Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL **AVRIL 2020** N°145

ÉDITORIAL

Crise sanitaire : Il nous faut immédiatement adapter les modes de rémunération des producteurs de soins et d'accompagnement social et médico-social

Les autorités sanitaires ont logiquement demandé aux producteurs de soins et d'accompagnement social et médico-social publics, privés ou libéraux (les opérateurs de santé) de modifier leurs pratiques et leurs activités pour traiter les patients présentant des complications liées au Covid-19 ou éviter d'accélérer l'extension de la pandémie.

Selon les spécialités et activités, cela peut donc entrainer un arrêt, une diminution, une transformation ou un accroissement d'activité. Ces évolutions, si elles devaient durer plus de deux semaines, ont des effets financiers majeurs. Sans adaptation des modes de rémunération, la capacité des opérateurs de santé à faire face aux besoins sera diminuée après la crise sanitaire par des faillites ou par une incapacité à assumer leur développement par des investissements. Cela est vrai pour tous les acteurs économiques, sauf que les opérateurs de santé sortiront d'une période durant laquelle les soins ou accompagnements non urgents n'auront pas été réalisés.

Il est indispensable d'assurer le financement satisfaisant des établissements et des professionnels de ces secteurs pendant la période de crise. Sans cela, une seconde crise suivra celle que nous vivons aujourd'hui.

La création dans l'urgence de nouveaux modes de rémunération est irréaliste. Au-delà de l'équilibre à moyen terme, le pilotage de la trésorerie devient le principal outil quotidien et de gestion financière.

Le recours au chômage partiel ou technique ne compense que très partiellement les charges de salaire des personnels en arrêt d'activité. Encore faut-il que celui-ci soit accepté et non limité à certaines entités.

Le report du paiement des charges sociales pourrait soulager temporairement la trésorerie, mais ne sera pas suffisant. La TVA collectée est due.

Le recours aux financements bancaires sera nécessaire. L'endettement ne financera pas des investissements mais des pertes d'exploitation. Prévoyons dès maintenant les modalités à venir de leur refinancement.

Le temps perdu ne se rattrape pas dans les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'adaptation du mode de rémunération des opérateurs de santé durant cette période semble la seule solution.

Quelles solutions rapides, frugales et fiables pourraient permettre d'adapter les modes de financement aux différentes situations ?

Trois étapes sont nécessaires pour passer la crise sans détruire les capacités des opérateurs de santé et sans coût additionnel majeur :

Assurer les recettes et la trésorerie de tous les acteurs concernés durant la durée de la crise

Certains établissements ou services et certains praticiens ont des volumes d'activité très sensiblement diminués ou seront mis à l'arrêt.

Les opérateurs de santé risquent de cesser leurs activités s'ils ne reçoivent à temps des fonds en quantité suffisante. Les processus de facturation et d'encaissement sont perturbés par les impacts organisationnels de la crise sanitaire. La liquidité est vitale en matière de santé. Une partie des charges de la sous-activité (chômage partiel) peut et doit être prise en charge par l'Etat.

→

SOMMAIRE

COMMANDE PUBLIQUE

Comment concilier rupture d'approvisionnement, responsabilité contractuelle et droit de la commande publique ? *p3*

MARCHÉS FINANCIERS

Conditions de financement par emprunt au début de l'année 2020 : une baisse continue avec un retour aux records de l'été 2019, avant la crise du coronavirus *p8*

GESTION FINANCIÈRE

Reprise de la dette par l'Etat – point d'étape *p11*

PERFORMANCE

La Cour des comptes appelle de nouveau à réformer la prise en charge de l'insuffisance rénale *p12*

CONTROLE DE GESTION & AUDIT

Transfert d'activité de biologie médicale et biologie délocalisée : comment analyser et comparer les impacts financiers de différents scénarios ? *p15*

JURIDIQUE

Facturation d'un GHS pour les bilans diagnostiques ou thérapeutiques : une circulaire déclarée impérative et partiellement illégale *p20*

Le nouveau régime juridique de la cession des autorisations sociales et médico-sociales *p23*

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... *p27 ; p28*

ISSN 1955-642X

Les recettes d'activités doivent pouvoir être mensualisées sur la base de l'activité de référence la plus représentative (le mois identique de l'année précédente par exemple). Elles doivent être versées dans des délais très brefs, a minima pour fin Mars, fin Avril et fin Mai. Les régularisations comptables s'opéreront après la sortie de crise et pourront être validées par les Commissaires aux comptes ou les experts-comptables des établissements et activités.

