité de fraude en local à ce niveau-là.

De même, il ressort des entretiens réalisés avec les gestionnaires de paie que ces derniers contrôlent des éléments de paie mais ces contrôles non formalisés dans une check-list ne sont pas centralisés ni supervisés par un responsable. Chaque gestionnaire a 4 jours ouvrés pour contrôler la paie de 400 agents dans son portefeuille, ce qui limite matériellement un ensemble de contrôles sur les éléments fixes et variables de la paie.

Il est à noter que la responsable de paie s'occupe seule des remboursements des frais de mission et de déménagement sans contrôle par un gestionnaire de paie.

Pour les heures supplémentaires, il y a des tableaux déclaratifs (une maquette unique réalisée par la DRH) qui sont adressés en général par le cadre administratif de pôle à la responsable de la gestion de paie. Ces tableaux sont placés sur un dossier informatique commun en local à la gestion et chaque gestionnaire de paie va chercher les tableaux qui le concerne et saisi les heures supplémentaires dans les éléments variables de paie.

Les tableaux réalisés par les gestionnaires de paie à partir de ces tableaux déclaratifs, pour être envoyés à la trésorerie générale de l'AP-HP, ne sont pas formalisés. Chaque gestionnaire réalise son propre tableau.

³⁹http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/M21_-Annexe_2-Composition_des_titres_EPRD.pdf au 29.12.2014

Le service paie du groupe hospitalier HUPC est dans une phase transitoire dans l'attente d'un outil développé par un ingénieur informatique ; cet outil devrait permettre de standardiser les différentes phases de traitement des heures supplémentaires.

Les gestionnaires de paie sont en charge de déceler les anomalies s'il y en a. Exemple : un agent qui serait déclaré en heures supplémentaires sur un jour où il est supposé travailler. Il n'y a pas de fiche de poste individualisée concernant les gestionnaires-paie. Ils ont tous les mêmes tâches.

Concernant la prime de service semestrielle⁴⁰, le tableau relatif au groupe hospitalier HUPC est transmis par le monitorat du Siège de l'AP-HP; il s'agit d'une extraction issue du logiciel HRA de toutes les personnes éligibles.

Il n'y a pas d'enveloppe dédiée au pôle, c'est la DRH qui fixe la prime de chacun en fonction de l'indice de chaque agent (on détermine une valeur du point d'indice que l'on multiplie par l'indice majoré de l'agent).

Cependant, malgré une note de service⁴¹ fixant processus homogène, selon la responsable de la gestion de paie, la méthode d'attribution retenue pour les sites de Cochin et de l'Hôtel Dieu est différente avec celle du site de Broca.

S'agissant de la NBI, la note DRH de l'AP-HP n°2014-614 en date du 30 janvier 2014 précise les modalités d'attribution et les bénéficiaires de cette prime en fonction de la réglementation et de la récente jurisprudence administrative.

Dans le cadre du projet certification des comptes, la DRH du GH HUPC est responsable du projet de rédiger une procédure d'attribution de la NBI pour l'ensemble des GH du groupe AP-HP.

Au niveau de la gestion du personnel médical (PM)

Plus spécifiquement, la restitution des constats au 2 septembre 2015 à la direction des affaires médicales a amené les recommandations suivantes :

- La mise en place, au sein de la DAM, d'un dispositif de supervision périodique de contrôle (par échantillonnage de dossiers) de la gestion de paie (éléments fixes et variables) ;

⁴⁰ Selon la circulaire n°362 du 24 mai 1967 prise en application de l'arrêté du 24 mars 1967, chapitre III, la prime de service « est un avantage sélectif dont la répartition doit tenir compte de la qualité des services rendus et de l'assiduité manifestée par chaque agent »

⁴¹ Note DRH AP-HP n°2014-2597 du 12 mai 2014

- La mise en place d'un tableau de service actualisé et exhaustif des gardes et astreintes réalisées par le PM et transmis au service paie en temps et en heure ;
- La mise en place d'un tableau de suivi des anomalies ;
- Les contrôles périodiques permettant de fiabiliser les éléments variables de paie, notamment sur les heures supplémentaires (rapprochement Medtime – HRA,..) ;
- Un contrôle régulier de la réglementation en matière de gestion de paie ;

Pour la DRH et la Direction des Affaires Médicales (DAM) du GH HUPC Les entretiens, les observations des opérationnels ainsi que leur réponse au questionnaire de contrôle interne en août 2015 font ressortir les points d'amélioration suivants :

- Les fiches de poste de la responsable de la paie et des gestionnaires paie restent à actualiser en intégrant les missions de contrôle interne
- La rédaction d'une procédure de vérification périodique des droits à supplément familial de traitement et de remboursement des titres de transport ;
- La formalisation des procédures décrites dans la matrice des risques en collaboration avec la Direction Projet de la DEFIP et du support DELOITTE ;
- La mise en place d'un dispositif sécurisé d'archivage des dossiers administratifs en collaboration avec la DSI ;
- L'inventaire et documentation des contrôles réalisés sur le processus personnel (éléments fixes de paie) décrits dans la matrice des risques ;
- L'actualisation des fiches de poste des responsables de gestion paie intégrant une mission de contrôle périodique sur les dossiers de paie ;
- Les contrôles périodiques permettant de fiabiliser les éléments variables de paie, notamment sur les heures supplémentaires (rapprochement Gestime – HRA,..), et en s'inspirant des procédures et outils d'autres groupes hospitaliers.GH

C) Le cycle des achats

Le circuit de la dépense relative aux achats non stockés figure en annexe 3. A la réunion de restitution du 1^{er} septembre 2015 avec la direction des achats du groupe hospitalier HUPC, les constats, sur la base des entretiens réalisés, des modes opératoires obtenus et des recommandations du rapport Ernst & Young de juillet 2013, ont permis de déterminer, dans le cycle des achats, des aspects positifs et des points à améliorer :

■ Les aspects positifs

- ▶ Une forte sensibilisation des équipes de la Direction des Achats à l'importance du contrôle interne pour la certification des comptes a été notée;
- ▶ L'organisation des équipes de gestionnaires d'achats par pôle facilite la coopération intra-GH..

■ Les points à améliorer

- ▶ La fiche de poste de la responsable du bureau des achats reste à actualiser en intégrant les missions de contrôle interne ;
- ▶ La mise en place d'une revue régulière de la correcte séparation de tâches au niveau des systèmes d'information entre les fonctions d'expression des besoins, d'autorisation des commandes, de passation des commandes, de réception et la de validation du service fait ;
- ▶ L'automatisation des contrôles du processus d'achat en mettant en place des identifiants uniques permettant un rapprochement automatisé des factures/bon de commande/bon de réception. Dans tous les cas qu'il soit manuel ou automatisé, ce contrôle clé doit être documenté ;
- ▶ La formalisation des contrôles effectués lors de la réception sur les bons de livraison (signature de la personne et date) et définition de seuils à partir duquel des écarts significatifs entre les factures/bon de commande/bon de réception rendraient ces contrôles bloquant ;
- ▶ La documentation et conservation des justificatifs comptables (marchés, bons de commande, factures,..) de dépenses au niveau des GH ;
- ▶ Le contrôle et justification du solde des comptes de factures non parvenues et apurement de son antériorité ;
- ▶ Le contrôle du correct rattachement des charges aux exercices comptables (qualité du service fait) : s'assurer que le service fait est réalisé à la réception de la marchandise et non à la réception de la facture.

Ces procédures sont formalisées au niveau du GH HUPC sur les processus suivants en quatre phases :

1. Le cycle achat général qui comprend la séparation des tâches (assurée entre autres au moyen de la gestion des habilitations par la DSI), le contrôle d'opportunité des achats et l'organisation de la centralisation des commandes,
2. L'engagement des dépenses qui nécessite l'élaboration de demande d'achat (DA) pour se transformer en commandes marché ou hors marché,
3. La réception des marchandises réalisée par des livraisons totales ou partielles
4. La facturation qui rend nécessaire le rapprochement des factures, des bons de commandes (BC) et des bons de livraison (BL) pour réduire les litiges avec les fournisseurs.

Depuis fin mai 2015, un centre de service partagé (service facturier) centralise le paiement des factures fournisseurs. Ce service envoie régulièrement un tableau d'anomalies à résoudre par chaque bureau des achats dans chaque groupe hospitalier De l'AP-HP.

Par ailleurs, la réunion du 10 juin 2015 en présence des référents des principaux cycles dans les directions fonctionnelles du GH HUPC (DSI, direction des travaux et de l'équipement, direction des achats, DAF,...), il a été convenu de mettre en place les procédures selon le tableau ci-joint suivant :

SYNTHESE DES PROCEDURES A TRAVAILLER POUR HUPC				
Processus	Processus / Sous processus	Procédure	Priorité	Référent
CYCLE ACHAT GENERAL	Séparation de tâches	Gestion des habilitations et procédure de contrôle (formulaire type de demande)	1	DSI
	Contrôle opportunité achats	CBN	3	Magasins
		Contrôle des dépenses a priori / a posteriori par les pôles (incluant le HM)	2	CAP, Finances, Achats
	Organisation de la centralisation des commandes	Description Règles Achats / Guide Achats / périmètre DF C2 C6	2	Achats, DTMT-équipements, DSI
ENGAGEMENT DES DEPENSES	DA/DRS	Points de contrôle + Modes opératoires SAP (à actualiser et mettre sur rubrique spécifique Intranet)	1	BA – référents sap
		Mode opératoire nettoyage de la base DA	3	BA – référents sap
	Commande	Points de contrôle + Modes opératoires SAP	1	BA – référents sap
		Contrôle imputation hors marché	2	Achats - Finances
		Procédure sur les engagements des prestations + tableau de suivi	1	BA – secteur prestations
	Hors marché	Procédure de contrôle pour la dérogation d'achats -création / reprise articles	2	BA – cellule référentiel
		Tableau de suivi pour demandes formulées aux centrales d'achats et cellule des marchés locale	3	BA – cellule référentiel
		Procédure mini marché	2	BA – référentiel, cellule des marchés
		Procédure dépenses régie	Fait	BA - régie
	RECEPTION	Livraisons	Points de contrôle CSF + Modes opératoires SAP	1
Procédure circuit et archivage des BL			1	BA – magasins
PV CSF pour les prestations et liste des référents			2	BA – secteur prestation
Livraisons partielles		Procédure retour commande (livraison partielle, avoir)	1	BA - magasins
FACTURATION	Rapprochement factures, BC, BL	Procédure gestion des écarts de facturation	Fait (tableau des écarts)	BA – sfact
	Litiges	Tableau de suivi des litiges fournisseurs	3	

D) Le cycle des stocks

La cartographie des stocks est décrite en annexe 6. A la réunion de restitution du 1^{er} septembre 2015, les constats, sur la base des entretiens réalisés, des modes opératoires obtenus et des recommandations du rapport Ernst & Young de juillet 2013, ont permis de déterminer dans le processus des achats des aspects positifs et des points à améliorer :

■ Les points positifs

- ▶ Une bonne implication des responsables de magasins et des référents du cycle stocks des GH dans le groupe de travail Siège ;
- ▶ La répartition des procédures à rédiger par GH avec le soutien de la consultante DELOITTE de la direction de projet de la DEFIP.

