

# Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL MAI 2026 N°212

## ÉDITORIAL

### Quand les banques historiques désertent l'hôpital

Depuis plusieurs mois, une situation préoccupante s'installe : certains hôpitaux français, quelle que soit leur taille, à l'exception notable des CHU, se heurtent à une absence de réponse lors de leurs consultations bancaires destinées à financer leurs investissements. Plus inquiétant encore, certains partenaires historiques semblent se désengager progressivement, rompant un dialogue pourtant essentiel. Cette situation ne peut être réduite à une simple question technique ou financière. Elle engage une responsabilité collective majeure.

Les hôpitaux publics ne sont pas des acteurs économiques ordinaires. Ils incarnent une mission fondamentale, celle de soigner, protéger, innover et garantir un accès équitable aux soins. Derrière chaque demande de financement, il ne s'agit pas d'un projet parmi d'autres, mais de décisions concrètes qui conditionnent la vie des patients : maintien de services vitaux, acquisition d'équipements critiques, modernisation des infrastructures. Refuser d'y répondre, c'est, de fait, fragiliser l'accès aux soins. Et chacun d'entre nous est concerné. Car nous sommes tous, à un moment ou à un autre, des patients potentiels. Peut-on accepter de bénéficier de ces services essentiels sans contribuer, même indirectement, à leur financement ?

Des exemples récents sont particulièrement révélateurs, tels que le financement du transfert d'un service de néonatalité ou la restructuration d'un bloc opératoire accompagnée de la création d'une unité ambulatoire et de l'acquisition d'un robot chirurgical.

Il est également impératif de rappeler que les hôpitaux publics s'inscrivent dans un cadre institutionnel sécurisé. Placés sous la tutelle de l'État, leur gestion est encadrée, leurs budgets validés, et leur continuité garantie. En d'autres termes, leur solvabilité ne relève pas uniquement de logiques de marchés classiques. Ignorer leurs sollicitations revient, indirectement, à ignorer la solidité de l'engagement public qui les soutient.

Dans ce contexte, le silence ou le retrait des établissements bancaires historiques apparaît non seulement incompréhensible, mais difficilement justifiable. Cette posture fragilise des structures déjà sous tension et, au-delà, met en péril l'équilibre global de notre système de santé. Elle pose également une question de fond : quel rôle les banques souhaitent-elles réellement jouer dans notre société ? Celui d'acteurs strictement guidés par une lecture immédiate du risque, ou celui de partenaires engagés aux côtés des services essentiels ?

Historiquement, les banques ont été des piliers du financement des grandes infrastructures publiques. Elles ont contribué à construire les fondations mêmes de notre quotidien. Les hôpitaux font partie de ces fondations. S'en détourner aujourd'hui, c'est rompre un pacte de confiance ancien et structurant. Une prise de conscience claire et une reprise active du dialogue sont nécessaires. Il ne s'agit pas de nier les contraintes prudentielles ni les exigences de gestion du risque, mais de reconnaître la singularité du secteur hospitalier public et la garantie structurelle qu'offre l'État. Des solutions d'affacturage inadaptées aux réalités de la gestion hospitalière ne répondent par ailleurs pas au besoin des établissements et ne sauraient se substituer aux besoins de lignes de trésorerie.

Répondre aux besoins de financement à court et long terme des hôpitaux, c'est répondre à une mission d'intérêt général. C'est contribuer concrètement à la continuité des soins et à la résilience de notre système de santé. Se désengager, c'est transférer le financement vers le reste de l'économie (augmentation des délais fournisseurs notamment) ou entre hôpitaux eux-mêmes... et ce n'est plus acceptable.

## SOMMAIRE

### FINANCEMENT & FACTURATION

Double prise en charge CMP / orthophonie libérale : sécuriser le cadre, au risque d'une bureaucratisation des pratiques ..... p2

### GESTION FINANCIÈRE

Le développement du financement participatif, une opportunité nécessitant une vigilance accrue pour les établissements publics de santé (EPS) ..... p6

### PERFORMANCE

Finances hospitalières : tous sur le pont et on garde le cap ! ..... p8

### BUDGET & COMPTABILITÉ

Les structures financières de l'AP-HP et de l'AP-HM ..... p12

### JURIDIQUE

L'administration provisoire des établissements publics de santé à la lumière de la jurisprudence administrative ..... p19

Vers une extension de la protection fonctionnelle aux gestionnaires publics mis en cause devant les juridictions financières ? ..... p23

### VEILLE RÉGLEMENTAIRE & DOCUMENTAIRE

..... p25

### AGENDA

..... p32

# FINANCEMENT DES SOINS

## Double prise en charge CMP / orthophonie libérale : sécuriser le cadre, au risque d'une bureaucratisation des pratiques

À la suite des tensions survenues à l'été 2025 autour de la double prise en charge CMP/orthophonie libérale, le dispositif issu de l'article R.162-31-8 du Code de la Sécurité sociale vient encadrer le recours à l'orthophonie libérale pour les patients suivis en CMP. S'il apporte une clarification attendue, il introduit également de nouvelles contraintes organisationnelles et financières pour les établissements, révélant des enjeux plus larges d'articulation entre financements hospitaliers et soins de ville.

Estelle LUCAS-PELISSON

Directrice des affaires financières, Le Vinatier – Psychiatrie Universitaire Lyon Métropole

### Un encadrement réglementaire issu d'une séquence de tensions

L'encadrement de la double prise en charge entre centres médico-psychologiques (CMP) et orthophonie libérale s'inscrit dans une séquence récente marquée par des interrogations importantes quant au cadre juridique applicable.

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 86 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2025, plusieurs établissements ont fait état de difficultés dans l'organisation des prises en charge en orthophonie pour les patients suivis en CMP. A l'été 2025, plusieurs caisses primaires d'assurance maladie ont diffusé des notes à destination des établissements, les invitant à réexaminer les modalités de recours aux orthophonistes libéraux dans les situations de double prise en charge.

Ces communications mettaient notamment l'accent sur la nécessité de formaliser les relations avec les professionnels libéraux par voie conventionnelle, au nom des obligations de coordination incombant aux structures sanitaires. Elles s'appuyaient également sur plusieurs évolutions récentes, parmi lesquelles la suppression de la demande d'accord préalable pour certains actes d'orthophonie, les modalités d'intervention des professionnels libéraux auprès des patients suivis en CMP, ainsi que mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie depuis 2022.

Dans ce cadre, les établissements étaient invités à distinguer les soins selon leur lien avec le motif d'admission en CMP, avec des conséquences différenciées en matière de financement. Lorsque les soins étaient considérés comme relevant de ce motif, ils étaient réputés relever de la dotation historique de financement de l'établissement, impliquant une rémunération directe du professionnel libéral dans le cadre de conventions. À l'inverse, des modalités dérogatoires pouvaient être envisagées pour des soins considérés comme extérieurs à ce périmètre.

Toutefois, cette distinction s'est révélée difficilement opérante dans la pratique clinique. Les prises en charge en CMP, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, reposent sur des situations complexes, évolutives et rarement segmentables. Dans ce contexte, des suspensions de soins ont été observées, en lien avec les incertitudes exprimées par les professionnels libéraux quant à leur cadre d'intervention et de rémunération, soulevant des enjeux immédiats de continuité des parcours.

Cette séquence a mis en évidence la nécessité de clarifier le cadre applicable, dans un contexte où les enjeux organisationnels et financiers liés aux prescriptions d'actes d'orthophonie libérale sont particulièrement significatifs, les soins d'orthophonie libérale représentant une enveloppe annuelle de plus d'1,2 milliard d'euros<sup>[1]</sup>.

## Un cadre juridique désormais explicité par la LFSS

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 est venue préciser le cadre juridique applicable en introduisant un nouveau dispositif à l'article R.162-31-8 du Code de la Sécurité sociale.

Ce texte pose un principe clair : les soins ambulatoires prescrits par un médecin d'un établissement de santé, mais réalisés par un auxiliaire médical exerçant à titre libéral, ne relèvent pas du financement hospitalier lorsqu'ils ne peuvent être assurés par l'établissement en raison de leur intensité ou de leur fréquence. Dans cette situation, leur prise en charge est assurée par l'Assurance Maladie, sous réserve d'un accord préalable du service du contrôle médical.

Ce cadre consacre ainsi une logique de partage explicite des financements entre secteur hospitalier et soins de ville, en conditionnant le recours au libéral à une impossibilité objectivée de prise en charge interne et à une validation préalable par l'Assurance Maladie.

## Un mécanisme dérogatoire strictement encadré

Le dispositif repose sur une logique de subsidiarité clairement affirmée. Il n'autorise le recours à un orthophoniste libéral que dans les situations où le CMP ne dispose pas des ressources nécessaires pour assurer les soins en interne, notamment en raison de leur intensité ou de leur fréquence.

Dans ce cadre, les soins relèvent de l'enveloppe des soins de ville et sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Ce recours est toutefois subordonné à une procédure formalisée, articulée autour d'une évaluation clinique préalable, d'une prescription médicale émanant du CMP et d'une demande d'accord adressée au service du contrôle médical.

Le médecin prescripteur doit ainsi produire un argumentaire circonstancié, permettant de justifier à la fois la nécessité des soins et l'impossibilité de leur réalisation en interne. L'absence de réponse du service médical dans un délai de quinze jours vaut décision d'accord.

Ce cadre transforme sensiblement la nature du recours à l'orthophonie libérale. D'une pratique historiquement souple et largement intégrée aux parcours de soins, celui-ci devient un mécanisme dérogatoire, conditionné et opposable, impliquant une formalisation accrue des pratiques et une vigilance renforcée des établissements.

## Un risque d'indus renforçant les exigences de sécurisation

La mise en œuvre du dispositif s'accompagne d'une clarification des responsabilités financières, dont les conséquences sont directes pour les établissements de santé.

Le respect strict de la procédure conditionne désormais la légitimité de la prise en charge au titre de l'enveloppe des soins de ville. En cas de manquement — qu'il s'agisse d'une absence de demande d'accord préalable, d'un argumentaire insuffisant ou d'un défaut de traçabilité — la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée, avec un risque de récupération d'indus. Plusieurs caisses primaires d'assurance maladie ont d'ores et déjà annoncé le lancement de contrôles sur ce périmètre.

Dans ce contexte, la mise en place d'un suivi structuré des demandes et d'un archivage rigoureux des pièces justificatives apparaît indispensable. Les établissements doivent être en mesure de démontrer, à tout moment, la réalisation effective de la demande d'entente préalable et le respect des conditions du dispositif.

[1] DREES, Les dépenses de santé en 2023 – Édition 2024

Bien que celui-ci soit entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026, les précisions opérationnelles n'ont été apportées que récemment, notamment à travers la diffusion d'un guide par la CNAM. Cette situation a conduit à l'instauration d'une période de tolérance jusqu'au 30 avril 2026. À compter du 1<sup>er</sup> mai 2026, toute nouvelle prescription ou renouvellement intervenant dans le cadre d'un CMP devra se conformer strictement aux exigences définies, faisant de cette échéance un point de bascule majeur pour les organisations internes.

## Un dispositif contraint par des outils inadaptés

Si le cadre réglementaire apporte une clarification attendue, ses modalités de mise en œuvre demeurent aujourd'hui marquées par des limites opérationnelles significatives.

En l'absence d'accès à AmeliPro pour les établissements de santé, les demandes d'accord préalables reposent sur un circuit exclusivement papier. L'envoi des dossiers par courrier, associé à l'obligation de preuve de transmission, génère une charge administrative importante.

Par ailleurs, le recours au formulaire CERFA de droit commun<sup>[2]</sup>, qui n'a pas été conçu pour les spécificités du dispositif, soulève plusieurs difficultés. Ce formulaire est en principe destiné à être complété par le professionnel réalisant les soins. Dans le cadre du dispositif, il revient toutefois au CMP — et non à l'orthophoniste libéral — de renseigner et d'adresser la demande au service médical, ce qui en limite la pertinence et l'adéquation aux pratiques.

Ces contraintes contribuent à une forme de complexification administrative des organisations, en décalage avec les objectifs de simplification et de sécurisation des parcours. Elles interviennent dans un contexte de forte tension sur les ressources en psychiatrie, alors même que la santé mentale est réaffirmée comme une priorité nationale.

## Un risque d'extension du dispositif ?

Le dispositif issu de l'article R.162-31-8 du Code de la Sécurité sociale apporte ainsi une clarification bienvenue d'un cadre juridique jusqu'alors incertain. En consacrant une distinction explicite entre ce qui relève de la dotation hospitalière et ce qui doit être financé par l'enveloppe de ville, il introduit toutefois une logique de segmentation des financements susceptible de dépasser le seul champ de l'orthophonie.

Cette évolution interroge, en particulier, la prise en charge de certaines dimensions du parcours ambulatoire en psychiatrie. La question du suivi somatique des patients, ou encore celle du recours à d'autres professionnels de santé libéraux — notamment infirmiers — pourrait ainsi être posée dans des termes similaires.

Dans un modèle historiquement fondé sur une approche globale et intégrée des parcours de soins, ces évolutions invitent à s'interroger sur les frontières du financement et sur la répartition des responsabilités entre acteurs hospitaliers et soins de ville.

Le cadre posé par l'article R.162-31-8 pourrait ainsi constituer un précédent structurant. Il peut également être analysé comme un premier jalon vers une logique de financement au parcours, dans laquelle la répartition des financements entre acteurs évoluerait.