Faire face aux besoins en financement des établissements en croissance d'activité

Les établissements qui connaissent des « dépenses supplémentaires » auront des besoins en financement additionnels et en trésorerie.

L'accroissement de la demande en soins ou d'accompagnement social et médico-social impose notamment de transformer des postes pourvus de respirateurs en lits de réanimation.

De même, certains lits de chirurgie ou de soins de suite et de réadaptation seront transformés en lits de médecine, pour organiser le dégagement de patients Covid-free au bénéfice de patients Covid.

La possibilité de modification immédiate du codage des unités médicales des lits transformés est indispensable : le droit des autorisations des activités de soins ne s'y oppose pas.

Les journées d'hospitalisation ou de certains accompagnements médico-sociaux auront des charges en soin plus importantes, y compris dans les EHPAD, pour éviter les transferts vers les hôpitaux chaque fois que possible.

Le tarif des journées de réanimation devrait être ajusté pour refléter la charge en soins réelle, tout comme les dotations soins des EHPAD. La rémunération des journées de réanimation devrait se faire en accroissant ces tarifs en fonction de l'activité réalisée.

Les systèmes d'information pourront-ils être adaptés assez rapidement ? Faut-il recourir à un dispositif plus simple de majoration forfaitaire immédiate de 20 %, quitte à ajuster les comptes après le mois de Mai sur la base de justificatifs, par exemple pour les heures supplémentaires?

Enfin la réorganisation temporaire des services administratifs par du télétravail, du fait des absences et obligations de confinement ne doit pas se faire aux dépens de l'intégrité des flux. La séparation des fonctions entre comptables et payeurs doit être maintenue. La gestion des accès aux systèmes d'information, les sécurités informatiques et les mots de passe doivent être renforcés.

Régulariser en sortie de crise

La régularisation des mois de crise devrait être réalisée sur les comptes à fin décembre 2020.

Qu'il y ait ou non report partiel de l'activité après la crise, l'enjeu aujourd'hui est de faire vivre les producteurs de soins ou d'accompagnement. Pour les opérateurs de santé, les soins non réalisés et non rémunérés ne sont que très peu compensés par des accroissements d'activité ultérieurs. Le montant des charges fixes est bien trop élevé pour tous les opérateurs de santé.

Les solutions préconisées pourraient-elles générer des excédents de gestion pour certains opérateurs de santé? Avec le désordre actuel, aucun système de rémunération temporaire ne pourra compenser les pertes d'exploitation réelles. Le montant des coûts cachés non pris en charge dépassera toujours celui des versements indemnitaires.

Pour éviter tout phénomène marginal de « passager clandestin », et permettre ainsi l'engagement rapide de mesures puissantes, l'Etat, l'Assurance Maladie ou les Conseils Départementaux pourraient paramétrer l'aide d'urgence sur la stabilité du volume d'activité et la compensation des résultats d'exploitation de l'année 2020 liées à la crise. Cela est particulièrement critique pour les opérateurs qui ne sont pas statutairement immunisés contre la cessation des paiements.

Dr Alain SOMMER,
David CAUSSE,
Directeur pédagogique associé du MBA de directeur de structures de santé et de solidarité du Pôle Universitaire Léonard de Vinci

François JÉGARD,
Expert-comptable et commissaire aux comptes

APPROVISIONNEMENT

Comment concilier rupture d'approvisionnement, responsabilité contractuelle et droit de la commande publique ?

Dans un contexte où les tensions sur le marché des produits de santé sont de plus en plus fortes, et les ruptures d'approvisionnement de plus en plus fréquentes, les établissements hospitaliers sont confrontés à de nouvelles problématiques contractuelles. Comment prévenir, mais surtout comment réagir face à une rupture d'approvisionnement, dans le respect des clauses du marché et des obligations de mise en concurrence ? Tour d'horizon des bonnes pratiques et des pièges à éviter.