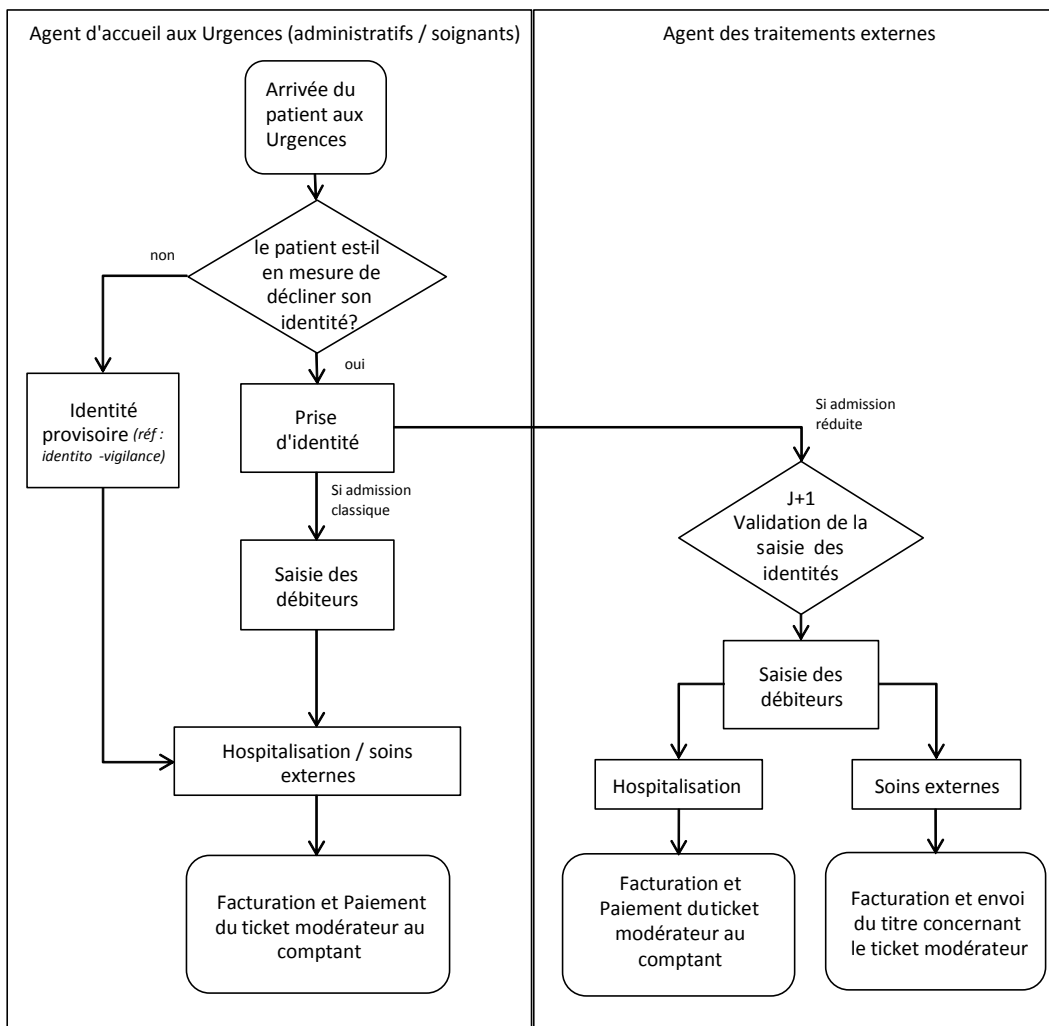
■ Les points à améliorer:

- ▶ La revue régulière de la correcte séparation de tâches au niveau des SI de gestion des stocks ;
- ▶ La revue périodique des variations de comptes de stocks ;
- ▶ Les contrôles des entrées en stocks (rapprochement BDC, livraison et BL avec contrôle formalisé (date, signature) et seuils à définir rendant ce contrôle bloquant ;
- ▶ La formalisation (méthode, périmètre, résultats,..) et justification des écarts d'inventaire ;
- ▶ L'exhaustivité de la valorisation des stocks ;
- ▶ Le contrôle de clôture sur la dépréciation comptable des stocks (date de péremption, produits retirés du marché..).

E) Le cycle des recettes

Au niveau du GH HUPC, les recettes s'élèvent à près de **588 M€**⁴² en 2014.

Le groupe de travail des recettes au niveau de la direction du projet « certification des comptes » de la DEFIP au Siège de l'AP-HP a bien avancé sur le sujet. Sur l'ensemble des procédures à rédiger en collaboration avec les GH de l'AP-HP, seules deux procédures étaient validées lors de la réunion du 9 juillet 2015, à savoir l'accueil du patient aux urgences selon le logigramme suivant :



A chaque étape de ce logigramme correspond une description des actions (Recueil auprès du patient et photocopie des documents administratifs...), avec des acteurs (l'agent d'accueil, l'agent des traitements externes) avec les SI, les risques et les contrôles associés pour maîtriser les risques de ce processus impactant les recettes de l'établissement.

⁴² Conférence stratégique et budgétaire du 2 avril 2015, HUPC (AP-HP)

2.2 Les missions de l'AAH dans le projet de la certification des comptes à l'AP-HP

Les missions de l'AAH dans ce projet stratégique sont clarifiées par son positionnement (2.2.1) et par la méthodologie utilisée (2.2.2).

2.2.1 Le positionnement de l'AAH dans ce projet

L'AAH participe, sous l'autorité du directeur d'établissement, à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions prises dans les domaines administratif, financier, économique, sanitaire, social.

Son positionnement est variable selon son rôle dans l'établissement comme chef de projet et/ou de manager en tant que relai, expert dans la conception et l'évaluation du projet de fiabilisation des comptes et de l'élaboration d'une cartographie des risques dans le cadre d'un Contrôle Interne Comptable et Financier :

- Le rôle de l'AAH comme chef de projet / expert consiste dans l'animation de groupes de travail par sa connaissance et son expertise des règles comptables et de gestion, et dans l'avancement des travaux par cycles dans des COPILs,
- Le rôle de l'AAH comme manager se concrétise dans la mise en place d'un calendrier rigoureux pour lancer les travaux par groupe de travail avec des adjoints administratifs financiers, établir un plan d'actions selon ce calendrier en mobilisant les ressources adéquates pour en mesurer les résultats.

L'AAH présent dans chaque direction fonctionnelle a un rôle fondamental dans la mise en place d'une culture quotidienne de contrôle interne au sein de l'hôpital. Il travaille non seulement avec les équipes administratives mais aussi avec les équipes soignantes et médicales, comme c'est le cas notamment dans les pôles.

Certains groupes hospitaliers de l'AP-HP sont en cours de réflexion pour la mise en place de responsables du contrôle interne ; seul le groupe HUPNVS dispose actuellement depuis 2013 d'un responsable du contrôle interne rattaché à la DAF de ce groupe hospitalier.

2.2.2 La méthodologie de travail adoptée dans ce projet

Cette méthodologie a pu se concrétiser dans le cadre de ma lettre de mission en disposant des outils nécessaires.

Ma lettre de mission

Dans le cadre de mon stage d'élève AAH de mai à septembre 2015, j'étais chargé de mener des travaux préparatoires à la certification des comptes et à la mise en place du contrôle interne comptable et financier.

A ce titre, j'ai rencontré les référents certification des directions fonctionnelles par cycle comptable pour :

- étudier l'état de maturité de chaque direction fonctionnelle en termes de contrôle interne et de maîtrise des risques, en décrivant et en recensant l'existant sur un serveur partagé ;
- identifier les risques principaux par direction fonctionnelle et aider mes correspondants « certification » à les maîtriser en rédigeant des procédures et en mettant en place les contrôles nécessaires ;
- préparer un bilan par direction fonctionnelle qui présenté début septembre à chaque équipe concerné ;
- alimenter le dossier permanent qui contient toutes les données générales du GH (arrêté de délégations de signatures, rapport annuel d'activité, environnement SI..).

J'effectuais un reporting de mes travaux toutes les semaines auprès de mon maître de stage et tous les 15 jours auprès de la DAF

Rattaché à la DAF du groupe hospitalier HUPC et supervisé par mon maître de stage, ma mission s'est déroulée en 4 phases :

- 1ère étape : réaliser une cartographie des procédures existantes
Des entretiens se sont déroulés avec le référent AAH du projet « certification des comptes » de chaque direction fonctionnelle selon un guide d'entretien (annexe 4).

Les outils utilisés étaient la cartographie de la DGOS pour l'identification des « cycles », processus et tâches, à regrouper par direction fonctionnelle du GH avec la cartographie et la matrice de gestion des risques (annexes 1 et 3)

- 2ème étape : identifier les principaux risques comptables encourus par le GH (fréquence ou impact financier) pour chaque direction fonctionnelle.

Il convenait d'analyser et corriger un processus entier au sein d'un des cycles prioritaires identifiés par la DAF à savoir le « cycle RH » et le « cycle immobilisations ». Cependant, en cas de difficultés, le « cycle achats » stocks viendra en substitution du cycle RH.

Il s'agissait de rédiger une note recensant les principaux risques par direction fonctionnelle et par processus. Les risques sont décrits par ordre de priorité et des solutions de maîtrise de ces risques sont proposées.

- 3ème étape : réduire les risques identifiés et poursuivre le travail de traçabilité des opérations comptables ;

Il s'agissait de compléter les procédures sur la base du diagnostic forces et faiblesses du GH et rédiger les procédures manquantes par degré de priorité en se servant de la trame de procédure fournie par le Siège de l'AP-HP. L'approche par logigramme est aussi utile (annexe 3).

- 4ème étape : préparer le dossier permanent pour la certification des comptes
Il s'agissait d'alimenter le dossier permanent sur le serveur partager avec la liste des documents du dossier permanent fournie par le siège.

Plusieurs méthodes ont été utilisées dans la réalisation de ce travail, notamment la lecture des ouvrages, articles de presse rapports, mémoires et la réalisation des entretiens semi-directifs.

Les outils utilisés

J'ai pu aussi procéder à des observations et analyser des documents sur mon lieu de stage (procédures existantes, bilan social..)