---

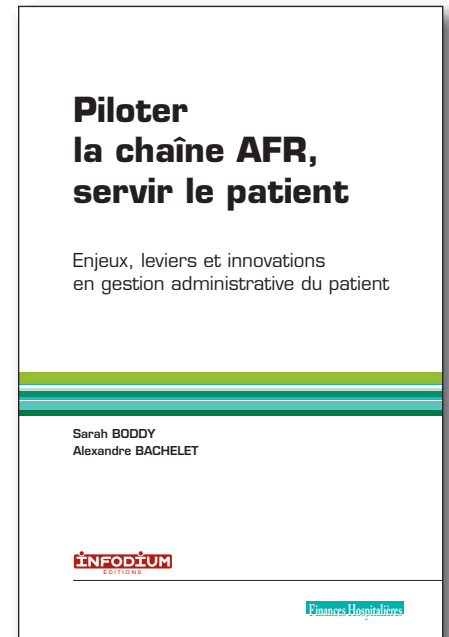
[2] Cerfa 12040\*03

# Piloter la chaîne AFR, servir le patient

Par **Sarah BODDY**  
et **Alexandre BACHELET**

Préface de **Camille DUMAS**

- Appréhender les enjeux stratégiques de la chaîne Accueil  
- Facturation - Recouvrement
- Structurer et organiser la chaîne AFR
- Simplifier et moderniser le parcours administratif  
des patients
- Sécuriser le financement hospitalier au titre des recettes d'activité



**INFODIUM**  
ÉDITIONS  
www.infodium.fr

## BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic  
Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00



	QTé	HT	TTC
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> , Je commande le livre <i>Piloter la chaîne AFR, servir le patient</i> Par Sarah BODDY et Alexandre BACHELET - TVA : 5,5 % REF : E22 ISBN : 979-10-979851-0-3	.....	71,09	<b>75,00</b>
A partir de 11 exemplaires	.....	55,92	<b>59,00</b>
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	.....	.....	.....
		<b>Total</b>	<input type="text"/>

Mme,  Mlle,  M.

Nom : ..... Prénom : .....

Établissement : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal  
à l'ordre d'**INFODIUM**.

Je recevrai une facture  
justificative.

A réception de facture  
(avec RIB)

## FINANCEMENT

## Le développement du financement participatif, une opportunité nécessitant une vigilance accrue pour les établissements publics de santé (EPS)

Portant sur des projets « citoyens » ou de co-financement, le financement participatif se développe, et contribue aujourd'hui au financement du service public hospitalier. Il reste néanmoins soumis à un cadre strict et des montants limités, et appelle à la fois à une réflexion stratégique et à une vigilance des EPS sur l'opportunité d'y avoir recours.

Laurent BLART

Directeur d'hôpital

### Le financement participatif : de quoi parle-t-on ?

Depuis la loi DDAUE du 8 octobre 2021<sup>[1]</sup>, les établissements publics de santé (EPS) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) de droit public peuvent recourir au financement participatif. Cette nouvelle modalité de financement nécessite une intermédiation par un tiers au moyen d'un site internet pour mettre en relation prêteurs et emprunteurs et assurer la collecte de fonds nécessaires à un projet<sup>[2]</sup>. Ce tiers, généralement une plateforme<sup>[3]</sup>, est ainsi soit intermédiaire de financement participatif (IFP), soumis au régime national ; soit prestataire de service de financement participatif (PSFP), et dans ce cas soumis au régime européen.

Le financement participatif peut recouvrir dans le champ sanitaire :

- le financement participatif par prêt rémunéré (« crowdfunding en prêt ») assurant aux prêteurs un remboursement avec intérêts ;
- à titre expérimental, un financement participatif obligataire a été introduit par la loi DDAE jusqu'au 31/12/2026 (avec un dépôt de dossier possible uniquement jusqu'au 31 mars 2026). Soumis à des règles contraignantes<sup>[4]</sup>, ce dispositif n'a pas été utilisé, et, à ce jour, aucune pérennisation n'a été annoncée.
- le financement participatif en don (« donation-based crowdfunding »), sans contrepartie significative de la part de l'emprunteur au donateur.

Offre pour des projets « citoyens » ou de co-financement, le financement participatif permet d'assurer le financement de projets afférents à tous les champs du service public<sup>[5]</sup>.

[1] Loi n°2021-1308 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine des transports, de l'environnement de l'économie et des finances. Les dispositions concernées sont codifiées aux articles L. 1611-7-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT) et L. 6145-8-2 du code de la santé publique (CSP).

[2] Art. L. 548-1 du code monétaire et financier.

[3] Au préalable, ces plateformes sont par ailleurs soumises à des règles d'immatriculation, d'agrément en cas de collecte de fonds et d'assurance en responsabilité civile spécifiques.

[4] Il nécessite ainsi un dépôt de dossier sur la plateforme « démarches simplifiées » et une validation du préfet sur cette base et avec l'avis du réseau DGFIP. En outre, les projets doivent être portés par des structures ayant alternativement une durée apparente de la dette inférieure à 12 ans ou une CAF nette positive sur les 3 dernières années.

[5] À l'exception des missions de police et de maintien de l'ordre public.

## Le financement participatif des EPS reste soumis à un encadrement strict et à des montants limités

Le recours au financement participatif fait l'objet d'un encadrement strict. Après une mise en relation exclusivement en ligne, il est essentiel de garder à l'esprit que la plateforme assurant la collecte de fonds n'est qu'un intermédiaire, et non le prêteur, ce qui emporte trois exigences.

En premier lieu des contrats individuels doivent être signés en le porteur de projet (EPS) et chacun des prêteurs : en pratique, ces contrats peuvent néanmoins être standardisés et générés électroniquement par la plateforme, et n'obligent pas à une négociation individuelle entre l'EPS et chaque prêteur. En second lieu, une convention de mandat entre l'EPS ou le GCS (mandant) et la plateforme (mandataire) doit impérativement être conclue avant le début des opérations de collecte. Cette convention de mandat doit ainsi d'une part recevoir un avis conforme du comptable public de l'établissement<sup>[6]</sup>, sous peine de relever d'une situation de gestion de fait. La convention doit d'autre part prévoir obligatoirement<sup>[7]</sup> les modalités et périodicités d'encaissement et de reversement (y compris des sommes encaissées à tort), les modalités de reddition de comptes (une fois par an au minimum), les contrôles mis à la charge du mandataire et le contrôle de la régularité des opérations du mandataire assuré par le comptable public. En troisième lieu, l'intermédiaire assurant la collecte doit prévoir une comptabilité séparée retraçant l'exécution du mandat<sup>[8]</sup>.

En matière de financement participatif par prêt, les prêts accordés supérieurs à un an rentrent dans le champ d'application du décret 2011-1872 du 14 décembre 2011 soumettant certains EPS à autorisation préalable d'emprunt de l'ARS. L'écriture comptable, déjà identifiée dans l'attente d'une intégration en M21, enregistre ainsi le capital perçu au crédit du compte 1687 « Autres dettes ».

Le financement participatif n'est enfin possible que pour des montants limités. Ainsi, dans le cadre du financement participatif par prêt, le code monétaire et financier plafonne les prêts individuels via des IFP à 2 000 € par prêteur et par projet ; et limite leur maturité à une durée maximale de sept ans. Si la plateforme relève du régime européen (PSFP) en revanche, la limite s'applique au porteur de projet pour un plafond de 5 M€ par an. En matière de don, ces plafonds ne s'appliquent pas.

## De plus en plus visible, le financement participatif par prêt se développe et nécessite l'engagement d'une véritable réflexion stratégique par les EPS

Avec l'arrivée d'acteurs sur le champ sanitaire<sup>[9]</sup>, le financement participatif par prêt semble devoir se développer dans le secteur hospitalier dans les années à venir, pour porter ou co-porter des projets d'investissement. Sans être nécessairement aujourd'hui plus attractif en termes de taux, ce mode de financement possède un avantage communicationnel, en permettant d'associer les citoyens et agents économiques d'un territoire au financement de leur hôpital. Dans le cadre d'un accès difficile de certains hôpitaux au crédit bancaire, il peut également présenter un complément ponctuel de financement pour certains hôpitaux.

Toutefois, les règles strictes encadrant son recours (cf. infra) nécessitent une vigilance accrue des gestionnaires publics. En outre, les montants comme les maturités de ces emprunts ne leur permettent pas, à date, de se poser comme des financements principaux de très gros projets ou de très long terme.

Les EPS souhaitant envisager cette modalité de financement doivent donc l'accompagner d'une véritable réflexion stratégique, bien au-delà du seul intérêt financier.

[6] Article D1611-32-2 du CGCT.

[7] Articles D1611-32-3, D1611-32-5, D1611-32-6, D1611-32-7 du CGCT.

[8] Articles D1611-32-4 du CGCT.

[9] Telles la plateforme Villyz, première plateforme française agréée par l'Autorité des marchés financiers comme PSFP.

# FONCTION "FINANCES"

## Finances hospitalières : tous sur le pont et on garde le cap !

Accès aux soins, organisations hospitalières et moyens mobilisés sont autant de thématiques récurrentes dans le débat public de ces dernières années. Une grande absente, car discrète : la fonction « finances », pourtant partout incognito. Au rendez-vous de ses responsabilités, elle détermine ce qui est possible, ce qui ne l'est pas, et à quelles conditions, au service d'un projet d'établissement et de sa population ; défailante, l'établissement perd alors progressivement le cap de la soutenabilité et la maîtrise de son destin. À l'hôpital public, la fonction « finances » ne se réduit pas à une technocratie méconnaissant les facteurs humains et sociaux et dépasse l'exercice de fonction support : elle est l'une des chevilles stratégiques de la capacité hospitalière à assumer les missions de service public.

Ce premier article inaugure une série consacrée à la fonction « finances » à l'hôpital. Il vise à en dresser un succinct panorama, mais aussi à défendre une vision qui animera le feuilleton : celle d'une fonction financière pensée comme un levier de pilotage, de robustesse et d'action collective, au service de la qualité des soins et de la soutenabilité de nos hôpitaux publics. Puisse ce feuilleton contribuer aux réflexions des connaisseurs et familiariser les néophytes – voire usagers du système de santé – avec cette fonction parfois décriée, souvent méconnue, et toujours essentielle.

Alexandre BACHELET, Driss BENNIS, Coralie HAAS, Marylène VIALARET

### La fonction financière, cheville stratégique et ouvrière nécessaire à assurer l'atteinte d'équilibres locaux dans un cadre national

La société française se caractérise par :

- un système de santé principalement axé sur le soin au détriment de la prévention, qui plus est historiquement « hospitalo-centré » ;
- une deuxième place européenne en termes de dépenses courantes de santé en part du PIB, et des soins hospitaliers représentant le premier poste de dépense de santé ;
- une socialisation avancée du financement du recours aux soins ;
- une rareté de la ressource publique, sur fond de difficultés budgétaires nationales devenues chroniques et de démultiplication des besoins d'investissement (transition écologique, réarmement, etc.).

C'est dans ce contexte que la fonction « finances » revêt, à l'hôpital public, une dimension stratégique et opérationnelle permanente, que les actuelles tensions de trésorerie rencontrées par certains établissements ne font qu'accentuer : sa structuration et son bon fonctionnement déterminent la capacité des établissements publics de santé à assumer leurs missions dans le respect des standards d'offre et de qualité légitimement attendus par la population et les professionnels de santé, dans le double cadre d'un modèle standard de financement commun à tous et d'un régime d'autonomie de gestion censé permettre une appréciation fine des besoins, une mobilisation adaptée des moyens et, partant, l'efficacité des réponses apportées.

La fonction financière à l'hôpital s'organise autour de processus de gestion transversaux, qui ont en commun de placer la disponibilité et la fiabilité de la donnée de gestion au principe du pilotage stratégique et opérationnel. Dans ce paradigme, la donnée doit être comprise et appréhendée comme un langage partagé entre les acteurs, leur permettant d'objectiver des enjeux, de caractériser des objectifs, de prendre des décisions, de mesurer des résultats de manière consensuelle, et ainsi d'éviter le désalignement cognitif, et de limiter les frictions « humaines » qui peuvent parasiter le fonctionnement d'une organisation.

Plus que l'efficacité, la fonction financière à l'hôpital vise ainsi le renforcement de la pilotabilité et la robustesse des organisations (évaluation, appui décisionnel), au service de l'action.