Virginie SCHIRMER
Directrice des affaires juridiques relatives à la commande publique
Angélique DIZIER
Juriste
Resah

Les pharmaciens hospitaliers sont régulièrement confrontés à des ruptures d'approvisionnement concernant tant les médicaments que les dispositifs médicaux. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) recensait ainsi 44 déclarations de rupture en 2007, pour en compter 530 en 2017, 871 en 2018 et plus de 1000 à fin août 2019[1].

Ces chiffres ont incité les instances nationales à renforcer les mécanismes de gestion des ruptures d'approvisionnement déjà prévus par les directives européennes et le code de la santé publique, concernant en particulier les médicaments dits « *d'intérêt thérapeutique majeur* ». La loi n°2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 met ainsi à la charge des titulaires et exploitants d'autorisation de mise sur le marché une obligation générale de constituer un stock de sécurité (cf. article L. 5121-29 du code de la santé publique). **Au-delà de cet encadrement législatif, la multiplication des cas de rupture invite à s'interroger sur les mécanismes dont dispose l'acheteur hospitalier pour prévenir les défauts d'approvisionnement mais aussi pour réagir une fois la rupture constatée**.

(1) Voir notamment le rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

PRÉVENIR UNE RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT

A titre préventif, on ne peut que recommander de porter une attention particulière à la rédaction du dossier de consultation des entreprises. L'acheteur peut ainsi envisager d'utiliser un critère de sélection des offres relatif aux engagements pris par le candidat pour éviter les ruptures concernant des produits de santé dont la commercialisation présente des tensions, ces engagements devenant contractuels une fois le marché notifié. L'acheteur peut aussi élargir le périmètre de son marché à une gamme de produits de santé plus étendue, en prévoyant, par exemple, différentes tailles de dispositifs médicaux ou différents dosages de médicaments. L'acheteur peut encore insérer dans son cahier des clauses administratives particulières un ou plusieurs mécanismes destinés à prévenir les défauts d'approvisionnement : il peut ainsi légalement prévoir l'obligation, pour le titulaire, de constituer un stock minimal (TA Toulouse, 24 juin 2019, n°1902998) ou encore lui imposer une obligation d'information périodique sur l'état des stocks.

RÉAGIR À UNE RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT

Lorsque, malgré la mise en place de ces mécanismes préventifs, l'acheteur se trouve confronté à une rupture d'approvisionnement, il doit alors y réagir. Il doit à cette occasion s'interroger et questionner son cocontractant : la rupture d'approvisionnement résulte-t-elle d'une faute de sa part, c'est-à-dire d'une **défaillance** ? La réponse à cette question permet à l'acheteur de déterminer s'il peut faire usage des facultés qu'il tient de son marché d'appliquer des **pénalités** et qu'il tire des principes généraux applicables aux

contrats administratifs de faire exécuter la prestation aux **frais et risques** (CE Ass., 9 novembre 2016, n° 388806).

Qu'est-ce qu'une défaillance ?

La condition indispensable à l'application de pénalités ou à l'exécution aux frais et risques du cocontractant tient au caractère fautif de la rupture. Il faut ainsi que l'acheteur soit en présence d'une véritable défaillance de son cocontractant. Or, toute rupture d'approvisionnement n'est pas nécessairement le résultat d'une défaillance, et donc pas nécessairement fautive. En effet, un certain nombre de situations exonèrent le titulaire de l'exécution de ses engagements contractuels : la force majeure, le fait d'un tiers ou la faute de l'acheteur.

Force majeure

Il y a force majeure en présence de circonstances imprévisibles, irrésistibles (c'est-à-dire qui rendent impossible, et non pas simplement plus difficile ou plus onéreuse, l'exécution du marché) et extérieures à l'acheteur et au titulaire. La force majeure s'apprécie au cas par cas. En matière de produits de santé, l'on peut par exemple imaginer qu'un défaut d'approvisionnement causé par un fabricant d'un principe actif en raison d'un désaccord commercial avec son distributeur n'est pas un cas de force majeure exonératoire de responsabilité, ces circonstances ne lui étant pas extérieures. En revanche, si le titulaire du marché fait valoir que le fabricant du principe actif d'un médicament ne peut l'approvisionner en raison de la fermeture d'un site unique de production lié à un événement climatique imprévisible au regard du contexte local, la force majeure pourrait être caractérisée. La force majeure pourrait également être retenue en cas de pandémie. C'est en tout cas la position exprimée par le ministre de l'économie et des finances s'agissant du Covid-19, celui-ci ayant annoncé dans un discours prononcé le 28 février 2020 que, s'agissant des marchés publics de l'Etat, « *nous n'appliquerons pas de pénalités, car nous considérons le coronavirus comme un cas de force majeure* » (Coronavirus et monde du travail, réunion avec les partenaires sociaux, discours de M. Bruno Le Maire).