En premier lieu, l'entretien semi-directif est une technique qualitative qui permet de centrer le discours des personnes interrogées autour des différents thèmes définis au préalable par l'enquêteur et consigné dans un guide d'entretien⁴³. J'ai ainsi élaboré un guide d'entretien du contrôle interne figurant en annexe 4. Les réponses à ce guide d'entretien m'ont permis d'évaluer le niveau de contrôle interne variable dans chacune des directions.

⁴³ Outils et méthodes : l'entretien semi-directif, guide pour le mémoire, EHESP, avril 2015

Pendant mon stage, j'ai effectué ces entretiens semi-directifs avec des agents des différentes directions fonctionnelles du GH HUPC (DRH, DAM, DALI,..) sur l'ensemble des sites du GH. Je me suis appuyé sur un guide d'entretien du contrôle interne (annexe 4).

Parmi les personnes interviewées au GH HUPC figurent notamment la directrice des achats, le responsable du personnel, les gestionnaires de paie, l'attaché, responsable du personnel médical. Ces personnes ont été interrogées sur les thématiques suivantes : émergence d'un contrôle interne, leur participation dans ce processus de contrôle interne préalable à la certification des comptes, analyse de l'existant (procédure et cartographie des risques..). Ces interviews m'ont permis de mieux comprendre les processus métiers, analyser la documentation complémentaire (études de gestion, bilan social, processus de contrôle..) pour appréhender les éventuelles insuffisances des besoins de formation et de pédagogie issus de ce projet de certification des comptes du groupe AP-AP et évaluer ses conséquences au niveau du GH HUPC.

En second lieu, s'agissant des observations, j'ai participé à plusieurs réunions organisées par la direction du projet Groupe au niveau de la DEFIP intégrant les directions fonctionnelles GH selon la problématique (RH, achats, stocks..) avec des experts par domaine.

L'objet de ces réunions portait sur la consolidation d'un contrôle interne efficace au sein des GH après un diagnostic des risques fait sur les différents processus d'activité. Il ressort de mes multiples observations le constat de la difficulté au niveau de chaque GH d'élaborer une cartographie cohérente des risques pour rédiger la procédure associée.

Enfin, je me suis aussi appuyé sur les travaux au niveau national, de la DGOS, des premiers retours d'expérience de la certification des comptes des premières vagues de certification de comptes 2014 et 2015 des EPS ainsi que des rapports d'audit interne de la DIA de l'AP-HP dans les domaines RH et SI⁴⁴ et des recommandations du rapport Ernst & Young de 2013.

Toutes ces démarches m'ont permis de démontrer **la nécessité de l'existence d'un contrôle interne préalable à la certification des comptes**. La diversité des acteurs interrogés a aussi été l'occasion de révéler le caractère transversal de ce dispositif qui concerne l'ensemble des processus activités du groupe hospitalier ayant un impact sur les comptes financiers.

Pour mettre en place cette méthodologie, les stratégies et les mesures prises par l'AAH seront déterminantes pour rendre efficaces les processus de contrôle interne.

⁴⁴ Audit du contrôle interne de la gestion des ressources Humaines (Gestion administrative - paie)- Groupement hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul – Hôtel Dieu – Broca- la Rochefoucauld – la Collégiale, octobre 2010 et Rapport définitif – gestion des habilitations aux systèmes d'information, 24/09/2013

3 Le rôle clé de l'AAH dans ce projet au sein du GH HUPC : un défi managérial et organisationnel

Cette partie permettra d'évaluer le plan d'actions de l'AAH dans l'adoption de stratégies managériales (3.1) et sa capacité à animer les projets organisationnels (3.2).

3.1 L'adoption de stratégies managériales par l'AAH

3.1.1 La définition des fiches de postes et des procédures

En premier lieu, la définition des fiches de postes doit permettre la responsabilisation et la délimitation des champs d'action de chacun dans l'appropriation d'un référentiel de contrôle interne.

A ce titre, suite aux restitutions aux directions fonctionnelles du groupe hospitalier HUPC du 31 août au 2 septembre 2015, il est nécessaire d'actualiser les fiches de poste des référents par cycle comptable ainsi que des responsables et gestionnaires de la paie et des achats.

Ainsi la fiche de poste du responsable des achats du groupe hospitalier HUPC ne mentionnent que partiellement des objectifs de contrôle interne, notamment en se concentrant uniquement sur « *un contrôle des engagements mensuels (eau, gaz, contrats, etc ...) et un contrôle et une maîtrise des dépenses* »(annexe 7)

En effet, lors de la restitution à la direction des achats au 1^{er} septembre 2015 du groupe hospitalier HUPC, les recommandations suivantes ont été formulées :

- ▶ La formalisation des contrôles effectués lors de la réception sur les bons de livraison (signature de la personne et de la date) et définition de seuils à partir duquel des écarts significatifs entre les factures/bon de commande/bon de réception rendraient ces contrôles bloquants.
- ▶ La documentation et la conservation des justificatifs comptables (marchés, factures, bons de commande...) de dépenses au niveau des GH.

Il pouvait être pertinent de mentionner ces points de vigilance de contrôle pour actualiser la fiche de poste du responsable du bureau des achats.

Ces nouvelles fiches de poste pourront aussi contenir des éléments de contrôle interne relatifs à la supervision des tâches et des contrôles hiérarchiques conformes aux points de contrôle définis dans la matrice des risques comptables et financiers.

En second lieu, l'élaboration des procédures va s'appuyer sur une cartographie des risques dans une fonction métier, outil qui va définir et normer le contrôle interne de l'établissement. Elle décrit les risques et précise les mesures de contrôle attendues comme l'illustrent les annexes 2 et 3.

Ce travail découle d'un questionnaire de contrôle interne rempli par les directions fonctionnelles, notamment pour la fonction DRH et DAM pour préciser l'organisation et les moyens affectés aux gestionnaires de la paie du cycle PERSONNEL (annexe 5). Ce questionnaire a été élaboré sur la base des maquettes utilisées lors d'un précédent audit de la DIA de l'AP-HP en octobre. Il se décompose sur les cinq aspects suivants :

- L'organisation : arrêté de délégation de signatures, organigramme fonctionnel,
- Les moyens : documentation, formation du personnel
- L'exécution des procédures : recrutement, gestion de paie, gestion administrative des agents,
- Le système d'information : numérisation, assistance informatique, archivage
- La supervision : dispositif de contrôle, entretien annuel d'évaluation, suivi d'indicateurs, reporting

De même, la collaboration étroite et la contribution des AAH de chaque GH dans les groupes de travail des cycles « Achats » (annexe 3) et « Stocks » animés par la direction du projet « certification des comptes permettra de faciliter la rédaction des procédures opérationnelles partagées par tous.

Au niveau de l'AP-HP, une procédure écrite institutionnelle a été mise en place, notamment sur le cycle des recettes pour l'accueil des patients aux urgences selon le tableau page 26 .

3.1.2 La contribution de l'AAH, manager, à l'amélioration du contrôle interne

La démarche de contrôle interne, préalable à la certification des comptes, rend nécessaire l'implication des services administratifs et de soins concernés. Dans sa démarche, l'AAH manager présentera à ses collègues, au cours de réunions, les enjeux de ce projet et l'accompagnement prévu à l'intérieur du GH et au niveau du Siège de l'AP-HP.

Au cours des multiples entretiens que j'ai menés auprès des principaux référents par cycles, notamment du cycle immobilisations et du cycle personnel, la question du temps et des moyens impartis s'est posé ainsi qu'une révision des pratiques professionnelles, notamment au niveau de la séparation des tâches et des délégations de pouvoirs. Cela se pose notamment au niveau des gestionnaires de paie qui ont accès à leur propre dossier de paie. Une séparation des tâches avec l'aide de la DSI devra veiller à cette étanchéité afin de sécuriser l'organisation de la paie au niveau du GH.

Comme manager, l'AAH adoptera une méthodologie rigoureuse par l'élaboration d'un plan d'actions qui comprendra les phases suivantes :

- L'identification des étapes du processus
- La définition du rôle de chaque acteur
- La mobilisation des ressources immatérielles (informations, savoir-faire, connaissances et compétences) et matérielles ainsi que les ressources humaines nécessaires (acteurs, formations..)
- L'apport du sens et la légitimité de ses actions en s'appuyant sur textes législatifs et réglementaires et des documents internes
- La mesure des résultats et des impacts sur l'organisation
- Le pilotage de la performance

Ce plan d'action constitue une démarche prospective basée sur un groupe de travail composé des acteurs référents du projet de contrôle interne et de certification des comptes.

Dès lors, par sa maîtrise des processus, l'AAH pourra contribuer à l'amélioration du contrôle interne de l'établissement en sensibilisant ses collaborateurs dans chaque direction fonctionnelle et dans les pôles à l'importance de séparation des tâches et à la maîtrise des risques comptables et financiers et de la nécessité de contrôle et de supervision.

Il participe aux groupes de travail inter GH de l'AP-HP pilotés par la direction de projet « certification des comptes » du Siège de l'AP-HP et œuvre à l'harmonisation des processus et des procédures dans son GH, comme c'est le cas des processus achat et stocks précités.

Ces groupes de travail ont pour mission de renforcer le pilotage du contrôle interne en impliquant les acteurs.

Ces derniers pourront alors définir la politique de contrôle et la stratégie de couverture des risques au sein de l'établissement⁴⁵, notamment pour le cycle STOCKS (annexe 6) par :

- la validation du cycle STOCKS et la complétion de la matrice des risques de ce cycle ;
- l'établissement de la priorisation des procédures à écrire et désigner les co-rédacteurs avec la société Deloitte, qui accompagne la démarche de certification des comptes.

Par ailleurs, la communication est un volet essentiel dans le rôle de manager de l'AAH. Ce dernier dispose des outils suivants :

- Les réunions d'informations en apportant des éléments de connaissance du cycle, notamment des immobilisations pour aider à élaborer une stratégie d'inventaire par catégorie d'immobilisations en s'appuyant sur les ingénieurs
- La dématérialisation des documents par l'accessibilité à un fichier partagé sur le réseau local sécurisé de la direction fonctionnelle concernée, notamment pour permettre l'actualisation des modes opératoires et des procédures existantes.

L'écoute des besoins de chaque équipe dans les directions fonctionnelles est capitale. La dimension chronophage et le problème de disponibilité a été relevée par les acteurs de chaque cycle partagé entre différentes tâches opérationnelles. Aussi **la direction des finances du GH HUPC, référente de la certification des comptes, sera un appui nécessaire et régulier à chacun des référents.**

La composition des équipes pour chacun des cycles comptables étant variable, chaque référent devra participer aux réunions du Siège afin d'assurer une cohérence des procédures pour rassurer le certificateur qui se rendra lors d'une première visite en mars 2016. A ce titre, une information globale relative aux enjeux à l'intérieur du GH et sur l'évolution régulière du projet est à prévoir.