#### 4 sous-fonctions constituent la fonction « finances »

La fonction financière est composée de 4 grandes sous-fonctions, qui s'entre-alimentent et s'entre-déterminent :

- La stratégie financière : traduction du « projet d'établissement », en particulier dans son volet médical (i.e. comment structurer une offre hospitalière adaptée aux besoins de santé de la population dans un territoire de référence), détermination des grands équilibres et objectifs pluriannuels nécessaires et suffisants pour permettre sa mise en œuvre, coordination du suivi et de l'analyse financière entre l'ensemble des acteurs des cycles d'exploitation et d'investissement – y compris les pôles d'activité cliniques, puisque, dans un système de financement hospitalier dominé par la T2A, l'opérateur médico-soignant est le principal ordonnateur de la dépense publique en santé, à travers son pouvoir de prescription et de réalisation des soins. Il est ainsi le premier « facteur de production » des soins hospitaliers dans le modèle économique d'un hôpital, donc le premier facteur de génération de recettes, en couverture des besoins de fonctionnement et d'investissement de l'établissement ;
- Le pilotage budgétaire : définition de la méthodologie de suivi et d'analyse budgétaire avec les gestionnaires que sont les directions de ressources opérationnelles (ressources humaines médicales et paramédicales, ressources matérielles), définition des conditions de l'équilibre budgétaire général en fonction des objectifs de la trajectoire financière pluriannuelle, contrôle du respect des objectifs budgétaires par les gestionnaires, en considération de leurs propres objectifs et contraintes opérationnels. L'enjeu du pilotage budgétaire est de réduire au maximum l'incertitude méthodologique affectant la prospective, afin qu'elle ne s'ajoute pas aux incertitudes de fond, notamment quant aux modalités et niveaux de financement de l'activité hospitalière. C'est un exercice qui se doit d'être collectif et transparent, et nécessite une coordination efficace par la direction des Finances. Le pilotage budgétaire mobilise essentiellement des données issues de la comptabilité générale dont la qualité doit faire l'objet d'une attention forte et continue (cf. infra contrôle interne). Il s'articule avec l'exécution de la stratégie financière dans le cadre d'une démarche d'optimisation des flux de trésorerie.
- Le pilotage de gestion : production de l'information analytique, définition des critères et contrôle de la performance des organisations en termes de service médical rendu et d'efficacité, à travers la formalisation de ratios entre les moyens engagés et les résultats obtenus. Il existe nécessairement une interconnexion entre les approches de comptabilité générale et de comptabilité analytique, et leur bonne articulation doit être réfléchie et orchestrée dans le cadre d'une politique dédiée. Le pilotage de gestion est un vecteur crucial de mobilisation des équipes opérationnelles, en particulier médico-soignantes, au service des objectifs de bonne utilisation des deniers publics et de consolidation des marges de manœuvre financières de la structure ;
- Le contrôle interne : définition des critères de la qualité comptable (respect du cadre réglementaire, sécurisation des processus et flux économiques, fiabilisation des données de gestion), rédaction et actualisation de procédures de gestion (qui sont aussi des procédures de production de l'information comptable et de gestion), réalisation d'audits de processus aux fins d'évaluation de la conformité des pratiques et d'ajustement éventuel (des pratiques et/ou de la procédure qui les régit). L'enjeu de la politique de conformité devient de plus en plus stratégique dans un environnement de gestion qui place désormais la donnée au fondement de la pilotabilité des organisations. Les exigences de conformité s'appliquent en effet à toute pratique de production d'information, que ce soit dans la

sphère financière (ex : imputation d'une dépense sur un compte, une UF), médicale (ex : saisie des tops horaires au cours d'une intervention chirurgicale) ou industrielle (ex : comptabilisation des quantités de linge traitées en blanchisserie par catégorie). La politique de contrôle interne s'articule nécessairement avec le partenariat établi entre l'ordonnateur et le comptable public, mais aussi avec l'aiguillon de la certification externe des comptes (ou de la « fiabilisation » des comptes pour ceux des établissements qui n'y sont pas juridiquement soumis).

Ces 4 grandes sous-fonctions, qui constituent le cœur de la fonction financière à l'hôpital, s'inscrivent dans un continuum stratégique et de gestion : elles ont, certes, leurs spécificités justifiant leur distinction, mais sont perméables ; elles se nourrissent les unes, les autres, formant un dispositif intégré.

## 4 sous-fonctions qu'il convient de structurer

Elles s'appuient sur 3 dimensions structurantes :

- Elles doivent être organisées. Qu'il ou elle soit directeur·trice, responsable ou assistant·e, chaque collaborateur·trice exerçant une fonction financière s'inscrit tout d'abord dans la maîtrise d'un socle de missions et tâches réalisées de façon récurrente et régulière, garantissant ainsi qualité et continuité du service rendu (ex. visa et qualification des opérations comptables, animation des équipes, pédagogie, contribution active à la décision, etc.). En parallèle l'organisation doit impérativement prévoir et réaliser et/ou piloter des missions d'approfondissement et de structuration continues (construction, analyse, recherche de la robustesse et de la performance). Enfin et par-dessus tout, chaque acteur doit pouvoir utilement s'approprier, selon ses fonctions, les enjeux stratégiques de l'établissement, qu'ils soient définis ou bien à définir. Soit 3 niveaux : socle quotidien, compréhension approfondie et action structurante, et stratégie.
- Elles s'inscrivent dans un réseau partenarial interne et externe à l'établissement : interne, avec la gouvernance (instances, direction générale), les responsables des structures internes (pôles, services, unités cliniques et médico-techniques) et, bien sûr, les directions opérationnelles gestionnaires (ressources matérielles, etc.) ; externe, tout autant, avec de nombreux partenaires publics (Assurance maladie, Agences régionales de santé, Finances publiques, Conseils régionaux et départementaux, Ministère de la santé, autres hôpitaux, etc.) et privés (Commissaires aux comptes, établissements de santé privés, Assurances maladies complémentaires, organismes de financement, etc.).
- Elles requièrent des outils, aux premiers rangs desquels des environnements logiciels « métiers » (dont la GEF est le noyau dur), décisionnels (on recourt encore communément à l'anglicisme de « business intelligence ») et documentaires (« GED »), des technologies et capacités de traitement dignes de la taille et de la complexité de nos organisations, une datavisualisation pensée pour les décideurs et utilisateurs, une dématérialisation avancée, etc.

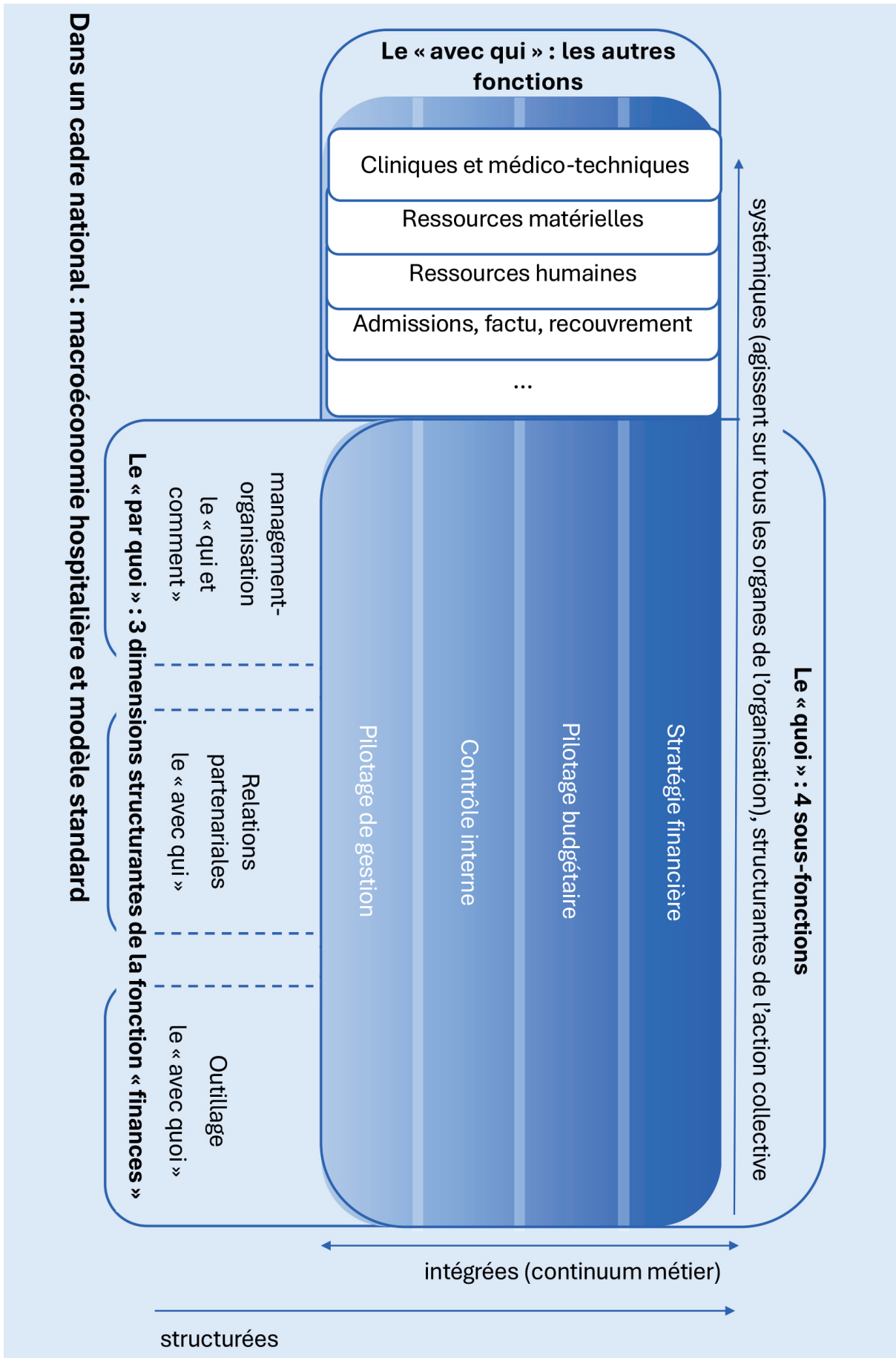
## 4 sous-fonctions à vocation systémique

Elles doivent être pensées et mises en œuvre dans le cadre d'une politique cohérente, proposée par la direction des Finances, arbitrée et portée politiquement par la Direction générale et la Gouvernance, puis déclinée opérationnellement par l'ensemble des acteurs, sous la coordination de la direction des Finances.

À ce titre, la fonction « finances » constitue, sur le fond, le relai de la Gouvernance et de la Direction générale dans la déclinaison exécutive de la stratégie retenue et relève, sur la forme, d'un exercice collectif, quoique coordonné par la direction des Finances. Autrement dit : tout responsable de structure interne est partie prenante de la fonction « Finances » bien comprise, et la direction des finances n'en est que la clé de voûte.

Ces 4 sous-fonctions sont systémiques, car elles agissent sur tous les organes de l'organisation. Cette vocation structurante est leur essence même : en déterminant l'espace des possibles et les conditions de l'atteinte des objectifs pluriannuels de l'établissement dans un cadre soutenable (stratégie financière), et en assurant la traduction et le pilotage infra-annuel (pilotage budgétaire et pilotage de gestion) dans le respect de standards de qualité nécessaires à éclairer les décisions de la gouvernance et à les décliner opérationnellement (contrôle interne), elles irriguent l'action collective.

La fonction finances : 4 sous-fonctions intégrées, structurées et à vocation systémique



## RAPPORT FINANCIER

## Les structures financières de l'AP-HP et de l'AP-HM

Grâce aux rapports financiers, les structures financières de 2024 peuvent être appréhendées s'agissant l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille. Elles révèlent un équilibre financier assez éloigné de l'idéal qui se manifesterait à travers l'égalité :  $FR(0) - BFR(0) = T(0)$ . Depuis plusieurs années, les centres hospitaliers publient des rapports financiers. Ces publications respectent-elles les exigences réglementaires<sup>[1]</sup>, et au-delà, les caractéristiques qualitatives de l'information financière et aux contraintes à prendre en considération<sup>[2]</sup> ? Au sujet des structures financières, fonds de roulement (FR), besoin en fonds de roulement (BFR) et trésorerie (T), la réglementation limite le contenu du rapport financier à leurs évolutions. Pour la parfaite information, il paraît souhaitable de traiter aussi le niveau des structures financières. Pour tenter de répondre à la question, l'analyse de quelques rapports les plus importants en termes financiers<sup>[3]</sup> sera menée, autour des structures financières de l'AP-HP et de l'AP-HM.

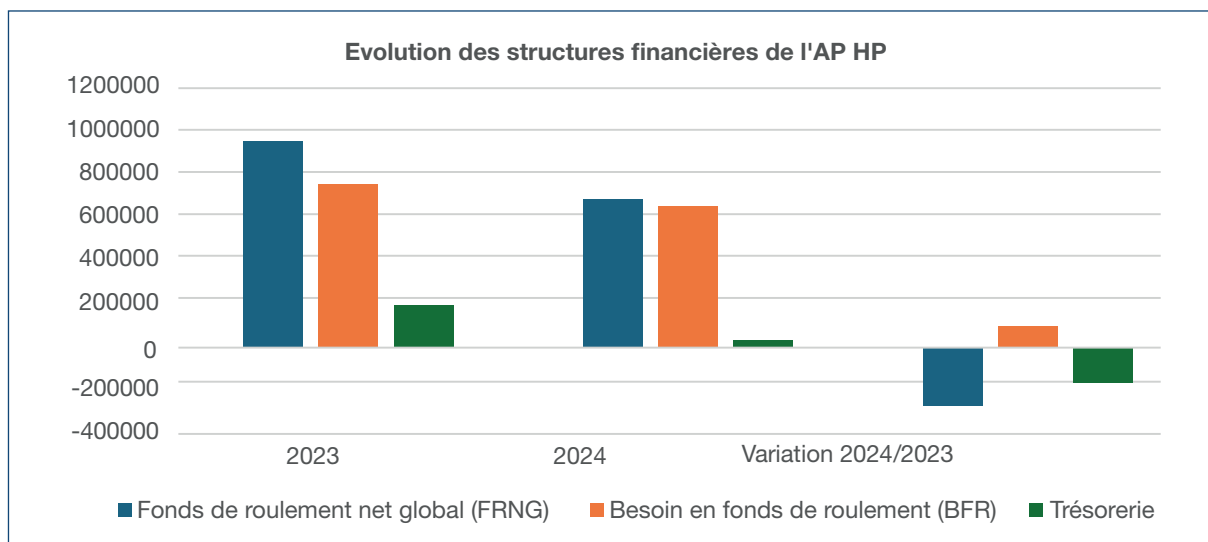
Jean-Bernard MATTRET

### Les structures financières de l'AP-HP

Le tableau qui figure ci-après résume les structures financières de l'AP-HP.