Fait d'un tiers

Autre cause exonératoire de responsabilité : le fait du tiers dès lors qu'il est imprévisible et irrésistible. S'agissant des produits de santé, le fait du tiers peut être celui de l'ANSM, décidant d'un contingentement, ou celui d'autres autorités publiques, par exemple du Premier ministre décidant d'une réquisition sur le fondement des articles L. 3131-8 et L. 3131-9 du code de la santé publique, comme c'est le cas à l'heure où ces lignes sont écrites s'agissant des masques de protection respiratoire et antiprojections en lien avec le Covid-19 (décret n°2020-190 du 3 mars 2020 *relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19)*.

Faute de l'acheteur « diligent »

Dernière hypothèse d'exonération : la faute de la victime, autrement dit, rapportée au droit des marchés publics, l'imprécision de la définition de ses besoins par l'acheteur public, qui se doit d'être diligent au sens du droit communautaire (cf. considérant 109 de la directive n° 2014/24), notamment en termes de volume estimatif de commandes.

Appliquer des pénalités

Une fois admise la défaillance fautive du titulaire, des pénalités de retard peuvent être infligées, dans le respect des clauses du marché. Les conditions d'application et de calcul des pénalités, par exemple les modalités de progressivité ou dégressivité selon la criticité du produit concerné, doivent avoir été définies en amont dans le marché. Il est cependant conseillé de faire preuve de mesure lors de la rédaction des clauses de pénalités. Elles peuvent en effet dissuader des entreprises de répondre, ou encore avoir pour effet mécanique de faire bondir les prix proposés, chaque soumissionnaire provisionnant le risque financier associé à leur application. Le juge peut enfin, dans des cas exceptionnels, moduler le montant des pénalités infligées s'il lui semble manifestement excessif (CE, 19 juillet 2017, n°392707).

Décider d'une exécution aux « frais et risques »

Une décision d'exécution aux « frais et risques » s'avère bien plus redoutable que l'application de pénalités : là où les pénalités ne contraignent pas le titulaire fautif à s'exécuter, les frais et risques permettent au contraire d'obtenir l'exécution de ses obligations, par le truchement d'un tiers, les éventuelles conséquences onéreuses de cette exécution demeurant à la charge du prestataire défaillant. Dit autrement, l'éventuel (mais probable) surcoût supporté par rapport au marché initial est assumé par le titulaire défaillant, l'éventuelle diminution des prix ne lui profitant pas. La mise en œuvre des frais et risques apparaît toutefois plus complexe que celle, mécanique, des clauses de pénalités.

L'article 36 du CCAG-FCS auquel sont habituellement soumis les marchés d'achat de produits de santé, dont la rédaction est pour le moins sibylline, **distingue l'exécution *« provisoire »* aux frais et risques, en cas d'urgence, et la résiliation aux frais et risques qui met définitivement fin au marché.**

Qu'elle soit provisoire ou définitive, la décision d'exécution aux frais et risques peut être prise même en l'absence de clause contractuelle expresse, contrairement à ce qu'indique actuellement le CCAG-FCS. Le Conseil d'Etat l'a en effet jugé dans une décision d'Assemblée du 9 novembre 2016 (req. n°388806), de sorte qu'il est fort probable que l'obligation de prévoir une clause expresse dans le marché disparaisse des futurs CCAG. La décision de faire exécuter les prestations aux frais et risques semble toutefois devoir être précédée d'un avertissement ou d'une mise en demeure préalables sauf à ce que le marché ait prévu une dérogation expresse sur ce point (en ce sens CAA Marseille, 2 février 1999, req. n°96MA01887). Cette obligation de mise en demeure préalable va évidemment de soi lorsque la décision a une vocation définitive, c'est-à-dire qu'elle s'accompagne d'une résiliation : en pareille hypothèse, le formalisme contractuel applicable aux résiliations décidées aux torts du titulaire s'applique pleinement.