Cependant, l'avancement du projet certification des comptes a été ralenti pour les raisons suivantes :

- Le temps en fonction de la disponibilité des acteurs
- La période estivale entre juillet et août 2015 n'a pas été propice à la continuité du projet du fait des congés des acteurs.

⁴⁵ DGFIP, Cadre de référence du contrôle interne comptable et financier des établissements publics de santé, septembre 2012.

3.2 La capacité de l'AAH, chef de projet, d'animer des projets organisationnels

3.2.1 La diffusion et l'application de la cartographie des processus validés

L'AAH pourra animer des réunions à l'intérieur de son GH afin d'expliquer et déterminer les meilleurs modes organisationnels pour mettre en place le référentiel de contrôle issu de la cartographie du cycle stock par exemple en collaboration avec les magasiniers impliqués dans ces processus.

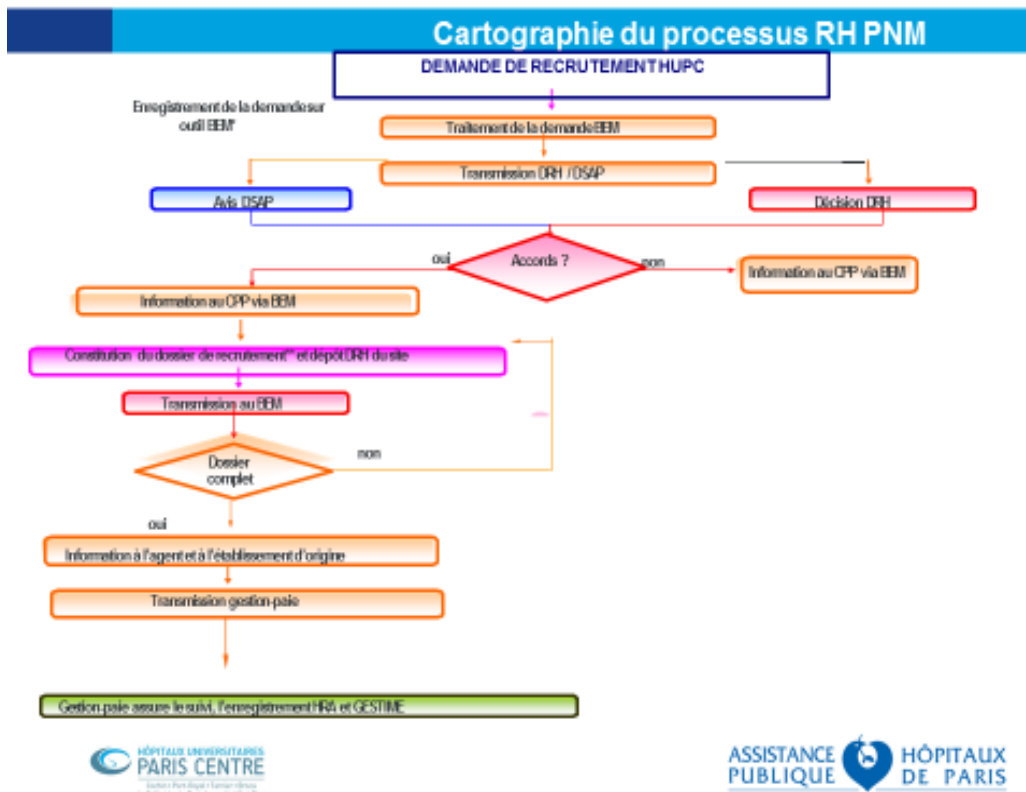
De même, la réflexion menée pour chacun des cycles comptables avec les différentes équipes, a conduit à élaborer des outils comme notamment des logigrammes et la matrices des risques comptables et financiers. L'exploitation de cette cartographie des risques permet de mesurer l'efficacité des procédures qui en découleront.

C'est précisément la démarche que j'ai adoptée lors de mon stage au GH HUPC pour notamment le cycle des immobilisations et le cycle du personnel.

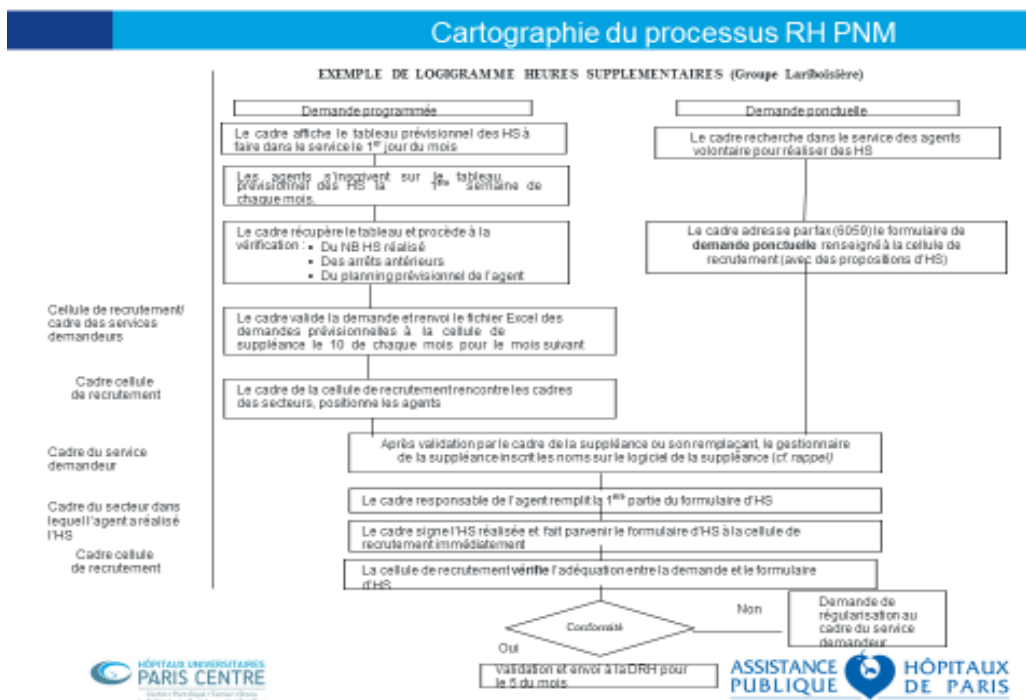
Ces démarches ont ainsi permis au GH de revoir ses modes opératoires et procédures au regard des risques et des points de contrôle à mettre en place sur chacun des cycles précités.

Ainsi pour le cycle des immobilisations, j'ai pu avec le référent du GH HUPC par la connaissance des enjeux financiers et par application de la stratégie d'inventaire à mettre en place, élaborer la cartographie des risques de ce cycle pour chacun des sous processus (acquisition, mise en service, comptabilisation..).

De même, pour le cycle du personnel non médical, lors de ma restitution du 2 septembre 2015 à la DRH, j'ai élaboré une cartographie des risques en reprenant les modes opératoires existants sur l'intranet (outil BEM) pour analyser le processus de recrutement dans le GH HUPC.



Je me suis aussi appuyé sur les pratiques des autres GH de l'AP-HP, notamment du GH Lariboisière / Saint Louis, relatives aux méthodes de contrôles des heures supplémentaires sur les éléments variables de paie. La procédure suivante qui implique les cadres de santé, distingue la demande programmée de la demande ponctuelle des heures supplémentaires :



Au niveau du GH HUPC, le CAP reçoit du cadre de santé chaque mois un fichier excel des heures supplémentaires imputées sur le pôle et renvoie ce même fichier aux gestionnaires de paie, sans le moindre contrôle formalisé. De manière plus générale, le groupe hospitalier HUPC devra probablement revoir son organisation. Pour cela, il devra mettre en place des organigrammes fonctionnels qui doivent permettre d'identifier les personnes ressources dans chaque direction, définir le périmètre d'activité et les actions de contrôles dans toutes les directions fonctionnelles et les pôles.

Pour cela, « *l'AAH a assisté à l'ensemble des réunions institutionnelles relatives à la certification des comptes et a mené de nombreux entretiens au sein du groupe hospitalier avec toutes les directions fonctionnelles, dont il a réalisé une synthèse essentielle à la poursuite du projet*⁴⁶. »

L'AAH sera aussi un acteur clé dans la formation qui est un outil d'amélioration de la qualité pour rendre crédible la démarche de la maîtrise des risques impulsée par la direction et les groupes de travail du Siège.

La nécessité de former les acteurs à la démarche du contrôle interne est également renforcée par une circulaire du 6 juin 2011 de la DGOS, relative aux axes et actions de formations nationales prioritaires à caractère pluriannuel⁴⁷.

Ces actions de formation et l'implication des différents acteurs permettront ainsi à l'AAH de participer à la rédaction et à la validation des procédures qui seront présentés au certificateur en 2016.

3.2.2 La participation à la rédaction et à la validation des procédures

L'AAH sera chargé de la planification des rendez-vous entre les GH et la société Deloitte pour co-écrire les procédures d'abord de priorité 1 (entrée et sortie en stock, inventaire et clôture des comptes) pour le cycle STOCKS (annexe 6) par exemple.

Pour cela, lors de ces réunions, l'AAH expliquera le processus métier à la société DELOITTE en se focalisant sur les étapes clés dans l'ordre chronologique et en mettant en avant les risques et les contrôles existants. Ensuite, la société DELOITTE rédigera la procédure correspondante dans le bon format et la lui soumettra pour relecture. Cette procédure est alors proposée pour lecture et validation aux membres du Groupe de travail du cycle concerné.

⁴⁶ Evaluation de mon stage (mai-septembre 2015) à HUPC par mon maître de stage du 07.09.2015

⁴⁷ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Direction Générale de l'Offre de Soins, lettre circulaire N° DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formations nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986.

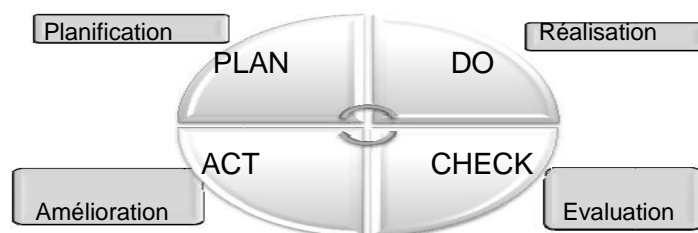
Une fois présentée par le groupe de travail, cette procédure doit être validée par le Responsable fonctionnel central de la Direction Financière du Siège de l'AP –HP (DEFIP). Enfin, la procédure est diffusée aux GH via le site intranet de la DEFIP.

Cette procédure et la cartographie des risques seront soumises au certificateur.