Soldes en k€	2023	2024	Variation 2024/2023
Fonds de roulement net global (FRNG)	954252	685968	-268284
Besoin en fonds de roulement (BFR)	754793	653394	101399
Trésorerie	199459	32574	-166885

Soit graphiquement :



Grâce au bilan fonctionnel qui n'est pas présenté dans le rapport financier, il est possible de faire ressortir la position et la variation des structures financières : un fonds de roulement net global, un besoin en fonds de roulement, une trésorerie positifs ainsi qu'une diminution de ces structures entre 2023 et 2024.

### Le fonds de roulement net global positif

Un FR positif indique que les ressources durables l'emportent sur les valeurs immobilisées brutes. Cette situation peut provenir :

- d'une insuffisance des valeurs immobilisées brutes, signe d'un sous-équipement, d'une sous-activité de la collectivité ou de l'appartenance à un groupement qui effectue de nombreuses dépenses d'équipement brut. Le sous-équipement pourra être apprécié par une lecture directe de l'actif du bilan, colonne « amortissements ». Du côté de l'actif, la distinction entre les biens propres de la collectivité et les biens mis à la disposition ainsi que le contrôle de la réalité des charges à répartir sur plusieurs exercices est également utile ;
- d'une abondance de ressources durables découlant de recettes internes d'investissement ou de ressources externes d'investissement, essentiellement les emprunts. Il est donc nécessaire d'analyser la composition des capitaux permanents (Fonds propres/Concours extérieurs) pour apprécier le mode de financement des investissements. L'importance des recettes internes d'investissement peut être liée à des excédents définitifs de fonctionnement. L'abondance de concours extérieurs peut signifier que des ressources d'emprunt ont été mobilisées à tort dans la mesure où le centre hospitalier disposait de réserves importantes. Du côté du passif, il paraît nécessaire d'analyser l'évolution de la CAF ainsi que les modalités de désendettement, notamment grâce au compte 166 « emprunts de refinancement ».

Comme le prévoient les dispositions à valeur réglementaire, les commentaires associés du rapport financier se rapportent à la variation des structures financières, ici du fonds de roulement : « En 2024, le fonds de roulement net global (FRNG) enregistre une diminution de 268,2 M€ due principalement à la hausse de l'endettement et des amortissements et ce malgré des résultats déficitaires.

#### Au passif,

- Un résultat net global déficitaire qui augmente de 42 M€.
- Des reports à nouveau déficitaires de l'exercice précédent qui augmentent de 416 M€ en diminution du fonds de roulement.
- Des excédents affectés à l'investissement qui augmentent de 37 M€.
- Des subventions d'investissement en hausse de 65 M€.
- Une dette à moyen et long terme qui augmente de 107 M€ portant son niveau à 3,91 Md€.
- Un montant des provisions réglementées et autres qui augmente de 47 M€ en 2024. Il s'agit notamment de la hausse de 38 M€ de la provision fiabilisée pour propre assureur pour risque médical et de la hausse de la provision réglementée pour renouvellement des immobilisations pour 8 M€.
- La provision pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET baisse légèrement de 9 M€.
- La provision pour créances douteuses augmente de 6 M€.
- Des amortissements au bilan qui augmentent de 299 M€.

#### À l'actif,

- Le montant des immobilisations incorporelles augmente de 65 M€.
- Les immobilisations corporelles connaissent une hausse de 323 M€, dont 126 M€ au titre des constructions, 136 M€ pour les installations et le matériel. Les avances et acomptes sur commandes d'immobilisations corporelles augmentent à hauteur de 55 M€.
- Les immobilisations financières connaissent une baisse de 21 M€ consécutivement au versement de 20 M€ en 2024 au titre de l'article 50 de la LFSS ».

[1] La direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et la direction générale des finances publiques (DGFIP) ont publié en novembre 2014 une fiche intitulée « le rapport financier ». Elle peut être téléchargée à l'adresse : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_14\\_rapport\\_financier.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_14_rapport_financier.pdf). Voir aussi J.B. Mattret – le rapport financier in Finances Hospitalières n° 88 de février 2015

[2] Le chapitre 5 du cadre conceptuel des comptes publics s'intéresse aux caractéristiques des états financiers à l'adresse : [https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/cnosp/cadre-conceptuel/Cadre\\_conceptuel\\_4\\_juillet\\_2016.pdf?v=1584089625](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cnosp/cadre-conceptuel/Cadre_conceptuel_4_juillet_2016.pdf?v=1584089625). Voir J.B. Mattret – le cadre conceptuel de la comptabilité publique in Finances Hospitalières n° 89 de mars 2015.

[3] Les établissements de santé examinés sont les suivants : L'assistance publique – hôpitaux de Paris (exercice 2024), à l'adresse : [https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme10juin2025\\_rapportfinancier2024.pdf](https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme10juin2025_rapportfinancier2024.pdf) ; L'assistance publique – hôpitaux de Marseille (exercice 2024), aux adresses : <https://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/daf/rapport-financier/2025-07-21-rapport-financier-2024-part-1.pdf> ; <https://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/daf/rapport-financier/2025-07-21--rapport-financier-2024-part-2.pdf>.

## Modèle d'interrogation sur le Fonds de Roulement

I. Le FR positif traduit un surplus de ressources durables lié soit à un excès de ressources durables soit à une insuffisance d'emplois durables.

Dans le premier cas, il importe en premier lieu de s'interroger sur l'existence d'un fonds de roulement. Dans la mesure où il peut couvrir un besoin en fonds de roulement, l'existence du fonds de roulement est justifiée.

Sinon, elle révèle seulement une mobilisation excessive de ressources durables. S'il s'agit d'emprunts, ils entraînent des frais financiers inutiles. S'il s'agit de fonds propres, ils pourraient être utilisés au remboursement anticipé des emprunts. Sur la part respective des capitaux propres et des dettes financières supérieures à un an, il y a lieu de s'interroger sur la structure idéale de financement des investissements. Pour répondre à cette question, on peut se référer à la pensée de deux économistes.

Ricardo a pu la déterminer. Le recours par l'État aux dettes financières est légitime pour financer des déficits liés à des dépenses productives, c'est-à-dire génératrices de revenus futurs. Paul Fabra donne l'explication la plus convaincante à ce sujet<sup>[4]</sup> : « *Du point de vue économique, la dette publique ne pose problème que dans la mesure où elle finance des dépenses improductives au sens strict du terme. Or, tel est pratiquement le cas puisque depuis plusieurs années, la politique a consisté à sortir du budget les dépenses correspondant à des investissements de caractère économique c'est-à-dire des investissements générateurs de revenus (et qui, par conséquent, comme on dit, peuvent se rembourser eux-mêmes). Désormais, comme cela est un principe de bonne gestion, on compte sur le marché pour financer ce genre de dépenses. Tel est le cas, par exemple, pour les télécommunications, les autoroutes, etc. Pour éviter toute confusion, improductif ne signifie pas inutile, et il arrive souvent qu'une dépense que l'on peut qualifier d'improductive (parce qu'elle n'est pas financièrement rentable) soit indispensable et plus utile qu'un investissement économique. La distinction ne vaut que pour le mode de financement. Faut-il rappeler que, pour les dépenses improductives, le seul mode de financement que l'on puisse recommander, c'est l'impôt ?* »

Gaston Jèze refuse de choisir entre l'impôt et l'emprunt comme mode de financement des dépenses publiques. Ce qui le préoccupe, c'est l'utilité de la dépense. Le recours à l'emprunt serait légitime si la dépense est utile. Pour cet auteur, les dépenses directement ou indirectement productives de recettes pécuniaires sont utiles... Et des dépenses d'abord inutiles pourraient devenir utiles par suite d'un développement économique imprévu<sup>[5]</sup>.

Il pourrait suffire de montrer que la nécessité de la dépense justifie le recours à l'emprunt ou à l'impôt (voir article 14 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen).

En cas d'insuffisance d'emplois durables dans l'hypothèse d'immobilisations insuffisantes, un fonds de roulement positif peut montrer une paupérisation de l'hôpital. Il n'entretient pas assez son patrimoine. Les équipements collectifs sont insuffisants.

II. D'une manière symétrique, le FR négatif peut provenir d'une insuffisance de ressources durables ou d'un excès d'emplois durables, notamment sous la forme d'immobilisations. À cet égard, le cas concret de l'AP - HM est révélateur.

On pourrait compléter le rapport financier. Le niveau du fonds de roulement est constamment positif. Grâce au bilan annexé au rapport des commissaires aux comptes<sup>[6]</sup>, il est possible d'avancer que le fonds de roulement comprend surtout des dettes financières à long terme, 90 %, des provisions, 9 % et des capitaux propres insignifiants, moins d'1 %.

Faute de comparaison, il est impossible de savoir si l'actif immobilisé est suffisant pour assurer dans de bonnes conditions le service public hospitalier. Tout au plus, le taux de vétusté des immobilisations est de l'ordre de 69 %.

Les ressources à long terme financent les immobilisations et une partie du besoin en fonds de roulement, moyennant des frais financiers. Dans ces conditions, il serait souhaitable de diminuer le besoin en fonds de roulement pour réduire le niveau du fonds de roulement et le rapprocher de 0.

[4] Paul Fabra — l'impôt, l'emprunt, le déficit — Le Monde, 18 septembre 1990.

[5] Gaston Jèze — Cours de finances publiques, pp. 112 – 113 éditions Marcel Giard, 1979.

[6] Le texte du rapport établi par les commissaires aux comptes qui sont associés à KPMG figurent à l'adresse : <https://www.calameo.com/books/004021827e5b59eebd6b3>.

## Le besoin en fonds de roulement positif

L'étude du « bas de bilan », c'est-à-dire la connaissance des comptes des classes 4, comptes de tiers, revêt une importance considérable pour apprécier la solvabilité à court terme d'une collectivité territoriale et pour expliquer d'éventuelles difficultés de trésorerie.

Un BFR négatif signifie que les dettes non financières l'emportent sur les stocks et les créances de la collectivité examinée. Cette situation peut survenir lorsque :

- les délais de règlement des fournisseurs et des autres créanciers sont inférieurs aux délais d'encaissement des clients ou des autres débiteurs de la collectivité ;
- les montants des dettes sont supérieurs aux montants des créances, dans l'hypothèse où délais de règlement et délais d'encaissement sont voisins.

Inversement, un BFR positif est possible lorsque les stocks et les créances sont supérieurs aux dettes non financières.

Pour apprécier le BFR, l'analyse des stocks et des comptes de tiers s'avère indispensable, en particulier les comptes d'imputation provisoire), les restes à recouvrer et à payer ainsi que les comptes de liaison qui relie le compte principal aux comptes annexes.

### Modèle d'interrogations sur le Besoin en Fonds de Roulement

- Du côté des actifs d'exploitation, niveau et évolution des stocks, des redevables et comptes rattachés, des autres comptes débiteurs, des créances à l'égard de l'État et autres collectivités publiques et des débiteurs divers. La question essentielle : les créances sont-elles recouvrées (donc possibilité de croisement entre examen de gestion et contrôle juridictionnel) ?
- Du côté des dettes d'exploitation, niveau et évolution des fournisseurs, du personnel et comptes rattachés, des dettes à l'égard de l'État et autres collectivités publiques et des créanciers divers. La question essentielle : ces dettes sont-elles payées ?
- Du côté des actifs hors exploitation, niveau et évolution des débiteurs divers, des intérêts courus à recevoir. La question essentielle : ces créances sont-elles recouvrées ?
- Du côté des dettes hors exploitation, niveau et évolution des fournisseurs d'immobilisation, des redevables-acquéreurs de biens, des intérêts courus à payer, des charges à répartir et des intérêts courus non échus. La question essentielle : ces dettes sont-elles payées ?

Comme le prévoient les dispositions à valeur réglementaire, les commentaires associés du rapport financier se rapportent à la variation des structures financières, ici le besoin en fonds de roulement : « *Le besoin de fonds de roulement (BFR) correspond à un décalage de trésorerie provenant de l'activité courante de l'APHP.*

*Il baisse de 101 M€ qui s'explique principalement par une baisse importante du montant des créances des Caisses de sécurité sociale pour 117 M€ et une augmentation des dettes de 36 M€, notamment les dettes sur immobilisations pour 23 M€ ».*

On pourrait compléter le rapport financier. Le niveau du besoin en fonds de roulement est constamment positif. Ce constat invite à améliorer le recouvrement des créances et les délais de paiement pour éviter de recourir à des lignes de trésorerie en limitant les frais financiers. Donc, le niveau du besoin en fonds de roulement avoisinerait, de manière optimale, 0.

## La trésorerie positive

La trésorerie peut être définie soit comme la tâche qui consiste à ajuster constamment les ressources aux charges, soit comme le volant de ressources grâce auquel cet ajustement est possible<sup>[7]</sup>.

[7] Michel Prada et René Barberye – La comptabilité publique, coll. L'administration nouvelle – Berger Levrault, 1988.

Pour Paul Fabra, dans la chronique « Variations sur la liquidité », Le Monde, 25 septembre 1990, la liquidité peut être définie comme la « négociabilité plus » : « Dans la pratique, la négociabilité plus dépend de la combinaison de deux facteurs. Techniquement, un actif liquide doit être à courte échéance pour tenir compte de l'incidence du taux d'intérêt sur la valeur du titre. Financièrement, il doit avoir été émis par un débiteur aussi sur que possible (d'où une marge d'appréciation inévitable) ... D'après Henri Kaufman, un actif liquide est une créance qu'on peut toujours vendre à un cours proche du pair ».