En toute hypothèse, les surcoûts mis à la charge du titulaire défaillant doivent porter sur des prestations « équivalentes » et doivent être recouvrés soit par l'application de la compensation légale, ceci à l'initiative du comptable public (le titulaire n'est en effet pas légalement habilité à procéder à des compensations de créances en raison du caractère insaisissable des deniers publics : cf. Instruction codificatrice n°11-022-M0 du 16 décembre 2011), soit par l'émission d'un titre de recettes portant sur les sommes dues par le titulaire.

De l'exécution « provisoire » aux frais et risques...

Confronté à une rupture d'approvisionnement, l'acheteur peut, dans un premier temps, prendre une décision d'exécution « *provisoire* » aux frais et risques. Elle vise en effet à parer à l'urgence de la situation, lorsque les prestations ne peuvent souffrir « *aucun retard* » (ce qui est évidemment le cas dans le domaine des produits de santé), de sorte que l'acheteur se trouve autorisé, face à une telle impériosité, à s'approvisionner auprès d'un tiers en s'affranchissant des obligations de publicité et de mise en concurrence auxquelles il est en principe soumis. Encore faut-il que les conditions nécessaires pour qualifier « *l'urgence impérieuse* » soient réunies. Or, si l'article R. 2122-1 du code de la commande publique permet la passation d'un marché sans publicité ni mise en concurrence en cas d' « urgence impérieuse », ce n'est que si l'urgence résulte « *de circonstances extérieures* » que l'acheteur « *ne pouvait pas prévoir* », et que si celle-ci le met dans l'impossibilité « *de respecter les délais minimaux exigés par les procédures formalisées* ». Il n'est pas évident que ces conditions sont réunies lorsqu'il est établi que les produits de santé, objet du marché initial, étaient déjà en tension lors de sa passation, et qu'en conséquence l'acheteur « *diligent* » au sens de la directive aurait dû s'attendre à la rupture d'approvisionnement, voire prévoir un marché de « *secours* ».

Pour être complet, ajoutons encore qu'en cas d'urgence impérieuse, l'article précité du code de la commande publique impose également que le marché passé sans publicité ni mise en concurrence ne le soit que dans la limite des « *prestations strictement nécessaires pour faire face à la situation d'urgence* ».

Ajoutons enfin, et surtout, qu'évidement la situation d'urgence ne peut, par définition, s'inscrire dans la durée. Ainsi, lorsque la rupture se prolonge, l'acheteur doit s'interroger sur la pertinence de poursuivre l'exécution aux frais et risques provisoire sans conclure un marché de substitution dans le respect des procédures prévues par le code de la commande publique. En effet, plus la situation de rupture se prolonge, moins l'urgence – exonératoire de mise en concurrence – se trouve caractérisée. D'urgence à imprévoyance il n'y a en effet, en matière d'achat public, qu'un pas qui peut fragiliser l'application des frais et risques.

Pour reprendre les termes de la Direction des affaires juridiques des ministères financiers, dans un guide paru en 2012 mais toujours, à ce sujet, d'actualité, « ***[l]e recours à l'urgence impérieuse doit demeurer exceptionnel et ne peut en aucun cas résulter de circonstances mettant en cause l'imprévoyance de l'acheteur*** » (DAJ, Guide de l'achat de produits de santé en milieu hospitalier, 2012).