Pour réussir la mise en place effective du projet de certification des comptes à l'AP-HP et notamment sur le groupe hospitalier HUPC, *« l'AAH, grâce à ses qualités d'écoute, de dialogue mais aussi grâce à ses connaissances, a été reconnu par l'ensemble de ses interlocuteurs du projet comme un véritable référent⁴⁸. »*

A moyen terme, afin d'assurer le bon fonctionnement du contrôle interne, ce projet devra être évalué pour le rendre plus pertinent. Une action qui est menée sans être évaluée génère les coûts et doit être prise en compte par la direction.

C'est pourquoi, l'évaluation de ces actions doit se faire à travers un audit interne. Ainsi, l'audit interne⁴⁹ qui sera réalisé va permettre de mesurer l'efficacité du contrôle interne, et de s'adapter aux normes de la certification des comptes. Ainsi a été mise en place à l'AP-HP une Direction de l'inspection et de l'audit interne (DIA) avec l'instauration d'un Comité de suivi pour l'évaluation du contrôle interne des processus clés et des principaux risques de l'hôpital (annexe 1). Cette démarche de projet de contrôle interne préalable à la certification des comptes, répond à une démarche qualité de projet d'amélioration permanente des processus telle que décrite par la roue de Deming ci-dessous :



⁴⁸ Evaluation de mon stage (mai-septembre 2015) à HUPC par mon maître de stage du 07.09.2015

⁴⁹ une activité indépendante et objective qui donne à une organisation une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations, il apporte ses conseils pour les améliorer, et contribue à créer de la valeur ajoutée (IFACI)

Conclusion

D'abord, le contrôle interne, comme le processus préalable de la certification des comptes, s'impose aujourd'hui aux établissements publics de santé au regard des enjeux réglementaires et financiers. Il va permettre de maîtriser les risques et remettre en cause les pratiques professionnelles afin de rendre les établissements plus efficaces et efficaces.

En effet, la certification des comptes, par sa fonction transversale, concerne toutes les directions. Elle devient un axe stratégique majeur à intégrer dans toutes les activités et dans les procédures au sein de l'établissement.

Ce projet concerne tout autant les directions fonctionnelles, les pôles que les services des soins en s'appuyant sur une démarche analogue à la gestion de la qualité et des risques. Le succès du déploiement de cette nouvelle culture de l'établissement passe par une adhésion forte de l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Ensuite, la participation du personnel du groupe AP-HP à la mise en place de la cartographie des risques par cycle comptable au niveau de chaque groupe hospitalier et la réalisation de la certification des comptes au niveau de l'AP-HP, sont essentielles pour la réussite de ce projet.

C'est pourquoi, le déploiement de ce projet de certification des comptes pourra induire un chargement culturel dans le corps des attachés d'administration hospitalière, notamment dans la spécificité et la complexité du Groupe AP-HP. A ce titre, l'AAH, par ses compétences d'expert et de manager, sera un acteur pivot de la mise en œuvre de la politique de l'établissement. Pour cela, il adoptera les méthodologies et outils nécessaires au succès de ce projet.

Enfin, il conviendra aussi d'intégrer, dans les missions de l'AAH mentionnées dans sa fiche de poste, cette démarche nouvelle d'amélioration continue de la qualité des comptes pour un contrôle interne efficace.

Bibliographie

TEXTES OFFICIELS

LOI « HPST » n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, la santé et aux territoires : Article L. 6145-16 du Code de la santé publique

CIRCULAIRE DHOS/F2/CNMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/DGFIP/PF/PF1/CL1B/2011/391 du 10 octobre 2011, relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé.

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 sur l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 sur la lutte contre els évènements indésirables dans les établissements de santé.

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/DGFIP/PF/PF1/CL1B/2012 du 20 août 2012 sur la fiabilisation des comptes des établissements de santé

Décret n°2013-1239 du 23 décembre 2013 et l'arrêté du 1^{er} août 2014 sur la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes 2014 et 2015.

OUVRAGES

ALVENTOSA J.R., 2012, « La conduite de projet » Les outils du management public, Paris: LGDJ

BARBIER E. 1991, « L'audit interne, Pourquoi ? Comment ? », Les Éditions D'organisation

BOUTINET J.P., 2005, Anthropologie du projet, 1ère édition « Quadrige », Paris : Presses Universitaires de France, 405 p.

DOUSSOT-LAYNAUD C.-L., GROLIER J., PEYRET P, 2009, « L'EPRD, gestion budgétaire et comptable des établissements de santé », Rennes : Presses de L'EHESP

B. FERMON, GRANJEAN P., 2015, « Performance et innovation dans les établissements de santé », Dunod

GRENON A, RAZER J, 2003, « La maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne. Rueil-Malmaison » : Doin Editeurs – Editions Lamarre

IFACI, 2008, Contrôle interne et qualité, pour un management intégré de la performance, Paris : IFACI, cahiers de la recherche, 64p. p.42

RENARD J. 2012, « Comprendre et mettre en œuvre le contrôle interne », Paris : Eyrolles
Lextenso éditions

ARTICLES

KHAN A., BOUTARAUD S, "Contrôle de gestion et contrôle interne, synergies et convergences d'intérêts », Gestions hospitalières décembre 2014, n°541, p 597-603

PERRON-DUPUY M. et WINICKI P., Juillet 2010, « Certification des comptes des hôpitaux : le compte à rebours a commencé ! » Cahiers du Management Public, n°19, pp.6-8

RICOUARD R, « Le contrôle interne, pilier de la maîtrise », Gestions hospitalières mai 2008, n°476, p 364-368 ,

RAPPORTS

COUR DES COMPTES, 2007, « La fiabilité des comptes des hôpitaux », Paris, La documentation française, P 93-118

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES, 2009, Vademecum sur la mise en œuvre du cadre de référence de la maîtrise des risques financiers et comptables des établissements publics nationaux

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES, 2011, guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux,

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES, 2012, Cadre de référence du contrôle interne comptable et financier des établissements publics de santé.

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES , 2013, rapport sur le contrôle interne comptable et financier de l'Etat et des établissements publics,

COUR DES COMPTES, 2013, « Certification des comptes de l'Etat », exercice 2012, Paris
La documentation française

MEMOIRES

RICHARD J.-R., 2010, « Objectif 2014 » Préparer la certification des comptes : l'exemple du Centre Hospitalier de Versailles », Mémoire d'élève Directeur d'hôpital : EHESP, [visité le 10.09.2015], Disponible sur Internet :

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/edh/richard.pdf>

De BOYSSON F., 2012, « Le contrôle interne comptable, levier de performance pour l'hôpital : l'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier », Mémoire d'élève Directeur d'hôpital : EHESP, [visité le 10.09.2015], Disponible sur Internet :

http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/edh/de_boysson.pdf

NJALEU M., 2013, « Le contrôle interne : une nouvelle fonction transversale à l'hôpital : l'exemple du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix », Mémoire d'élève Attaché 'administration hospitalière : EHESP, [visité le 10.09.2015], Disponible sur

Internet : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/aah/njaleu.pdf>

BARDUS E., 2014, « La certification des comptes : enjeu managérial et de communication.

L'exemple du CH de Laval », Mémoire d'élève Attaché d'administration hospitalière : EHESP, [visité le 10.09.2015], Disponible sur Internet :

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/aah/bardus.pdf>

SITES

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2014>.

[visité le 22.08.2015]

<http://www.sante.gouv.fr/la-fiabilisation-et-la-certification-des-comptes-des-etablissements-publics-de-sante.html> [visité le 15.07.2015]

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_controle_interne_comptable_et_financier_secteur_public_local.pdf [visité le 15.07.2015]

<http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/la-gestion-publique/le-controle-interne-budgetaire/approfondir/la-mise-en-place-dun-controle-interne-budgetaire.html>

[visité le 15.07.2015]

Liste des annexes

ANNEXE 1 : La typologie des principaux risques à l'hôpital⁵⁰

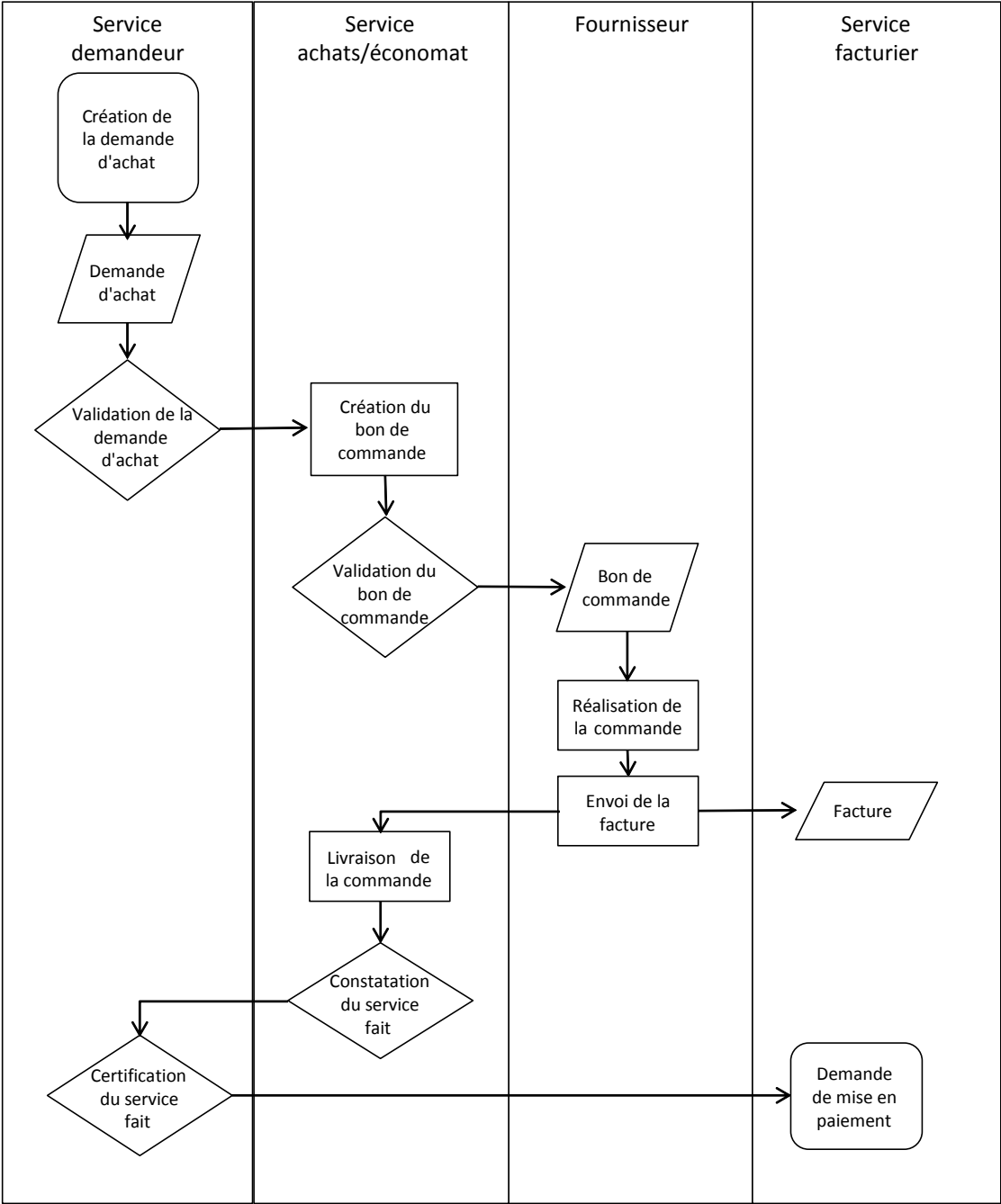
Types de risques	Manifestations
Non qualité	Mauvaise qualité des soins Mauvaise qualité des prestations
Social	Grèves, démotivations, absentéisme, dégradation de la pyramide des âges
Financier	Fraude Prévisions erronées Trésorerie insuffisante Dépassement de crédit
Patrimonial	Vol Détournement de recette Fraude Dégradation du patrimoine et des locaux Incendie Non protection du savoir-faire (brevets,..)
Informatique	Sécurité déficiente (violation du secret médical,..) Fraude Programme non documenté Matériel et programmes obsolètes
Technologique	Obsolescence des équipements Savoir-faire obsolète Absence ou pauvreté de l'activité de recherche
Juridique	Non-respect des délégations de signature Erreurs, faute professionnelle, fraude, irrégularité
Ecologique	Contamination pollution
Commercial	Concurrence Modification de la demande