C'est la première partie de cette définition qui sera retenue ici. Or, les flux de trésorerie sont déterminés par des dates d'encaissement et de décaissement ainsi que par la relation fondamentale décrite ci-dessus :  $FR - BFR = T$ .

Une trésorerie  $T$  ne peut pas être négative, puisque le comptable public ne saurait payer une dépense en l'absence de trésorerie disponible. Les mandats qui font l'objet d'un sursis de paiement en raison d'une insuffisance de fonds au compte au Trésor sont pris en charge normalement. Le comptable en notifie sans délai la liste à l'ordonnateur, qui est seul qualifié pour déterminer l'ordre dans lequel il convient de procéder au paiement au fur et à mesure de la rentrée des disponibilités.

Néanmoins, la trésorerie qui regroupe les trésoreries active et passive du bilan fonctionnel peut révéler que le recours à des crédits de trésorerie empêche la trésorerie d'être négative.

La trésorerie peut être nulle ou excédentaire. Dans les deux cas, il importe de connaître l'origine de cette situation :

- un FR nul ou positif peut compenser un BFR nul ou négatif ; la trésorerie résulte alors d'un surplus de capitaux permanents sur les valeurs immobilisées nettes ;
- un BFR nul ou positif peut compenser un FR nul ou négatif ; dans ce cas, la trésorerie provient d'un délai d'encaissement des créances inférieur au délai de règlement des dettes.

#### Modèle d'interrogation sur la trésorerie

Le fait de savoir si la trésorerie positive est obtenue de manière conjoncturelle ou structurelle est de la plus haute importance pour régler les difficultés de trésorerie qui apparaîtraient en l'absence de crédits de trésorerie.

Si elles intéressent le fonds de roulement, elles sont de caractère structurel et seule une amélioration des ressources durables permettra de le rétablir.

Si les difficultés de trésorerie proviennent d'un besoin en fonds de roulement, elles sont de caractère conjoncturel et la solution pourrait passer par une amélioration de la politique du recouvrement, en concertation entre les services du comptable et de l'ordonnateur.

La structure financière idéale d'un établissement public de santé pourrait être :  $FR (= 0) - BFR (= 0) = T = 0$  dans la mesure où « l'impôt (ou les cotisations sociales) se justifie seulement dans la mesure où il est nécessaire pour faire face à des dépenses indispensables ; il devient abusif dès qu'il est employé à la constitution de réserves qui, au détriment du contribuable d'aujourd'hui, permettront plus tard de payer les dépenses incombant aux générations à venir ». (cf. instruction interministérielle de 1926 Chautemps-Doumer sur les placements budgétaires et les placements de trésorerie).

D'autres raisons plus contemporaines sont de nature à justifier une trésorerie proche de zéro :

- une trésorerie pléthorique qui serait placée crée des produits financiers modiques ;
- Réciproquement, une insuffisance de trésorerie financée par des crédits de trésorerie entraîne des frais financiers que la collectivité pourrait éviter.

Comme le prévoient les dispositions à valeur réglementaire, les commentaires associés du rapport financier se rapportent à la variation des structures financières, ici de la trésorerie passive : « Au 31/12/2024, le montant total des emprunts court terme de l'AP-HP, tous outils de financement confondus (hors CLTR), s'élevait à 95 M€ contre 0 M€ au 31/12/2023.

L'AP-HP dispose de 3 dispositifs permettant de lever des fonds à court terme :

1. NEU-CP
2. Contrats de ligne de trésorerie
3. Contrats CLTR

Au 31/12/2024, 1 contrat revolving (plafond de tirage de 48,6 M€).

Encours annuel moyen des contrats CLTR : 48,6 M€ ».

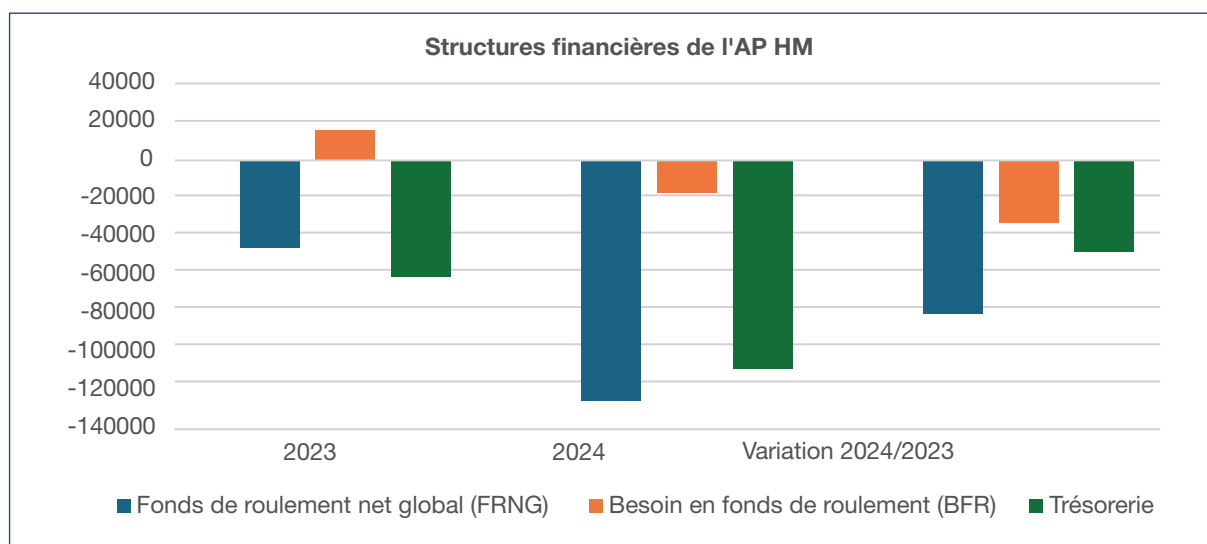
Le rapport financier omet de mentionner le montant de la trésorerie active, 108 M€. L'origine structurelle de la trésorerie, i.e. un surplus de fonds de roulement sur le besoin en fonds de roulement, n'est pas retracée dans le rapport financier. Or, dans l'idéal, la trésorerie devrait se rapprocher de 0 pour éviter des frais financiers liés à la souscription de lignes de trésorerie. Un excédent trop important de trésorerie n'est pas à rechercher, car les placements autorisés sont peu rémunérateurs.

## Les structures financières de l'AP-HM

Le tableau qui figure ci-après résume les structures financières de l'AP-HP :

Soldes en k€	2023	2024	Variation 2024/2023
Fonds de roulement net global (FRNG)	-45296	-125341	-80045
Besoin en fonds de roulement (BFR)	15441	-16977	-32418
Trésorerie	-60737	-108364	-47627

Soit graphiquement :



Grâce au bilan fonctionnel qui est présenté dans le rapport financier, il est possible de faire ressortir la position et la variation des structures financières : un fonds de roulement net global, un besoin en fonds de roulement et une trésorerie négatifs ainsi qu'une diminution de ces structures entre 2023 et 2024.

### Le fonds de roulement net global négatif

Selon le rapport financier, « le fonds de roulement net global négatif se creuse à plus de 125 M€ sous l'effet de l'accroissement du report à nouveau déficitaire dû à l'importance du résultat comptable déficitaire de l'année de -96,7 M€.

Dans le détail le fonds de roulement d'investissement est positif : le volume de ressources qui augmente avec la hausse des subventions et des amortissements permet de couvrir les emplois dont la hausse est tirée essentiellement par les opérations d'investissement du projet de modernisation.

En revanche, le fonds de roulement d'exploitation est en rupture en raison du poids du report à nouveau déficitaire, qui s'accroît encore de 12 % pour atteindre près de 700 M€.

En poursuivant sa dégradation, le cycle d'exploitation, déficitaire depuis plusieurs années, aggrave la situation financière et patrimoniale de l'APHM ».

Le rapport financier compare aussi le financement des investissements pour les seules années 2023 et 2024. Il omet de traiter la question depuis l'origine de l'entité examinée.

On peut s'interroger sur le niveau des capitaux propres, qui devient négatif à hauteur de 30 M€. S'il s'agissait d'une entreprise privée, il y aurait lieu de la recapitaliser par abondement des apports.

En M€	2023	2024	Variations
<b>Apports</b>	458,06	458,5	0,44
<b>Réserves de trésorerie</b>	54,88	54,88	-
<b>Excédent affecté à l'investissement</b>	100,18	100,27	0,09
<b>Report à nouveau déficitaire</b>	- 618,91	- 692,07	73,16
<b>Report à nouveau excédentaire</b>	18	19,09	1,09
<b>Résultat de l'exercice</b>	- 71,98	- 96,75	- 24,77
<b>Subventions d'investissements</b>	76,15	122,08	45,93
<b>Provisions réglementées</b>	2,36	3,58	1,22
<b>TOTAL</b>	<b>18,74</b>	<b>- 30,41</b>	<b>- 49,16</b>

### Le besoin en fonds de roulement négatif ou ressources en fonds de roulement

Selon le rapport financier, « *parallèlement, pour compenser cette absence de fonds propres qui grève la trésorerie disponible, l'APHM génère un excédent de financement d'exploitation de 17 M€ par l'augmentation des dettes fournisseurs qui atteignent 210 M€ en hausse de 29 M€ par rapport à 2023. Ce montant aurait été beaucoup plus élevé si 45 M€ de lignes de trésorerie n'avait pas été contractée en mai 2024.*

*Les délais de rotations calculés selon ce niveau de dettes fournisseurs peuvent être évalués à près de 110 jours bien au-delà du délai de paiement réglementaire de 50 jours. Pour mémoire, ils se sont élevés en moyenne à 93 jours fin 2023 et à 47 jours en 2022 ».*

### La trésorerie négative

Toujours selon le rapport financier, « *fin 2024, la trésorerie reste négative à près de 108 M€ avec une utilisation de concours bancaire en forte hausse grâce à l'obtention des deux nouvelles lignes permettant d'atteindre 145 M€ de concours bancaires court terme ».*

On peut s'interroger sur l'utilisation de ces lignes de crédit au regard des dispositions de l'instruction M21 : « *L'ouverture d'une ligne de crédit a pour seul objectif de faire face à un besoin ponctuel et éventuel de disponibilités. Elle ne peut être analysée comme un recours à l'emprunt ».* Or, en 2024, les lignes de crédit ont financé des investissements.

## Conclusion : les enseignements des structures financières

Le modèle de rapport financier vise expressément l'évolution des structures financières. Mais il ne présente pas leur niveau, ce qui interdit de s'interroger sur les positions du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie ainsi que sur les actions correctrices à mener pour les rapprocher de la structure idéale :  $FR = BFR = T = 0$ .

# Juridique

Jean-Claude DELNATTE

## ADMINISTRATION PROVISOIRE

### **L'administration provisoire des établissements publics de santé à la lumière de la jurisprudence administrative**

La possibilité de placer un établissement public de santé (EPS) sous administration provisoire a été introduite par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, qui a inséré dans le code de la santé publique (CSP) un article L. 6143-3-1, plusieurs fois modifié par la suite. Depuis 2005 cette mesure s'est appliquée à près d'une quarantaine d'établissements et, dans plusieurs cas, a été contestée devant les juridictions administratives. La jurisprudence qui se dégage des jugements rendus permet d'éclairer tant sur le besoin fondé de la décision de mise sous administration provisoire que sur la procédure suivie dans ce cadre

#### La décision de placement sous administration provisoire

La décision de placement sous administration provisoire d'un EPS est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) « *...en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients ou lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.* »<sup>[1]</sup>.

Initialement, le dispositif de mise sous administration provisoire avait été conçu comme une contre partie du renforcement de l'autonomie des EPS voulu par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, comme l'indiquait le rapport au Président de la République sur ce texte :

« *La responsabilité de l'État est cependant préservée, à travers l'instauration d'un dispositif de mise sous administration provisoire d'établissements en situation durable de difficulté financière.* »<sup>[2]</sup>.

Ce n'est qu'ultérieurement que le « manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients » a été ajouté comme motif de mise sous administration provisoire par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

[1] Art. L. 6143-3-1 du CSP, 1<sup>er</sup> alinéa.

[2] Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

## Le manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients

Ce motif, qui peut renvoyer à de multiples situations, n'est pas précisément défini dans la loi. La Cour administrative d'appel (CAA) de Lyon a donné raison au directeur général d'ARS qui s'y était référé pour placer un établissement sous administration provisoire sur la base du constat d'évènements indésirables graves et d'une dégradation majeure et en voie d'aggravation des relations entre la direction et les instances médicales ainsi que des relations de travail, « *faisant obstacle à tout fonctionnement serein et entraînant une situation de blocage et de tension de nature à mettre en cause la sécurité de la prise en charge des patients.* »<sup>[3]</sup>.

Le requérant dans cette affaire s'étant alors pourvu en cassation, le Conseil d'État a jugé qu'il n'y avait pas lieu de renvoyer au Conseil constitutionnel la question prioritaire de constitutionnalité soulevée par celui-ci et son pourvoi a été rejeté<sup>[4]</sup>.

## La situation financière dégradée

Le placement sous l'administration provisoire en raison d'une situation financière dégradée, qui est à ce jour le principal motif de recours à cette mesure, ne peut être décidé qu'après mise en œuvre par le directeur général de l'ARS de la procédure prévue à l'article L. 6143-3 du CSP qui, dans sa rédaction la plus récente, issue de la loi HPST, dispose que :

« *Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :*

1° *Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;*

2° *Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret*<sup>[5]</sup>.

*Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. »*

C'est seulement si l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou encore lorsque ce plan ne permet pas de redresser la situation de l'établissement que le directeur général de l'ARS est fondé à placer l'établissement sous administration provisoire.

Avant de prendre cette décision, le directeur général de l'ARS « *...peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine.* » [6][7]. L'article R. 6143-41 du CSP énumère la liste des documents que le directeur général de l'ARS doit joindre à sa saisine, précise que le délai de deux mois dont dispose la chambre pour y répondre court à compter de la réception au greffe de l'ensemble de ces documents et prévoit que le président de la chambre doit informer le directeur de l'établissement de la saisine et de la date limite à laquelle ce dernier peut présenter ses observations écrites ou orales.

La CAA de Nancy a confirmé que la consultation préalable de la chambre régionale des comptes constituait une simple faculté et non un préalable obligatoire et le tribunal administratif (TA) de Rouen a statué dans le même sens<sup>[8][9]</sup>.

[3] CAA de LYON, 6ème chambre, 19/06/2025, 24LY02481, inédit au recueil Lebon – Légifrance.

[4] Conseil d'État, 1ère chambre, 22/12/2025, 507107, inédit au recueil Lebon – Légifrance.

[5] Ces critères sont définis à l'article D. 6143-39 du CSP.

[6] Art. L. 6143-3-1, 2ème al. du CSP.

[7] L'article L.232-5 du code des juridictions financières se réfère à ces dispositions.

[8] CAA de NANCY, 4ème chambre, 27/12/2019, 18NC01889, Inédit au recueil Lebon.

[9] Tribunal administratif de Rouen, lecture du 28 octobre 2025, N° 2302890, Inédit au recueil Lebon.

Dans la même affaire, le TA de Rouen a jugé que :

- La circonstance que la directrice de l'établissement concerné ait été placée en congé de maladie ultérieurement à la date de réception de la demande de plan de redressement ne dispensait pas l'établissement de satisfaire à cette demande et n'imposait pas au directeur général de l'ARS d'accorder un délai supplémentaire pour ce faire ;
- Le directeur général de l'ARS n'avait commis aucune erreur de droit ni d'erreur d'appréciation en exigeant la production d'un plan de redressement et en décidant le placement sous administration provisoire au motif principal de l'absence de production de ce plan dans le délai imparti.

La Cour de Nancy, dans l'affaire précitée, a considéré que la détérioration de la situation financière de l'établissement en cause était suffisamment caractérisée pour justifier de la part du directeur général de l'ARS une demande de présentation d'un plan de redressement, et que celui-ci était tout autant fondé à décider le placement sous administration provisoire de cet établissement au vu des deux plans de redressement présentés, reposant principalement sur une prévision jugée trop optimiste d'augmentation des recettes.

## Les administrateurs provisoires et leurs attributions

À l'origine, les administrateurs provisoires étaient des conseillers généraux des établissements de santé et depuis la suppression de ce statut d'emploi en 2017<sup>[10]</sup> ils sont soit inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit directeurs d'hôpital, ou sont choisis parmi des personnalités qualifiées. Ils sont désignés par le ministre chargé de la santé<sup>[11]</sup>.

Le 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 6143-3-1 du CSP, dispose que : « (...) Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur.

*Les administrateurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent. (...) »*

Dans une affaire jugée par la CAA de Nancy<sup>[12]</sup> le président du conseil de surveillance d'un centre hospitalier placé sous administration provisoire contestait la décision prise par l'administrateur provisoire de transformer le service de chirurgie en l'organisant sous forme de chirurgie ambulatoire avec activité opératoire limitée à deux jours par semaine. Après avoir été débouté en première instance, il avait fait appel, en faisant valoir que l'administrateur provisoire n'était pas compétent pour prendre une telle décision et en invoquant plusieurs vices de procédure, et en particulier le fait que l'administrateur provisoire n'aurait pas demandé l'avis du conseil de surveillance sur la décision contestée.

Après avoir rappelé que le directeur général de l'ARS avait décidé que, pendant la période d'administration provisoire, l'administrateur devait assurer les attributions du directeur et du conseil de surveillance du centre hospitalier la cour a jugé que, dans ces conditions, celui-ci était bien compétent pour déterminer les nouvelles conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et qu'il n'avait pas à solliciter l'avis du conseil de surveillance du fait que c'est lui-même qui en assurait les attributions.

## La fin et les suites de l'administration provisoire

Aux termes du dernier alinéa de l'article L. 6143-3-1 du CSP : « Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. À défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit. »

[10] Décret n° 2017-92 du 26 janvier 2017.

[11] Art. L. 6143-3-1, al.1<sup>er</sup> du CSP.

[12] CAA de NANCY, 3<sup>ème</sup> chambre, 06/06/2023, 20NC02376, Inédit au recueil Lebon-Légifrance.

Aux requérants qui soutenaient que l'administrateur provisoire n'avait pas établi de rapport de gestion deux mois avant la fin de sa mission, la CAA de Nancy a répondu que ce document ayant uniquement pour objet d'éclairer le directeur général de l'ARS sur les suites à donner à l'administration provisoire à l'issue de la période initiale, une telle omission, à la supposer même établie, était sans incidence sur la légalité de la décision en litige<sup>[13]</sup>.

Les articles L. 6131-1 et suivants du CSP, auxquels se réfère l'article L 614-3-1 précité, définissent les compétences du directeur général de l'ARS en tant qu'il est chargé de coordonner l'évolution du système hospitalier, « notamment en vue de :

...

3° Améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, notamment lorsque la procédure décrite à l'article L. 6143-3-1 n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement ; »<sup>[14]</sup>

A ces fins, il « peut demander à des établissements publics de santé :

1° De conclure une convention de coopération ;

2° De créer un groupement de coopération sanitaire, un groupement d'intérêt public ou une fédération médicale inter-hospitalière... ;

3° De prendre une délibération tendant à la fusion des établissements concernés... »<sup>[15]</sup>.

## La situation du directeur de l'établissement placé en administration provisoire

S'il est décidé que l'un des administrateurs provisoires exerce les attributions du directeur de l'établissement, celui qui occupait cette fonction est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion (CNG), sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis et cette mesure peut être étendue à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins<sup>[16]</sup>.

Le TA de Rouen a jugé dans l'affaire précitée que :

- la décision de mise sous administration provisoire en litige ne constitue ni une sanction ni une mesure prise en considération de la personne, pas plus qu'une mesure de police, mais a été adoptée dans l'intérêt du service.
- La décision de placement en recherche d'affectation de la directrice de l'établissement relevait de l'exercice d'une compétence liée pour la directrice générale du CNG, qui était tenue d'adopter la décision en litige sans avoir à porter d'appréciation sur les faits.

La CAA de Lyon<sup>[17]</sup> a jugé dans le même sens que le placement sous administration provisoire n'est pas une sanction disciplinaire infligée au directeur du centre hospitalier, et qu'en conséquence les moyens tirés de la méconnaissance des articles L. 532-4 et L. 532-5 du code général de la fonction publique applicable à la procédure disciplinaire des fonctionnaires, ainsi que des principes généraux du droit disciplinaire, étaient inopérants.

[13] CAA de NANCY, 3ème chambre, 06/06/2023, 20NC02376, Inédit au Lebon Légifrance.

[14] Art. L. 6131-1, 3ème du CSP.

[15] Art. L. 6311-2 du CSP.

[16] Art. L. 6143-3-3, 3ème al. du CSP.

[17] Op cit.

# Juridique

Hugo-Bernard POUILLAUDE

Avocat associé – Cabinet Aerige

Professeur de droit public à l'UPEC

Directeur du Master de droit de la santé

## PROTECTION FONCTIONNELLE

### **Vers une extension de la protection fonctionnelle aux gestionnaires publics mis en cause devant les juridictions financières ?**

Le régime de responsabilité financière des gestionnaires publics, issu de l'ordonnance du 23 mars 2022 et entré en vigueur le 1er janvier 2023, continue de faire l'objet d'ajustements, que nous avons le plaisir de suivre et d'étudier article après article... Si nous avons pu déplorer l'évolution de ce régime juridique, notamment avec l'exclusion du bénéfice de la protection fonctionnelle, il y a désormais quelques raisons de se rassurer, sinon de se réjouir... Après avoir exclu le bénéfice de la protection fonctionnelle, le Gouvernement amorce un revirement en envisageant son extension aux agents poursuivis devant les juridictions financières. Une évolution attendue, notamment dans le secteur hospitalier, qui prolonge les interrogations soulevées par notre précédent article.

#### Du refus de principe à l'ouverture législative de la protection fonctionnelle

Dans un article publié en juin 2025<sup>[1]</sup>, nous mettons en évidence la position restrictive adoptée par le Gouvernement et validée par le Conseil d'État dans sa décision du 29 janvier 2025 : la protection fonctionnelle ne s'imposait pas en cas de mise en cause devant la Cour des comptes, l'administration conservant seulement la faculté d'apporter un soutien à l'agent.

Cette solution, critiquée tant par la doctrine que par les praticiens, laissait les gestionnaires publics exposés à un risque financier important, en particulier au regard du coût des frais de défense. Elle apparaissait d'autant plus discutable que les poursuites engagées relevaient souvent de dysfonctionnements organisationnels plutôt que de comportements personnels fautifs.

Le projet d'article législatif présenté le 8 avril 2026 au Conseil commun de la fonction publique marque, à cet égard, un accent significatif. Il prévoit désormais d'imposer à l'employeur public d'accorder la protection fonctionnelle à l'agent poursuivi devant les juridictions financières, dès lors que les faits reprochés ne présentent pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice des fonctions. Ce faisant, le Gouvernement opère un rapprochement avec les régimes applicables en matière pénale et civile, consacrant une forme d'unification du champ de la protection fonctionnelle.

[1] Protection fonctionnelle des gestionnaires publics poursuivis au titre de leur responsabilité financière, *Finances Hospitalières* N° 202, juin 2025.

## Une protection fonctionnelle encadrée : entre principe et appréciation au cas par cas

Toutefois, cette évolution ne consacre pas un droit automatique à la protection fonctionnelle. Le projet insiste sur la nécessité d'une appréciation au cas par cas, dans la continuité des principes déjà applicables. Concrètement, la protection devrait couvrir la prise en charge des frais de défense (honoraires d'avocat, frais de procédure), y compris en appel et en cassation. En revanche, les sanctions financières éventuellement prononcées, notamment les amendes, resteraient à la charge personnelle de l'agent. Ce point constitue une ligne de fracture importante. D'un côté, les employeurs publics considèrent logique que l'agent reconnu fautif supporte la sanction. De l'autre, certaines organisations syndicales estiment qu'un agent agissant dans le cadre de ses fonctions ne devrait pas assumer seul les conséquences financières d'une décision relevant parfois de contraintes institutionnelles ou d'arbitrages collectifs. Cette tension renvoie directement aux critiques déjà formulées en 2025 : la distinction entre faute de service et faute personnelle, bien que classique, se révèle particulièrement délicate à manier dans le champ de la responsabilité financière.

## Un enjeu majeur pour les directeurs d'établissements publics, notamment hospitaliers

L'extension envisagée de la protection fonctionnelle répond à une attente forte des personnels de direction, en particulier dans la fonction publique hospitalière.

Ces derniers évoluent dans un contexte marqué par une pression accrue sur les finances publiques, une exigence renforcée d'efficacité et une judiciarisation croissante de l'action administrative. Les mises en cause personnelles se multiplient, exposant les directeurs à des risques juridiques et financiers significatifs. Dans ce cadre, l'absence de protection fonctionnelle pouvait produire des effets dissuasifs, incitant à une gestion excessivement prudente.

Comme le soulignaient déjà plusieurs analyses, un tel contexte est peu compatible avec les exigences de réactivité et d'adaptation propres à la gestion des établissements publics de santé. L'extension du dispositif pourrait ainsi contribuer à rééquilibrer le régime en sécurisant les gestionnaires dans l'exercice de leurs fonctions, sans pour autant remettre en cause leur responsabilité personnelle en cas de faute avérée.

## Vers une protection fonctionnelle « globale » ?

Au-delà de la seule prise en charge des frais de défense, la question de l'étendue de la protection fonctionnelle demeure posée.

Plusieurs acteurs plaident en faveur d'un accompagnement renforcé incluant, outre l'assistance juridique, un soutien psychologique, une protection de la réputation professionnelle et, le cas échéant, une communication institutionnelle adaptée.

Cette approche élargie s'inscrirait dans une conception plus moderne de la protection fonctionnelle, envisagée non seulement comme un mécanisme juridique, mais aussi comme un outil de gestion des ressources humaines face aux risques croissants d'exposition des agents publics. Elle soulève toutefois des interrogations quant à son coût et à ses modalités de mise en œuvre, dans un contexte budgétaire contraint.

## Une réforme encore incertaine, mais structurante

Si le Conseil commun de la fonction publique a validé le principe de cette extension, le processus législatif reste en cours. Le projet devra encore être adopté en Conseil des ministres, puis examiné par le Parlement, avec la possibilité d'évolutions substantielles. Dans cette attente, cette initiative marque néanmoins une étape importante dans la consolidation du régime de responsabilité financière des gestionnaires publics. Elle tend à corriger l'un des déséquilibres identifiés depuis l'entrée en vigueur de la réforme de 2023.