Le titulaire sanctionné peut en effet se prévaloir, une fois l'urgence passée, du non-respect des procédures prévues par le code de la commande publique pour solliciter du juge l'annulation de tout ou partie des surcoûts mis à sa charge. Diverses voies de recours s'offrent à lui. Il peut ainsi solliciter l'annulation des contrats et commandes passés en dispense de publicité et de mise en concurrence, dans les conditions prévues par la jurisprudence *Tarn & Garonne* (CAA Nancy, 23 juillet 2019, req. n°18NC01517-18NC01518). Le titulaire sanctionné peut également agir sur le fondement de la responsabilité contractuelle de l'acheteur, en critiquant non seulement le bien-fondé de la mesure prise à son encontre, mais encore la pertinence et les justificatifs des surcoûts mis à sa charge, afin d'en être exonéré voire de solliciter une indemnisation (CAA Nancy, 23 juillet 2019, req. n°18NC01514-18NC01516). La dernière voie de recours offerte au titulaire est de contester, dans le cadre d'un recours dit de plein contentieux, le titre de recettes éventuellement émis en vue de recouvrer les surcoûts dus à l'exécution aux frais et risques. Dans ce cas, le destinataire du titre de recettes peut en contester le bien-fondé devant le tribunal administratif dans un délai de 2 mois à compter de sa notification[2]. L'intérêt immédiat d'un tel recours est qu'il suspend, pendant la durée de l'instance devant le tribunal, l'effet exécutoire du titre de recettes (articles L. 6145-9 du code de la santé publique et L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales).

(2) Cette notification doit comporter la mention exacte des voies et délais de recours. En outre, l'acheteur doit être en mesure de rapporter la preuve de la date de réception, par le titulaire, de cette notification.

.... A la résiliation aux frais et risques

Par conséquent, lorsque le défaut d'approvisionnement perdure, le lancement d'un appel d'offres devient nécessaire pour sécuriser la décision d'exécution aux frais et risques. La question qui se pose alors légitimement à l'acheteur est celle de la résiliation du marché initial. Pourquoi en effet faire coexister deux contrats, dont on ignore si le premier pourra un jour s'exécuter à nouveau normalement ? La Direction des affaires juridiques, dans le guide précité, invitait ainsi à résilier le marché initial en cas de passation d'un nouveau marché dit « *de substitution* » : « *Si le défaut de fourniture se prolonge ou est définitif, il est nécessaire, après dénonciation du marché initial, de mettre en œuvre une nouvelle consultation, et passer un nouveau marché formalisé ou non selon la valeur prévisionnelle de la dépense et la durée prévue du marché* » (DAJ, Guide de l'achat de produits de santé en milieu hospitalier, 2012).

Cette recommandation semble des plus prudentes à l'aune de l'état le plus récent de la jurisprudence qui impose à l'acheteur public de faire preuve de loyauté dans l'exécution de ses engagements contractuels et dans la mise en œuvre des prérogatives qu'il tient du marché.

En définitive, la principale difficulté dans l'application des « *frais et risques* » tient donc à l'identification, par l'acheteur « *diligent* », du moment où l'on bascule de l'urgence impérieuse à la consolidation d'une situation qui était censée être, au moment de sa survenance, temporaire. Pour pallier cette difficulté, l'existence d'un véhicule contractuel mobilisable en cas de carence du fournisseur dès le début d'exécution de son marché apparaît comme une piste à explorer, voire à privilégier.

Comment sécuriser efficacement « les frais et risques » ?

Le premier outil contractuel pouvant être utilisé pour sécuriser les « frais et risques » est l'accord-cadre multi-attributaires à bons de commande, préconisé par le rapport de la mission d'information sénatoriale sur la pénurie de médicaments et de vaccins du 2 septembre 2018. Dans un tel accord-cadre, l'attribution des bons de commande peut s'effectuer en cascade par défaillance, c'est-à-dire que le titulaire classé premier reçoit par principe l'ensemble des commandes, les titulaires des autres rangs ne se voyant sollicités qu'en cas d'impossibilité d'exécution des prestations par le lauréat. Pour les établissements hospitaliers, la sécurité juridique paraît maximale. En revanche, pour les titulaires

potentiels, l'attractivité peut sembler moindre. En effet, la perspective de n'être sollicité qu'en cas de crise, sur la base de prix définis plusieurs mois, voire plusieurs années auparavant, peut décourager des candidatures.

L'attribution peut également s'effectuer suivant un tour de rôle, ce qui semble présenter l'atout de séduire davantage d'opérateurs économiques, puisque chaque attributaire dispose d'un droit équivalent dans la répartition des livraisons à effectuer. En revanche, pour les établissements hospitaliers, et bien qu'il puisse sembler présenter l'avantage d'offrir des garanties tangibles d'approvisionnement, ce mécanisme du « tour de rôle » peut impliquer d'importantes contraintes de gestion quotidienne au niveau des systèmes d'information tant financiers et comptables (commandes, facturation...) que sanitaires (protocoles de soins, dispensation des médicaments...).