⁵⁰ Les Dossiers de l'AP-HP, 2003, La maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne, p.36, Editions Lamarre

ANNEXE 2 : Cartographie du cycle Achats (juin 2015)

Cartographie des processus du cycle Achats														
Référence	Cycle d'activité	Référence	Sous-cycle d'activité	Référence	Processus	Sous-processus	Etapes	Structures / Acteurs	Applications informatiques	Observation	Responsable	Nv de priorité		
(ACHA)	Achats	(ACH.1)	Achats standards	(ACH.1.PRO)	Achats standards non stockés		Création de la Demande d'Achat (DA) = formalisation de la demande dans le respect du cadrage budgétaire et des procédures d'achat (Marchés /Hors marchés) → Support papier ou "DA système" transmis au Service chargé de l'achat	Service demandeur	SAP/ME51N		Responsable du Service demandeur	1		
							Transformation de la DA en commande (BC) = engagement juridique et comptable → Envoi du BC au fournisseur après visa de la personne habilitée	bureau des achats ou des investissements	SAP/ME21N		Responsable des achats ou des investissements			
							Réception du produit / prestation	1) Constatation du Service fait : BL ou PV	Service demandeur	SAP/MIGO 103		Responsable du service demandeur		
								2) Certification du Service fait = "ordre de payer" sur justificatifs attestant la conformité de la commande	Gestionnaires des achats	SAP/MIGO 105		Responsables du bureau des achats et des investissements		
					Achats standards stockés (hors produits de santé)		Expression du besoin	Création de la Demande d'Achat (DA)= formalisation de la demande dans le respect du cadrage budgétaire, de la politique de stocks (historique de consommation, stocks existants, DRS des services demandeurs) et des procédures d'achat (Marchés)	Magasin	?	Responsable du Magasin	1		
							Vérification/stock	* Si stock suffisant → livraison du produit au service demandeur	Magasin		Responsable Magasin			
								* Si stock insuffisant → transmission de la DA au bureau des achats	Magasin		Responsable Magasin			
							Création de la commande si produit non stocké au magasin	Transformation de la DA en commande (BC) = engagement juridique et comptable → Envoi du BC au fournisseur après visa de la personne habilitée	bureau des achats	SAP/ME21N		Responsable des achats ou des investissements		
							Réception du produit / prestation	1) Constatation du Service fait : BL ou PV	magasin	SAP/MIGO 103		Responsable du magasin		
								2) Certification du Service fait = "ordre de payer" + entrée en stock	Magasin	SAP/MIGO 105		Responsable de		
				(ACH.1.PRO)	Paiement des factures fournisseurs		Réception des Mandatement : création de la DMP (Demande de Mise en Paiement)	SFACT	SAP/MIR7		Responsable de	2		
						Validation de la DMP	SFACT/DSFP	SAP		DSFP	2			
						Paiement	Visa de paiement et virement	DSFP	SAP		DSFP	2		
			(ACH.2)	Achats non standards	(ACH.2.PRO)	Achats produits de santé							1	
					(ACH.2.PRO)	Achats de fluide								2
					(ACH.2.PRO)	Dépenses d'Intérim								2
					(ACH.2.PRO)	Dépenses de crèche								2
					(ACH.2.PRO)	Dépenses sans engagement juridique		1) Mandatement : création de la DMP (Demande de Mise en Paiement)	Gestionnaires de l'Economat/SFACT	SAP/FV60		Responsable de l'Economat/SFACT	1	
							Réception des factures	Visa des factures	SFACT/DSFP	SAP		DSFP		
					(ACH.2.PRO)	ACHAT DMS/DMI								1
					(ACH.2.PRO)	Achat de transports sanitaires								2
			(ACH.3)	Administration des référentiels	(ACH.3.PRO)	Gestion des référentiels	Gestion du référentiel Article		AGEPS/ACHAT					
							Gestion du référentiel Fournisseur		SFACT					

ANNEXE 3 : Logigramme du processus des achats standards non stockés (juin 2015)



ANNEXE 4 : Guide d'entretien du contrôle interne

Présentation de la démarche :

Cet entretien se déroule dans le cadre de la rédaction d'un mémoire professionnel portant sur la démarche de fiabilisation et de contrôle interne préalable à la certification des comptes au sein du groupe hospitalier HUPC au sein de l'AP-HP. Il s'agit de recueillir des éléments relatifs à l'appréciation, le degré de participation et les difficultés retenues par chacun des acteurs participant au processus de contrôle interne des cycles (achats, personnel, immobilisations..).

Fonctions et missions de l'interlocuteur	Formation initiale Présentation de ses fonctions
Emergence du contrôle interne	A quel moment a été mis en place le contrôle interne ?
Participation dans le processus de contrôle interne préalable à la certification des comptes	Comment avez-vous été impliqué dans ce projet ? Avez-vous été formé aux processus de contrôle interne antérieurement et dans votre fonction actuelle ? Avez-vous été sensibilisé à la maîtrise des risques comptables et financiers ?
Diagnostic de l'existant	Quels sont les outils du contrôle interne dans votre service ? Existe-t-il un inventaire des procédures et des modes opératoires dans vos services ?
Communication et informations sur le projet de contrôle interne	Quelle communication est faite sur les processus de contrôle interne dans les directions fonctionnelles ? Quel est le degré de participation et de motivation de vos équipes dans les processus de contrôle interne ?

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES
CYCLE PERSONNEL NON MEDICAL
(Gestion administrative-paie)

I - ORGANISATION	Oui	Non	Observations	Pers. titulaires et stagiaires	Pers. contractuels
1- Il existe un arrêté de délégation de signature diffusé et actualisé.....	X				
2- Il existe un organigramme hiérarchique.....	X				
3- Il existe un organigramme fonctionnel - de la DRH..... - de ses relations avec la direction des soins et avec l'encadrement notamment.....	X	X			
4- Le personnel de la DRH a connaissance des arrêtés ou des notes de services portant création et/ou modification de la direction du Groupe Hospitalier.....	X				
5- Il existe des missions déterminées et/ou des objectifs identifiés pour les cadres du bureau de la gestion-paie (fiches de poste).....	X				
6- Il existe un dispositif d'habilitations informatiques et de gestion des droits...	X				

II - MOYENS	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
1- Les personnels concernés (gestionnaires et encadrement) ont à leur disposition la documentation nécessaire :					
- réglementation.....	X				
- notes d'instructions	X				
- manuels de l'utilisateur.....	X				
- guides des procédures.....	X				
- autres.....					
2- Les personnels concernés ont reçu lors de leur prise de fonction une formation spécifique	X				
3- Les personnels concernés sont régulièrement formés :					
- aux évolutions réglementaires significatives.....	X				
- en matière de gestion administrative.....	X				
- en matière d'utilisation de l'outil informatique.....	X				
4- Les procédures de la DRH de l'AP-HP sont :					
- diffusées.....	X				
- connues (1).....	X				
- respectées (2).....	X				
- évaluées (3)...		X			
- en quels termes ?					
- selon quelle(s) modalité(s) ?.....					
.....					
- actualisées (3).....		X			

II - MOYENS	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
5- Existe-t-il des procédures locales ?	X				
- Lesquelles ?.....					
- Sont-elles :					
* écrites ?.....	X				
* diffusées ?.....	X				
* connues ?(1).....	X				
* respectées ? (2).....	X				
* évaluées ? (3).....		X			
* actualisées ? (3).....		X			

(1) des gestionnaires et des superviseurs

(2) Vérification du respect au moyen d'une part des informations transmises par le Contrôleur financier et par la mission NSI-RH et d'autre part de sondages

(3) Au moins annuellement

III - EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
A - Procédure d'embauche-recrutement					
1- Les principes de recrutement de la fonction publique hospitalière et la politique de l'AP-HP (absence de limites d'âge/non discrimination/ priorité donnée aux handicapés...) sont connus des responsables du recrutement	X				
- qui en assure le contrôle ?.....					
2- Il existe une formalisation de l'expression du besoin de recrutement.....	X				
3- Qui la formalise ? (préciser la qualification).....			Cadre paramédical de pôle, responsable administratif ou technique pour les secteurs hors pôles		
4- Qui la valide ? (préciser la qualification).....			DRH		

III - EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
5- L'existence du support budgétaire de l'emploi est toujours contrôlée.....	X				
- par qui ? (préciser la qualification)...			Responsable du pilotage des effectifs et contrôle de gestion		
6- La vérification des conditions de recrutement est systématiquement réalisée avant l'embauche (diplômes, extrait n° 2 du casier judiciaire ? certificat médical d'aptitude...).....	X				
7- Comment s'opère cette vérification ? (préciser la méthode).....			Le dossier type est transmis aux gestionnaires du bureau de l'emploi avant transmission aux cadres des secteurs gestion paie des 3 sites		
8- Qui décide effectivement du recrutement ? (préciser la qualification)...			Responsable RH (courrier de recrutement signé)		

III - EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
9- Qui détermine pour les contractuels au forfait (préciser la qualification) :					
- le mode de rémunération (indiciaire-forfaitaire-horaire) ?.....			Responsable RH après avis de la commission centrale des contractuels (niveau APHP)		
- le niveau indiciaire ?.....			Responsable RH		
- la durée du contrat ?.....			DRH		
- la prolongation du contrat ?.....			DRH		
- la nature du contrat (CDD ou CDI ?			DRH		
- l'imputation sur emploi permanent ou de remplacement ?.....			DRH		
10- Qui signe la décision de recrutement ? (préciser la qualification) :			Responsable RH		
- des titulaires ou stagiaires.....			Responsable RH		
- des contractuels (validation).....			Responsable RH		
11- Le recrutement est toujours notifié à l'agent, au pôle avant sa prise de fonction.	X				
- sur quel support ?.....			Courrier type		

III - EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
12- Pour les recrutements par voies de mise en stage, mutation et de détachement, la mise à jour des données de carrière et le cas échéant la reprise d'ancienneté doivent être réalisées.....	X				
- quel contrôle est fait pour garantir la mise à jour de la carrière antérieure ?.....			Demande des pièces à l'agent (attestations employeur , fiches de paies , arrêtés etc....)		
- qui calcule la reprise d'ancienneté ?.....			Gestionnaire		
- qui la valide ? (préciser la qualification).....			Responsable gestion paie		

III - EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
B - Procédure de gestion de la paie					
1- Préalablement à la première paie, le gestionnaire s'assure toujours que les conditions de recrutement sont effectives pour déclencher la paie.....	x				
- comment ?.....			En visualisant le dossier de recrutement		
2- Le service fait :					
- qui le contrôle ?(préciser la qualification)..... ...			Gestionnaire		
- comment le contrôle-t-on ? :			Déclaratif sur l'outil gestime (planning)		
* dans le service d'affectation de l'agent..... .					
* au sein de la DRH.....					
3- Les variables de paie (heures supplémentaires, indemnités de dimanches et de jours fériés, heures de nuit) :					
- qui les demande ? (préciser la qualification).....			Cadre de proximité		
- qui les valide ? (préciser la qualification).....			Cadre de pôle (paramédical)		
- sur quel support ?.....			Tableau excel		

III EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
4- Il existe un dispositif périodique de vérification de la conformité de l'attribution des primes et indemnités :					
- indemnité pour travaux dangereux non issus de gestime.....		X			
- pour la NBI au titre des changements de service.....	X				
- pour la NBI au titre des changements de métier.....	X				
- pour l'IFTS des ACH/SM/AAH en fonction de l'indice.....	X				
* lequel ?.....			Note annuelle DRH (IFTS) , contrôle interne		
* selon quelle périodicité ?.....					
5 – il existe un dispositif permettant d'assurer la transmission des éléments utiles au calcul de la paie :					
- en temps utile	X				
- exhaustive	X				
- exacte	X				

6- Il existe une procédure de vérification périodique (périodicité à préciser) :					
- des droits à supplément familial de traitement.....	X		Annuelle note de service		
- des droits à remboursement des titres de transports.....	X		Annuelle note de service		
7- Préalablement à la saisie, le gestionnaire vérifie la fiabilité, la cohérence des informations et la conformité réglementaire sur les variables de paie	X				
- comment ?.....			Contrôle manuel , blocage de paie		
- quel dispositif en l'absence de conformité ?.....			Procédure de redu si paiement à tort		
8- Le contrôle de la paie est systématiquement réalisé par le gestionnaire.....	X				
- comment ?.....			Selon le cycle de paie directement à l'écran		
9- L'application de la réglementation en matière de gestion-paie donne lieu à des contrôles mensuels :			Question à préciser		
- sous quelle forme					
10- Les paies d'acomptes, le nombre et la valeur des redus sont analysés chaque mois et les actions correctives entreprises.....	X				

III - EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
C - Procédure de gestion administrative					
1- <i>Changement d'échelon ou de grade</i>					
- il existe une procédure de vérification des changements d'échelon ou de grade.....	X				
- qui la contrôle ? (préciser la qualification).....			Responsable Gestion Paie ACH		
2- <i>Congé de longue durée</i>					
- les agents sont toujours placés en CLD sur la base de l'arrêté directorial pris après avis du Comité médical.....	X				
- le gestionnaire procède systématiquement à un changement d'imputation organisationnelle	X				
3- <i>Accident du travail :</i>					
- Aucune décision n'est prise sans un avis du médecin de contrôle et une enquête.....	X				
- Tout accident fait l'objet d'une décision de prise en charge (ou de non prise en charge) explicitée.....	X				

III - EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
C - Procédure de gestion administrative					
- L'avis de la commission de réforme est sollicité sans délai, si nécessaire.....	X				
- Dès réception de l'avis de la commission, la décision est prise par le directeur	X				
- Toutes les informations sont saisies sans délai dans GIPSIE AT.....	X				
4- Promotion professionnelle					
- Qui informe le gestionnaire des entrées et des sorties ?.....			Bureau emploi mouvement		
- A tout mouvement d'entrée ou sortie de scolarité, le gestionnaire modifie l'imputation organisationnelle	X				

III EXECUTION DES PROCEDURES	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
<i>5- Départ de l'agent</i>					
- le gestionnaire est informé systématiquement des départs.....	X		Variable		
* comment ?.....			Courrier		
* par qui ?.....			Bureau emploi mouvement / cadre de service		
- le dossier administratif de l'agent est systématiquement clôturé	X				
* dans quel délai ?.....			Dés la sortie réelle de l'agent		
- quelle est la procédure utilisée en cas de rappels de rémunération ?....					
<i>6- Formalités de fin de contrat</i>					
- avant le départ de l'agent, le gestionnaire s'assure qu'il n'y a pas eu de trop versé.....	X				
- il existe une procédure écrite pour récupérer l'indu.....	X				
- le dernier jour du contrat, le gestionnaire remet le formulaire du pôle emploi, un certificat de travail et informe l'agent sur les droits éventuels à l'allocation de retour à l'emploi (ARE)	X				

IV - SYSTEMES D'INFORMATION	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
1- Dossier papier Il existe un seul dossier papier complet intégrant :	X				
- tous les éléments réglementaires.	X				
- et tenus à jour (actualisé).....	X				
2- Les contrats signés sont numérisés dans HRA.....	X		Dans la limite des possibilités de stockage HRA		
- qui s'assure de l'exhaustivité ?.....			gestionnaire		
- quel dispositif est mis en place pour corriger la non- conformité ?.....					
- quelle périodicité ?.....					
3- Il existe un dispositif sécurisé d'archivage des dossiers administratifs		X			
4- Les gestionnaires bénéficient d'une assistance informatique.....	X				
- qui la sollicite ?.....			Responsable Gestion		
- qui l'assure ?.....			Service informatique		
5- Il existe un suivi des appels à l'assistance informatique.....		X			

V - SUPERVISION	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
1- Il existe un dispositif de contrôle en matière de gestion paie :					
- au sein du bureau de gestion-paie.	x				
- au sein de la DRH.....		x			
- au sein de la direction.....		x			
2- Qui exerce le contrôle ?					
- au sein du bureau de gestion-paie.			Responsable gestion paie		
- au sein de la DRH.....					
- au sein de la direction.....					
- au sein du Siège AP-HP.....			Monitorat		
3- Les cadres de la DRH sollicitent la mission NSI pour l'obtention de fiches de restitution					
4-Tous les gestionnaires ont un entretien d'évaluation annuel par leur responsable.....	x				
5- Le DRH et les cadres de la DRH disposent d'un tableau d'indicateurs de suivi et notamment des anomalies.....	x		Responsable gestion paie et responsable RH		

V - SUPERVISION	Oui	Non	Observations	Pers. stagiaires et titulaires	Pers. contractuels
6- Le reporting, au DRH, sur le fonctionnement général de la GA-paie, est assuré systématiquement.....		x			
- par qui ? - selon quelle(s) modalité(s).....					
- selon quelle périodicité ?.....					
7- Si un gestionnaire a une question ou une difficulté, à quelle méthode de résolution de problème peut-il recourir ?.....			Entraide entre collègue Faire appel à son cadre n +1 Faire appel à l'assistance monitorat APHP		
8- Qui suit le processus de visa des décisions par le Contrôleur financier ?			Gestionnaire		
- qui le contrôle ?..... ..					
- qui s'assure de l'envoi au visa avant a 1 ^{ère} paie ?..... ..			Gestionnaire		