En définitive, l'évolution envisagée traduit une prise de conscience : la responsabilisation accrue des gestionnaires publics ne peut être pleinement effective sans un niveau de protection adapté à leur égard. À défaut, le risque est grand de substituer à une logique de responsabilité une culture de la précaution, peu compatible avec les exigences de l'action publique contemporaine, notamment dans le secteur sanitaire.

## Démographie médicale et accès aux soins

### Une progression du nombre de médecins en activité

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) met à disposition le 25 mars 2026 les données sur la démographie des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2025, issues du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS)<sup>[1]</sup> et le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) publie le 31 mars 2026 l'« Atlas de la démographie médicale 2026, état des lieux exhaustif de l'offre médicale en France ».<sup>[2]</sup>

Il ressort de ces deux publications que le nombre de médecins est en augmentation depuis 2012, pour atteindre au 1<sup>er</sup> janvier 2026, 245 847 médecins en activité inscrits au tableau de l'Ordre, tous modes d'exercice confondus, soit une hausse de 1,9 % sur la seule année 2025 et de 9,9 % entre début 2012 et début 2025.

Cette évolution est due à l'effectif croissant de médecins diplômés à l'étranger (11 % des médecins ont un diplôme étranger au 1<sup>er</sup> janvier 2025, après 7 % au 1<sup>er</sup> janvier 2012) et à l'entrée en activité des générations ayant bénéficié de la hausse du nombre de places en formation (numerus clausus), très forte entre 2000 et 2020

L'âge moyen des médecins en activité passe sous la barre des 50 ans - 49,9 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2025 alors qu'elle était de 51,1 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2012-, consacrant un rajeunissement durable de la profession.

Pour la première fois, les femmes sont majoritaires parmi les médecins en activité, représentant 50,5 % des effectifs en 2026, contre 40,1 % en 2010. Cette dynamique est particulièrement marquée dans les jeunes générations, où les femmes sont très largement majoritaires.

Le nombre de médecins généralistes repart à la hausse (+1,0 % en 2024), après avoir diminué de manière continue depuis 2018, du fait en partie de la création, en 2017, des spécialités « médecine d'urgence » et « allergologie » qui étaient auparavant exercées par des médecins généralistes disposant d'une formation complémentaire adaptée.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 100 000 médecins généralistes (42 % de l'ensemble des médecins) et 137 200 médecins d'autres spécialités sont en activité. Parmi ces derniers, les psychiatres sont les plus nombreux, avec un effectif d'environ 16 000 médecins. Suivent les chirurgiens (14 300), puis les anesthésistes et réanimateurs (13 500) et les médecins de spécialités de plateau médico-technique (radiologues, anatomo-cyto-pathologistes, radiothérapeutes, médecins nucléaires : 13 200).

Les modes d'exercice se diversifient, l'activité salariée tendant à devenir majoritaire et l'exercice mixte, alliant activités libérales et salariées, séduit de plus en plus de médecins

À l'horizon de 2040, le CNOM projette une hausse de l'ordre de 40 % du nombre de médecins.

### Un accès aux soins toujours problématique

Les effets positifs sur l'accès aux soins de ces évolutions quantitatives ne sont pas encore perceptibles.

- Le CNOM souligne que cet accès demeure une difficulté pleinement d'actualité, avec une majoration persistante des inégalités territoriales, affectant les soins primaires (médecine générale), et plus encore l'accès aux spécialistes médicaux et chirurgicaux et informe que toutes les données issues de l'Atlas alimenteront la réflexion collective en cours sur ce sujet dans le cadre du Livre blanc de l'Ordre des médecins, qui sera publié en octobre 2026.
- La troisième édition du Baromètre FHF x Ipsos BVA, publiée le 1<sup>er</sup> mars 2026, fait apparaître qu'une majorité des sondés estime que l'accès aux soins s'est dégradé depuis 2019.<sup>[3]</sup> Près des trois quarts des personnes interrogées déclarent avoir déjà renoncé à au moins un acte de soin au cours des cinq dernières années, contre 63 % en 2024 et dans plus de la moitié des cas, ce renoncement s'explique par l'allongement des délais d'attente. Ainsi :
  - Près de 2 semaines pour obtenir un rendez-vous chez un généraliste, contre 4 jours en 2019 ;
  - 4 mois pour un dermatologue, contre 2 mois en 2019.
  - 3 mois pour un cardiologue, contre 1 mois et demi en 2019.

[1] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/250728-DATA-demographie-des-medecins>

[2] <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/progression-nombre-medecins-rendez>.

[3] <https://www.fhf.fr/actualites/communiqués-de-presse/depuis-2019-la-degradation-continue-de-lacces-aux-soins-conduit-un-nombre-croissant-de-francais>.

Enfin, 40 % des personnes interrogées disent avoir renoncé aux soins pour des raisons financières.

- Selon une étude Ifop pour l'association AVEC Santé, publiée le 20 mars 2026, près d'1 Français sur 2 estime que son suivi médical manque de coordination, et 3 sur 4 ont le sentiment de devoir eux-mêmes faire le lien entre les professionnels de santé.<sup>[4]</sup>
- La Cour des comptes, qui consacre un chapitre de son dernier rapport annuel, publié le 25 mars 2026, à l'accès aux soins hospitaliers, constate que le maillage de l'offre hospitalière a peu changé malgré l'évolution des besoins de santé et appelle à sa réorganisation. (article à lire en juin dans *Finances Hospitalières*)

## Lancement de l'expérimentation « Interception : parcours de prévention des cancers chez les personnes à haut risque »

L'arrêté du 30 mars 2026 (JO du 31 mars 2026) autorise l'expérimentation « Interception : parcours de prévention des cancers chez les personnes à haut risque » à compter de la date de sa publication, dans les conditions précisées par le cahier des charges publié sur le site internet du ministère chargé de la santé : [www.sante.gouv.fr/article-51](http://www.sante.gouv.fr/article-51).

La ministre de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, annonce dans un communiqué de presse du 31 mars 2026 le lancement de cette expérimentation qui vise à identifier au plus tôt les personnes à haut risque de cancer, afin de leur proposer un parcours de prévention personnalisé dans le cadre d'une collaboration entre les professionnels de ville, les centres experts et le médecin traitant<sup>[5]</sup>.

Autorisée pour une durée de quatre ans à compter de la première inclusion, l'expérimentation concerne 6 440 patients dans sept territoires, à savoir l'Île-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes, la Bretagne, la Nouvelle-Aquitaine, la Provence-Alpes-Côte d'Azur, les Hauts-de-France et La Réunion et implique sept établissements de santé : l'institut Gustave Roussy, le centre Léon Berard, le centre Eugène Marquis, l'Institut Bergonié, l'institut du Cancer Avignon Provence, la polyclinique du Parc du groupe Elsan et le CHU de la Réunion. Elle bénéficie d'un financement dérogatoire du fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) à hauteur de 4,514 M€, auxquels s'ajoutent 1,5 M€ de coûts d'ingénierie, soit un total de 6,014 M€ sur quatre ans.

## Augmentation du montant de la participation forfaitaire due par l'assuré pour les actes coûteux

Le décret n° 2026-228 du 30 mars 2026 (JO du 31 mars 2026), pris pour l'application de l'article L. 160-14 du code de la Sécurité sociale (CSS), porte le montant de la participation forfaitaire due par l'assuré pour les actes coûteux, prévue au I de l'article R 160-16 du CSS, de 24 € à 32 € à compter du 1<sup>er</sup> avril 2026. Dans sa nouvelle rédaction, cet article dispose que :

« I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie est plafonnée à 32 euros dans les cas suivants :

1. Pour les actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
2. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 2 et en lien direct avec elle.

Dans les cas mentionnés aux 2 et 3 ci-dessus, la participation de l'assuré est due au titre des frais d'hospitalisation. »

[4] <https://www.ifop.com/article/travail-en-equipe-prevention-parcours-de-sante-ce-que-les-francais-attendent-vraiment-du-systeme-de-soins>

[5] <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/stephanie-rist-annonce-le-lancement-de-l-expérimentation-interception-une>

## Publication d'une feuille de route relative au dispositif de maîtrise des risques liés aux processus financiers des agences régionales de santé (ARS) pour 2026

La note n° SGMCAS/2026/7 du 25 mars 2026 (BO Santé - Protection sociale – Solidarités du 1<sup>er</sup> avril 2026) définit une feuille de route qui précise les actions et éléments attendus de la part des directeurs généraux d'ARS en 2026 pour conforter le dispositif de maîtrise des risques liés aux processus financiers.

## Modifications du cadre réglementaire applicable à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Deux décrets, datés du 1<sup>er</sup> avril 2026 (JO du 3 avril 2026), apportent des modifications au cadre réglementaire applicable à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale :

- Le décret n° 2026-243 (décret en Conseil d'État), pris en application des articles L. 6122-1 et L. 6123-1 du code de la santé publique (CSP), modifie les conditions d'implantation de cette activité ;
- Le décret n° 2026-244 (décret simple), pris en application des articles L. 6122-1 et L. 6124-1 du CSP, modifie les conditions techniques de fonctionnement de cette activité.

Ces deux textes entrent en vigueur le lendemain de leur publication, étant précisé que certaines de leurs dispositions seront opposables à l'expiration d'un délai d'un an à compter de leur entrée en vigueur.

## Modifications des modalités de financement des activités de psychiatrie

L'arrêté du 7 avril 2026 (JO du 8 avril 2026) modifie :

- L'arrêté du 31 décembre 2022 relatif au financement des établissements de santé exerçant des activités de psychiatrie mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du CSS ;
- L'arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage mentionnées à l'article R. 162-31-3 du CSS dans le champ des activités de psychiatrie, ainsi que les annexes 1, 2 et 8 de cet arrêté, soit :
  - Annexes 1 & 2 - Grilles de pondération pour la prise en charge à temps complet et partiel, ainsi qu'en accueil familial thérapeutique, pour les établissements mentionnés aux a, b et c à l'article L. 162-22 du CSS (annexe 1) et pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22 du CSS (annexe 2) ;
  - Annexe 8 - Tarifs des suppléments transports mentionnés à l'article L. 162-21-2 du CSS transmis par l'établissement d'origine exerçant une activité de psychiatrie.

## Publication des cahiers des charges de cinq modes de prise en charge en psychiatrie

La note d'information n° DGOS/P3/2026/38 du 7 avril 2026 (BO Santé - Protection sociale – Solidarités du 9 avril 2026) diffuse les cahiers des charges de cinq modes de prise en charge en psychiatrie :

- les centres médico-psychologiques,
- les centres d'activités thérapeutiques et de temps de groupe,
- les hôpitaux de jour,
- les appartements thérapeutiques,
- les centres de soins post-aigus.

## Création d'un recueil des données d'activité des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)

L'arrêté du 9 avril 2026 (JO du 10 avril 2026) fixe les modalités de recueil des données d'activité des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) dans le cadre du résumé patient d'intervention SMUR et de transmission d'informations issues de ce recueil dans les conditions prévues à l'article L. 6113-8 du CSP. Il prévoit notamment que :

- Les établissements de santé publics et privés, exerçant une activité de soins de médecine d'urgence autorisée, produisent et traitent des données d'activité médicale en vue de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité des SMUR, dans un objectif de pilotage et d'organisation de l'offre de soins, ainsi que de veille et de sécurité sanitaires ;
- Les informations produites concernent les interventions des SMUR, déclenchées et coordonnées par le service d'aide médicale urgente SAMU. ;
- Pour chaque intervention, il est établi un résumé patient d'intervention comportant les données et informations mentionnées à l'article 2 ;
- L'établissement siège de la SMUR transmet ces données et informations de manière infraquotidienne, selon la fréquence nécessaire et L'ARS transmet quotidiennement l'ensemble des données et informations reçues à l'Agence nationale de santé publique ;
- Les traitements auxquels donnent lieu le recueil et la transmission des données et informations prévus par le présent arrêté sont mis en œuvre conformément aux dispositions du règlement (UE) du 27 avril 2016 et de la loi du 6 janvier 1978.

Les dispositions de cet arrêté entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2027.

### Modifications des listes des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) financées par les dotations relatives aux objectifs territoriaux et nationaux de santé publique et aux missions spécifiques et aides à la contractualisation »,

L'arrêté du 8 avril 2026 (JO du 10 avril 2026) modifie les annexes 1 et 2 de l'arrêté du 4 juin 2025 fixant la liste des actes, actions, dispositifs, interventions, mesures, prises en charge, programmes, produits, surcoûts et structures financés au titre des activités, missions et actions mentionnées aux articles D. 162-6 à D. 162-8 du CSS et la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8 du même code.

- Dans l'annexe 1, qui fixe la liste des actes, actions, dispositifs, interventions, mesures, prises en charge, programmes, produits, surcoûts et structures financés au titre des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation des dotations de financement relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique (OSP MCO), sont ajoutés :
  - PC04 Pratiques de soins en cancérologie
  - PP01 La mortalité périnatale suppression
  - PP10 Centres de référence de la mort inattendue du nourrisson (CRMIN)
  - PP11 Surcoûts de la foeto pathologie
  - PN04 Consultations mémoires
  - HD01 Équipes d'intervention rapide en soins palliatifs (HAD)
  - HD02 Développement de l'admission rapide en HAD
  - HD03 Évaluations anticipées HAD
  - HD04 Prises en charge en HAD de patients atteints de maladies neuro dégénératives (PMND)
  - HD44 Mesures nationales hospitalisation à domicile
  - HD55 Mesures régionales hospitalisation à domicile
  - RP03 Centre de Référence sur les Agressions Facilitées par les Substances

Le PP08 Dépistage néonatal (déficit en MCAD) est supprimé.