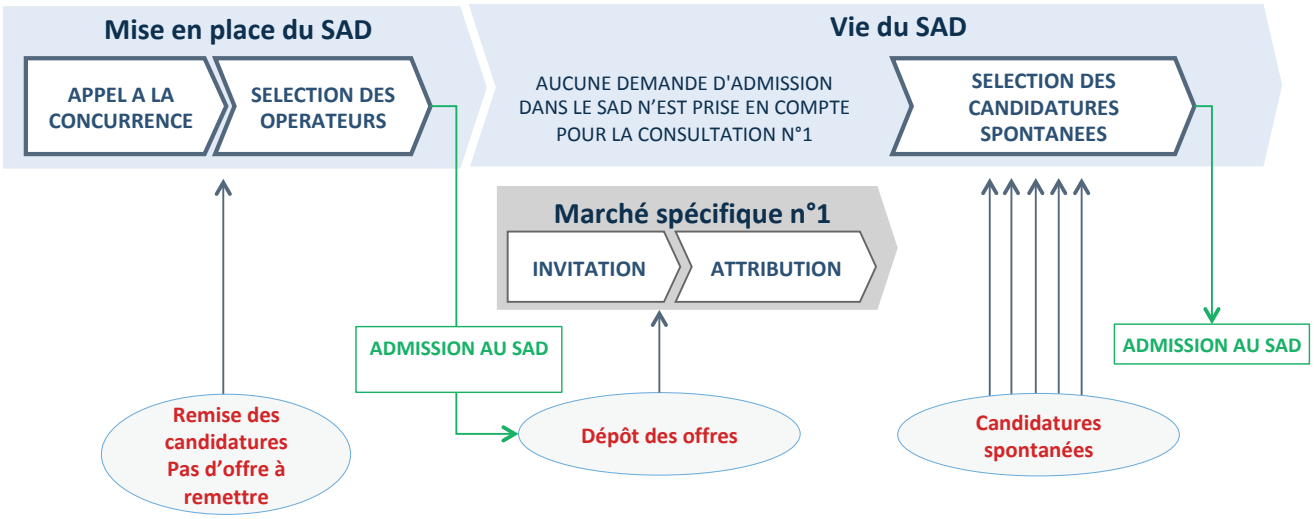
Le second outil mobilisable est le système d'acquisition dynamique (SAD), qui présente quant à lui l'avantage de pouvoir s'adapter à de nombreuses situations.

Le SAD n'est ni une procédure, ni un contrat : il s'agit d'une technique d'achat, « *qui permet de présélectionner un ou plusieurs opérateurs économiques, pour des achats d'usage courant, selon un processus ouvert et entièrement électronique* » (article L. 2125-1 du code de la commande publique)

La « *présélection* » de candidats permise par le SAD est ouverte pendant toute sa durée (qui n'est pas limitée à quatre ans comme celle des accords-cadres), et s'opère sur la simple remise des documents de candidature (procédure restreinte). Les candidats présélectionnés sont invités à répondre à des «marchés spécifiques », lorsqu'un besoin survient (voir articles R. 2162-37 à R. 2162-51 du code de la commande publique).

Le SAD distingue donc une phase « candidature », qui s'incrémente pendant toute sa durée, et des phases « offres », qui surviennent à chaque marché spécifique auprès des candidats présents dans le panel lors de leur lancement. Le schéma ci-dessous expose, de manière synthétique, le fonctionnement d'un SAD.

Le SAD : un système de référencement entièrement électronique



Le SAD permet ainsi de s'adapter à une large variété de situations. L'on peut passer un marché spécifique pour le seul temps de la rupture d'approvisionnement ou encore passer un marché spécifique de plus long terme lorsque la substitution fait suite à une décision de résiliation prise aux torts du titulaire initial. Ceci est rendu possible par le fonctionnement même du SAD, dans le cadre duquel des offres peuvent être sollicitées sous 10 jours, quel que soit le montant du marché spécifique, ce qui limite d'autant la période durant laquelle l'acheteur est contraint de se fournir « hors marché » : la sécurité juridique est donc optimale concernant la prise en charge financière de frais et risques par le titulaire défaillant.