ANNEXE 6 : Matrice Des risques comptables et financiers du cycle STOCKS

STO-Stocks														
Référence	Sous-cycle	Référence	Processus	Responsable du processus	Risque	#	Contrôle	Description du contrôle	Contrôle OI ON	Nature du contrôle (A/M)	Fréquence du contrôle	Documents à conserver (QN)	Responsable du contrôle	
(STO.0)	Organisation / gouvernance		Organisation	Pharmacien / DACSEL/ DSI	Fiabilité et exhaustivité des données transmises par interface : utilisation de plusieurs logiciels métiers.		Revue des interfaces	traitement des idocs entre logiciels métier et SAP	O	M	quotidien	N	Pharmacien pr coglote et CCOG	
(STO.0)	Organisation / gouvernance		Organisation	Pharmacien / DACSEL/ DSI	Mauvaise gestion des habilitations		Revue des habilitations	revue de l'adéquation entre les habilitations SI et les tâches liées des membres de l'équipe	O	M	Trimestriel ?	O	Pharmacien / DACSEL/ DSI	
(STO.1)	Gestion des stocks standards	(STO.1.PRO)	Entrée en stock	DAF / DACSEL	Erreur de valorisation du stock : Erreur sur quantité / prix des produits entrés en stock entraînant une survalorisation / sous-valorisation du stock (pmp)		Contrôle du PMP	Blocage des mouvements de stocks qui impactent le PMP au-delà d'un certain seuil (actuellement à 50 %). Le PMP est mis à jour à chaque entrée et sortie de stock. Il est commun à l'ensemble de l'AP-HP.	O	Automatique	A chaque entrée en stock	N	CCOG	
							Contrôle sur quantité	Blocage du système lorsque la quantité réceptionnée est supérieure à la quantité commandée	O	Automatique	A chaque entrée en stock	N	CCOG	
		(STO.1.PRO)	Transfert de stock	DAF / DACSEL	Erreur de valorisation des biens sortis du stock : utilisation volontaire ou involontaire d'un mauvais article		Valorisation automatique du stock transféré	Valorisation automatique du stock transféré au PMP	O	Automatique	A chaque sortie de stock	N	CCOG	
		(STO.1.PRO)	Sortie du stock par consommation de service	DAF / DACSEL	Erreur de valorisation du stock : Corrections et ajustements saisis directement dans SAP qui impactent la valorisation du stock		Contrôle de la DLC	Alerte système lors de la sortie de stock d'un article à DLC proche	O	Automatique	A chaque occurrence	N	CCOG	
							Valorisation automatique de la sortie du stock	Valorisation automatique de la sortie du stock au PMP	O	Automatique	A chaque sortie de stock	N	CCOG	
							Contrôle sur quantité	Blocage système lorsque la quantité sortie > quantité présente en stock à fin d'éviter les stocks négatifs.	O	Automatique	A chaque occurrence	N	CCOG	
(STO.1.PRO)	Sortie du stock par consommation de service	DAF / DACSEL	Fraude interne: utilisation du stock de l'AP-HP à des fins personnelles.		Autorisation de sortie de stocks sur justificatifs	Autorisation de sortie de stock seulement après vérification d'une demande de sortie formalisée	O	M	A chaque sortie de stock	O	DACSEL/Pharmacien			
(STO.2.PRO)	Sortie du stock pour retrocessions / vente	DAF / DACSEL	Fraude interne Erreur de valorisation et de quantité des biens sortis du stock Absence de réconciliation avec le stock : vente et sortie de stock.		Réconciliation des quantités consommées (sap MM) et des quantités vendues	dans SAP entre MM et SD par article pour tout A-HP voir avec CCOG pr mise en place d'un rapprochement automatique	O	M	Trimestriel ?	O	DACSEL/Pharmacien / DAF			
	Gestion des stocks standards	(STO.1.PRO)	Retour de stock	DAF / DACSEL	Erreur de valorisation du stock : Corrections et ajustements saisis directement dans SAP qui impactent la valorisation du stock		Valorisation automatique de la sortie du stock	Valorisation automatique de la sortie du stock au PMP au moment m.	O	Automatique	A chaque sortie de stock	N	CCOG	
		(STO.1.PRO)	Inventaire physique	DAF / DACSEL	Non-exhaustivité / non réalité du stock comptable Absence d'investigation des écarts d'inventaire		Cadrage des stocks de gestion et des stocks comptables des médicaments et PF	1/ Réconciliation automatique entre les stocks de médicaments (COPILOTE) et les stocks physiques puis comptables (SAP) et analyse et traitement des écarts par pharmacien : préparateur idem pr GR avec WM HUPC PSL HEGP HAD 2/ PF sans MM: réconciliation manuelle et analyse et traitement des écarts d'inventaire	O	Automatique	Quotidien	N	CCOG	
		(STO.1.PRO)	Inventaire / Dépréciation	DAF / DACSEL	Valorisation erronée du stock : présence de stock dont l'état nécessite une dépréciation						Transactions SAP	Annuel ?	O	DACSEL/Pharmacien
		(STO.1.PRO)	Inventaire / Mise au rebut	DAF / DACSEL	quantité et Valorisation erronée du stock : présence de stock dont l'état nécessite une mise au rebut		Contrôle des DLC pour les produits à DLC et de la rotation de stocks pour les produits sans DLC							DACSEL/Pharmacien
		(STO.1.PRO)	Transfert d'article à article	DAF / DACSEL	Erreur de valorisation du stock : transfert d'article à article valorisés différemment, saisie directe dans SAP..		Vérification préalable et systématique du maintien de l'unité de conditionnement et de la classe de valorisation initiale avant tout transfert			M		à chaque transfert	O	DACSEL/Pharmacien
(STO.2)	Fabrication	(STO.2.PRO)	Consommation Matières premières	DAF / DACSEL	erreur d'affectation à une UG/ centre de cout de matières premières : risque budgétaire									
		(STO.2.PRO)	Fabrication du produit fini	DAF / DACSEL										
		(STO.2.PRO)	Entrée en stock du produit fini	DAF / DACSEL	Erreur de quantité et de valorisation du stock de produit fini		Valorisation du stock au prix standard	Valorisation des produits fabriqués au prix standards		Automatique	A chaque entrée en stock	N	CCOG / AGEPS	
		(STO.2.PRO)	Retrocessions / vente	DAF / DACSEL	Fraude interne Erreur de valorisation et de quantité des biens sortis du stock Absence de réconciliation avec le stock : vente et sortie de stock.		Réconciliation des quantités consommées (sap MM) et des quantités vendues	dans SAP entre MM et SD par article pour tout A-HP voir avec CCOG pr mise en place d'un rapprochement automatique	O	M	Trimestriel ?	O	DACSEL/Pharmacien / DAF	
(STO.3)	Opérations de clôture	(STO.3.PRO)	Opérations de clôture et Contrôle annuel	J.M Legrand	Non-exhaustivité / non réalité du stock comptable									

FICHE DE POSTE

<p><u>Hôpital ou Service Général</u> : Groupe Hospitalier Broca / Cochin/Saint -Vincent de Paul / Hôtel-Dieu/</p> <p><u>Direction</u> : des Achats et de la Logistique</p> <p><u>Service</u> : Achats – Classe 6</p>	<p>Accès par : Métro : ligne 6 Station Saint Jacques RER B : Station Port-Royal Autobus : lignes 91, 38, 83</p> <p>Fait le : 16 février 2010</p>
---	--

IDENTIFICATION DU POSTE

Fonction : Responsable du Bureau des Achats Cochin/Saint Vincent de Paul

Grade : Adjoint des Cadres Hospitaliers

Position dans la structure :

- **Liaisons hiérarchiques ou rattachement hiérarchique** :

- Le Directeur chargé des Achats et de la Logistique du Groupe Hospitalier Broca / Cochin / Hôtel-Dieu
- L'Adjoint au Directeur en charge des Achats , dépenses et ressources humaines du Groupe Hospitalier Broca/Cochin/Saint Vincent de Paul/Hôtel Dieu (référent secteur Pôle Achats)

- **Liaisons fonctionnelles** :

- Equipe des gestionnaires (17)
- Cadres des Pôles
- Responsables des Services de l'hôpital
- Fournisseurs
- Directions des Finances du Siège et du G.H.
- Service Informatique du Siège et du G.H.
- Les différentes centrales d'achat de l'AP-HP
- Trésorerie Générale de l'AP-HP

- **Présentation de l'équipe du Bureau des Achats**

équipe de 17 gestionnaires à Cochin. Dans le cadre de la mise en place du groupe, il est cependant possible que les bureaux des achats d'hôtel dieu (10 agents) et de Broca soit à horizon 2011 regroupés sur Cochin .

Horaires de travail : 9h00 / 18h00

MISSION DU POSTE

Mission générale

Assurer l'ensemble des achats de classe 6 hors Travaux et Biomédical (signature et contrôle des bons de commande) des structures du Groupe Hospitalier Cochin / Saint Vincent de Paul, avec la mise en place d'un suivi des dépenses, ainsi que l'optimisation et la cohérence des organisations.

Missions permanentes

- Encadrement de l'équipe
- Application du Code des Marchés Publics
- Collaboration avec la Cellule des Marchés
- Suivi des demandes de dérogation
- Suivi des demandes de codification MSFP
- **Contrôle des engagements mensuels (eau, gaz, contrats, etc ...)**
- **contrôle et maîtrise des dépenses**
- Mise au point de suivi d'indicateurs de performance de l'Economat
- Suivi du mandatement (envois à la TG, rejets, annulations ...)
- Mise en forme des propositions de RAM
- Evaluation des agents du Bureau des Achats
- Suivi Gestime
- Participation à la Formation d'Accueil des Nouveaux Arrivants

dans l'attente de la mise en place de SAP EN 2011 :

- Mise à jour du référentiel Tigre (fournisseurs et marchés : créations, modifications, suppressions)
- Suivi du développement de l'informatisation des Demandes d'Approvisionnement (GESDA) et mise à jour de la base de données

Assurer les formations pour les utilisateurs GESDA (logiciel local pour les DA)

Missions ponctuelles ou spécifiques (liste non exhaustive)

- Réflexion et préparation de la mutualisation des trois Bureaux des Achats dans le cadre de la constitution du Groupe Hospitalier
- Préparation et accompagnement des équipes dans le cadre de la mise en place de SAP pour une mise en application en janvier 2011 et du service facturier
- Etudes diverses à la demande

COMPETENCES REQUISES

Les connaissances particulières

- Connaissances Excel, Word, TIGRE, DOFIN
- La connaissance des marchés publics et de la gestion économique et financière serait un atout

L'expérience professionnelle

- Expérience indispensable dans la fonction economat

Les qualités professionnelles

- Capacité à encadrer et animer des groupes
- Sens de l'organisation
- Esprit d'initiatives
- Qualités relationnelles

FORESTI	Louis-Jacques	Décembre 2015
ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE Promotion 2015		
La certification des comptes : un défi stratégique et managérial : l'exemple des Hôpitaux Universitaires Paris –Centre au sein de l'AP-HP		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Définie par l'article 17 de la loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients à la santé et aux territoires, la certification des comptes revêt un caractère obligatoire pour les établissements publics de santé, répondant au critère du seuil des 100 millions euros de recettes minimales sur les trois derniers exercices et par la Cour des Comptes pour 1,2 milliards d'euros.</p> <p>D'abord, cette obligation réglementaire, prévoit un soutien méthodologique par la mise à disposition d'un guide de fiabilisation des comptes et de contrôle interne, préalable à la certification des comptes, et aussi d'outils par la diffusion de fiches techniques. Ces outils permettent une cartographie pour élaborer une matrice des risques comptables et financiers pour chacun des six cycles (achats, stocks, immobilisations, recettes, personnel, trésorerie et endettement).</p> <p>Les enjeux comptables relatifs à la fidélité, sincérité et fiabilité des comptes s'accompagnent d'enjeux managériaux forts. Le Directeur d'établissement ou le directeur des finances par délégation, par son implication, impulse cette dynamique de « projet global » au sein de son établissement.</p> <p>Ensuite, l'Attaché d'administration hospitalière, responsable du projet, s'assure de la mise en œuvre de la stratégie et de la déclinaison opérationnelle. Il doit faire preuve d'anticipation et de réactivité en alliant expertise et compétences managériales vers ses équipes. Il s'agit pour lui d'avoir une vision prospective et dynamique de la mise en œuvre du projet. Dès lors, le choix des outils d'animation managériale et de communication appropriés est essentiel.</p> <p>Enfin, ce projet concerne tout autant les directions fonctionnelles, les pôles que les services des soins en s'appuyant sur une démarche qualité de gestion des risques. Le succès du déploiement de cette nouvelle culture de l'établissement passe par une adhésion forte de l'ensemble des acteurs de l'établissement.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>HPST, établissement public de santé, certification des comptes, fiabilisation, défi managérial, M21, contrôle interne, cartographie, risques, qualité comptable, procédure.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		