- Dans l'annexe 2, qui fixe la liste des actes, actions, dispositifs, interventions, mesures, prises en charge, programmes, produits, surcoûts et structures financés au titre des missions spécifiques (MS MCO), sont ajoutés :
  - ER25 Projets de recherche en soins primaires interrégional (ReSP-Ir)
  - ER26 Entrepôts de données de santé hospitaliers
  - ER27 Secteur « essais cliniques » des pharmacies à usage intérieur (PUI)
- AS05 Hôpitaux de proximité.

## Modification des conditions d'implantation applicables aux activités de greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques

Le décret n° 2026-263 du 8 avril 2026 (JO du 10 avril 2026), pris en application de l'article L. 6123-1 du CSP, rend obligatoire la présence d'une unité de soins intensifs d'hématologie sur site pour les établissements autorisés à la greffe de cellules souches hématopoïétiques, et permet à ces établissements de disposer d'une réanimation par convention et non uniquement sur site. Il permet également, en l'absence d'alternative thérapeutique disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient (critère validé par l'Agence de la biomédecine au moment de l'inscription sur la liste nationale d'attente) qu'un établissement autorisé à la greffe adulte puisse, de manière exceptionnelle, réaliser une greffe d'organe sur un patient pédiatrique. Il entre en vigueur le lendemain de sa publication.

## Lancement d'un appel à projets « Achats publics innovants au sein des établissements de santé »

Par un communiqué du 10 avril 2026, la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées annonce le lancement d'un appel à projets « Achats publics innovants au sein des établissements de santé » dans le cadre du plan France 2030<sup>[6]</sup>.

Il vise à mobiliser la commande publique comme levier d'accélération de la diffusion des innovations et permettra aux établissements de santé de tester des innovations déjà matures et d'évaluer leur pertinence et potentiel d'adoption, tout en produisant des preuves tangibles de leur efficacité en conditions réelles d'utilisation et ainsi lever les freins à leur déploiement à large échelle.

Le dispositif « Achats publics innovants dans les établissements de santé » est doté d'une enveloppe globale de plusieurs millions d'euros et sa mise en œuvre est confiée par l'État à l'Agence de l'innovation en santé (AIS), à la Direction générale de l'Offre de Soins (DGOS), et à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui assurera une sélection et un suivi des projets retenus, à travers des évaluations ante et post déploiement pour en objectiver les bénéfices.

Cet appel à projets est destiné aux établissements sanitaires ou médico-sociaux publics ou privés, ainsi qu'aux groupements d'établissements, ayant des projets d'un budget minimal de 150 000 euros et d'une durée de 12 à 24 mois. Les candidatures seront ouvertes à l'occasion de trois vagues successives sur trois ans. La première vague démarre le 10 avril 2026 avec clôture des candidatures le 30 juin 2026 à minuit.

## Pérennisation du financement de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé.

Le décret n° 2026-280 du 14 avril 2026 (JO du 16 avril 2026) pérennise le financement de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, sous les articles R. 162-33-27 à R. 162-33-30 du CSS

Il prévoit que les établissements de santé qui respectent le cahier des charges prévu au III de l'article 59 de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 bénéficient d'un financement de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé mentionnée à l'article L. 6111-1-6 du CSS, inclus dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-2 et L. 162-23-8 sur le fondement d'un forfait par nuitée, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et qui peut être modulé, notamment, selon les zones géographiques.

L'article 2 du décret du 25 août 2021, qui définissait ce financement pour une durée limitée, est abrogé. Ce décret entre en vigueur le lendemain de sa publication.

[6] <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/france-2030-stephanie-rist-annonce-le-lancement-d-un-appel-a-projets-pour>

## Publication de la 1<sup>ère</sup> partie du guide du parcours patient et de la facturation des soins en établissement de santé

La 1<sup>ère</sup> partie du guide du parcours patient et de la facturation des soins en établissement de santé, datée de mars 2026, est en ligne sur le site du ministère de la Santé<sup>[7]</sup>.

Ce guide, rédigé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), avec la participation de l'Agence technique de l'information pour l'hospitalisation (ATIH) et de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), rassemble les procédures à suivre selon les cas : consultation, hospitalisation, admission de mineurs, prise en charge de patients étrangers, retour à domicile, relations avec les complémentaires santé...

## Prédire la suite d'un parcours de soins dans le système national des données de santé

**Drees Méthodes, N° 25, 09/04/2026 - Tristan Haugomat, Aurélia Manns, Gladys Baudet, Judith Abécassis, Gaël Varoquaux, Milena Suarez Castillo**

La DREES analyse les apports et les limites des modèles prédictifs issus des données du Système national des données de santé (SNDS) afin de mieux anticiper la suite des parcours de soins des patients. Le SNDS, l'une des bases médico-administratives les plus exhaustives au monde, permet de reconstituer les trajectoires de soins de l'ensemble de la population française à partir des délivrances de médicaments, actes médicaux et séjours hospitaliers. Cette richesse ouvre la possibilité d'identifier des profils de patients présentant un risque accru de développer certaines pathologies.

L'étude s'appuie sur des méthodes d'intelligence artificielle inspirées du traitement automatique du langage. Les parcours de soins sont modélisés comme des séquences d'événements, chaque acte ou prescription étant assimilé à un « mot » au sein d'une « phrase » médicale. Cette approche permet d'exploiter l'ensemble de l'historique de soins, sans sélection préalable de variables, sur des jeux de données extrêmement volumineux comptant jusqu'à plusieurs dizaines de millions d'individus.

Les résultats montrent que ces modèles séquentiels offrent de bonnes performances prédictives, notamment pour anticiper la survenue de pathologies aiguës ou chroniques, et peuvent dépasser les approches classiques fondées sur des règles expertes. Ils ouvrent ainsi des perspectives importantes en matière de prévention, de dépistage ciblé et d'anticipation des besoins de soins.

Cependant, la DREES insiste sur les limites et biais inhérents au SNDS. Les données sont conditionnées au recours aux soins, limitées à des informations nécessaires à la facturation et dépendantes de la qualité du codage. Elles ne couvrent pas l'ensemble des déterminants de santé, exposent mal les facteurs de risque environnementaux ou sociaux et ne comportent pas certaines données cliniques fines, notamment celles issues de la médecine de ville ou des examens biologiques. Ces limites peuvent affecter l'interprétation et la généralisation des résultats.

Enfin, le rapport souligne les enjeux éthiques et méthodologiques associés à l'usage de la prédiction en santé : explicabilité des modèles, risque de reproduction d'inégalités et nécessité d'un usage encadré des résultats. La DREES conclut que ces outils doivent rester des instruments d'aide à la décision, mobilisés avec prudence, transparence et articulation avec l'expertise clinique et les politiques publiques.

## Premier avis favorable au remboursement d'une thérapie numérique

**HAS, 2 avril 2026**

Pour la première fois en France, la Haute Autorité de santé (HAS) a rendu un avis favorable au remboursement en droit commun d'un dispositif médical numérique à visée thérapeutique (DTx), marquant une étape majeure pour l'intégration de la santé numérique dans le système de soins. Cet avis concerne la thérapie digitale Joe, développée par la start-up française Ludocare, destinée à la prise en charge de l'asthme persistant chez l'enfant âgé de 7 à 11 ans.

[7] <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/facturation-des-soins-en-etablissement-de-sante-11524/article/parte-1-admission-sortie-et-prise-en-charge-administrative-du-patient>

La décision a été prise par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMITS), qui a reconnu pour la première fois à une thérapie numérique un « service attendu suffisant » par rapport à la prise en charge habituelle. Le remboursement effectif par l'Assurance maladie reste toutefois conditionné à une validation finale du ministère chargé de la Santé.

Le dispositif interactif a pour objectif d'améliorer l'observance thérapeutique, enjeu central dans les maladies chroniques pédiatriques, et de renforcer l'autonomie de l'enfant tout en facilitant le suivi par l'entourage et les soignants.

L'avis favorable s'appuie sur de nouvelles données cliniques montrant que la thérapie digitale, associée au traitement standard, est supérieure au traitement standard seul, avec une réduction significative des exacerbations sévères chez les enfants concernés. Un premier examen, en 2025, avait pourtant été défavorable dans le cadre du dispositif de prise en charge anticipée (PECAN), en raison de données jugées insuffisantes. La HAS souligne ainsi que cet avis illustre la possibilité, pour un industriel, d'obtenir ultérieurement un remboursement après production de preuves robustes.

Cette décision constitue un signal structurant pour l'ensemble du secteur des thérapies numériques, en ouvrant la voie à une reconnaissance institutionnelle et économique de solutions numériques démontrant un bénéfice clinique réel, mesurable et encadré. Elle pose également les bases d'un futur développement du remboursement d'autres DTx, sous réserve d'exigences élevées en matière d'évaluation, d'efficacité et de suivi en vie réelle. Le monde des start up en santé risque d'être en ébullition de ce signal...

## Protocole d'accord avec les États-Unis : le Sénégal teste un nouveau modèle de financement de la santé

### The Conversation, 8/04/2026

L'article analyse le protocole d'accord quinquennal (2026-2030) signé le 13 mars 2026 entre le Sénégal et les États-Unis, d'un montant de 135 millions de dollars, comme un laboratoire d'un nouveau modèle de financement de la santé. Au-delà de l'aide extérieure, cet accord s'inscrit dans une stratégie sénégalaise de souveraineté économique et sanitaire, dans un contexte de restructuration des finances publiques et d'anticipation de l'agenda « Sénégal 2050 ».

Le protocole vise un renforcement structurel du système de santé : surveillance épidémiologique, mise à niveau des laboratoires, digitalisation, ressources humaines et lutte contre les maladies prioritaires (santé maternelle, VIH, paludisme, tuberculose). L'enjeu central n'est pas seulement l'apport financier, mais la transformation du modèle de soins, en privilégiant la prévention et l'efficacité.

Trois leviers structurants sont mis en avant : la digitalisation du système d'information sanitaire, pour rationaliser l'allocation des ressources et mieux gérer la chaîne du médicament ; le renforcement des capacités de diagnostic par des laboratoires régionaux modernisés ; et une montée en puissance progressive du financement national. L'accord constitue ainsi un test de durabilité, évaluant la capacité du Sénégal à réduire sa dépendance à l'aide tout en améliorant l'efficacité et l'équité de son système de santé.

## Piloter la chaîne AFR, servir le patient

### Sarah Boddy, Alexandre Bachelet. Préface de Camille Dumas. Infodium éditions (éditeur de Finances Hospitalières)<sup>[8]</sup>

Souvent réduite à une simple mécanique administrative, la fonction « Admissions, Facturation, Recouvrement » est en réalité au cœur de la prise en charge des patients, de la soutenabilité économique des hôpitaux, et d'innovations numériques ou organisationnelles au service de la simplification des démarches de l'utilisateur.

De l'admission au recouvrement, l'AFR couvre un large spectre d'activités parallèles à la prise en charge médico-soignante : organiser la venue du patient, enregistrer son identité, sécuriser ses droits, tracer les mouvements, définir les prestations, identifier les débiteurs, garantir l'exhaustivité de la facturation, gérer le contentieux... Ces missions exigent technicité, sens de l'organisation et coordination interservices.

[8] [www.infodium.fr](http://www.infodium.fr)

Cet ouvrage dévoile les ressorts de l'organisation des parcours administratifs et en explore les perspectives. Il se concentre sur les fondamentaux, les bonnes pratiques et les enjeux à venir, dans une approche à la fois théorique et pratique, stratégique et opérationnelle, nourrie d'expériences de terrain.

Destiné aux gouvernances hospitalières comme aux professionnels « métier » de la fonction AFR, il ambitionne de mettre en lumière les opportunités stratégiques qu'elle recèle et de fournir des ressources concrètes à ceux qui la font vivre au quotidien ou qui s'y préparent.

## AGENDA

Santexpo

du 19 au 21 mai

Porte de Versailles, Paris

Retrouvez *Finances Hospitalières* sur le stand Infodium - C16

**Finances Hospitalières** est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, [www.infodium.fr](http://www.infodium.fr) - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - Rédaction : [infodium@infodium](mailto:infodium@infodium) - [www.finances-hospitalieres.fr](http://www.finances-hospitalieres.fr) - Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Comité éditorial : Jean-Claude Delnatte, Roland Cash, Alain Sommer, Benoît Apollis - Conception graphique et mise en page : Publiatis - Abonnements : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement, ZA La Tellerie CS 20016, 61438 FLERS CEDEX, [abonnement@infodium.fr](mailto:abonnement@infodium.fr) - Tél : 02 31 59 25 00 - Imprimerie Corlet Z.I., Route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau - 11 numéros par an - Abonnement 512 euros par an - Prix au numéro : 65 euros - n° de CPPAP 0426 T 88884 - ISSN 1955-642X.

Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



## BULLETIN D'ABONNEMENT



À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - [abonnement@infodium.fr](mailto:abonnement@infodium.fr) - Tél : 02 31 59 25 00

**1 an, 11 numéros papier  
+ 1 accès numérique  
+ base documentaire sur  
[www.finances-hospitalieres.fr](http://www.finances-hospitalieres.fr)  
au prix de 501,47 HT - 512 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

- Bon de commande/réf. Chorus jointe
- Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
- Mandat administratif/Réception de facture

Raison sociale : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 E-mail (mail version numérique) : .....

Cachet/Date/Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.