Enfin, en raison de son caractère « dynamique », c'est-à-dire ouvert pendant sa durée de validité, le SAD permet d'accueillir de nouveaux fournisseurs et ainsi de constituer un vivier d'opérateurs susceptibles de répondre aux besoins, ponctuels ou plus durables, naissant des ruptures d'approvisionnement en milieu hospitalier et, de la sorte, de bénéficier des conditions économiques réelle du marché pour se prémunir d'un surcoût anormalement élevé mis à la charge d'un titulaire défaillant au titre des « frais et risques ».

EMPRUNTS

Conditions de financement par emprunt au début de l'année 2020 : une baisse continue avec un retour aux records de l'été 2019, avant la crise du coronavirus

L'actualité autour du financement et de la dette des Etablissements de Santé est très riche actuellement, avec notamment la constitution d'un grand pôle financier public autour de la Caisse des Dépôts et la baisse des taux. Celle-ci devrait offrir des opportunités fortes mais la situation est très hétérogène selon la situation financière des EPS et l'appétence des banques pour prêter. Et surtout, le Coronavirus est arrivé...et l'OAT est passée de -0,383% le 9 mars à +0,32% le 17 mars, avec une baisse depuis consécutive à l'intervention de la BCE (OAT 10 ans à 0,132% le 24/03 à 13h).

Olivier BILLOT
Anthony ARMAND
Analystes
ANALIS FINANCE

En 2008, la crise est venue des marchés et a infecté l'économie réelle ; en 2020 un virus (Coronavirus) infecte des hommes et des femmes, l'économie réelle et in fine les marchés

Fermant la marche des grandes banques centrales, la Banque centrale européenne a dégainé à son tour le 12 mars un arsenal de mesures face à l'épidémie de coronavirus, avant de renvoyer la balle dans le camp des Etats, à charge pour la BCE, par ses décisions ciblées, de maintenir de "*bonnes conditions de financement pour les ménages, entreprises et banques*" fragilisés par cette crise.

L'institut de Francfort va pour cela favoriser les prêts aux PME et renforcer ses achats de dette publique et surtout privée. Contrairement à ce qu'attendaient nombre d'observateurs, la BCE n'a pas touché à ses taux directeurs. Mais le "*choc majeur*" causé par l'épidémie, à l'origine d'une "*considérable aggravation des perspectives de croissance*", requiert avant tout une "*réponse budgétaire ambitieuse et coordonnée*", a martelé Mme Lagarde.

"*Je ne crois pas que qui que ce soit devrait attendre des banques centrales qu'elles soient en première ligne de la réponse*", a-t-elle insisté, tout en fustigeant "*la complaisance et la lenteur*" des gouvernements "*en particulier en zone euro*". L'ancienne patronne du Fonds monétaire international a même suggéré une mesure - "*des garanties sur les crédits*" - et un calendrier, en renvoyant à la réunion de l'Eurogroupe.

L'institut de Francfort a opté pour "*une collection*" de mesures "*ciblées mais plus restreintes*" que celles de la Réserve fédérale américaine ou la Banque d'Angleterre, qui avaient toutes deux déjà baissé leurs taux. Il s'agit avant tout "*de désamorcer les problèmes de liquidités des banques ou des PME liés à la crise*".

Dans le détail, l'institut a lancé un programme de prêts ciblés sur les PME, pour que les banques aident les entreprises frappées par l'épidémie à boucler leurs fins de mois. L'objectif est d'éviter une vague de faillites, qui aurait des conséquences sociales catastrophiques. Par ailleurs, la BCE a annoncé qu'elle dépenserait 120 milliards d'euros supplémentaires d'ici la fin de l'année pour acheter de la dette, particulièrement celle "du secteur privé". Cet effort vient renforcer le programme relancé en novembre et portant déjà sur l'achat de 20 milliards d'euros d'actifs publics et privés par mois.

Enfin, l'institut a autorisé les banques sous sa supervision à s'affranchir temporairement des exigences de fonds propres et de liquidité en vigueur, pour éviter à tout prix que des établissements sous pression cessent de financer l'économie.

En complément des premières mesures , la BCE a décidé d'un plan d'urgence le 19

mars qui a permis de calmer les esprits pour tenter d'affronter en bon ordre la crise économique qui s'annonce.

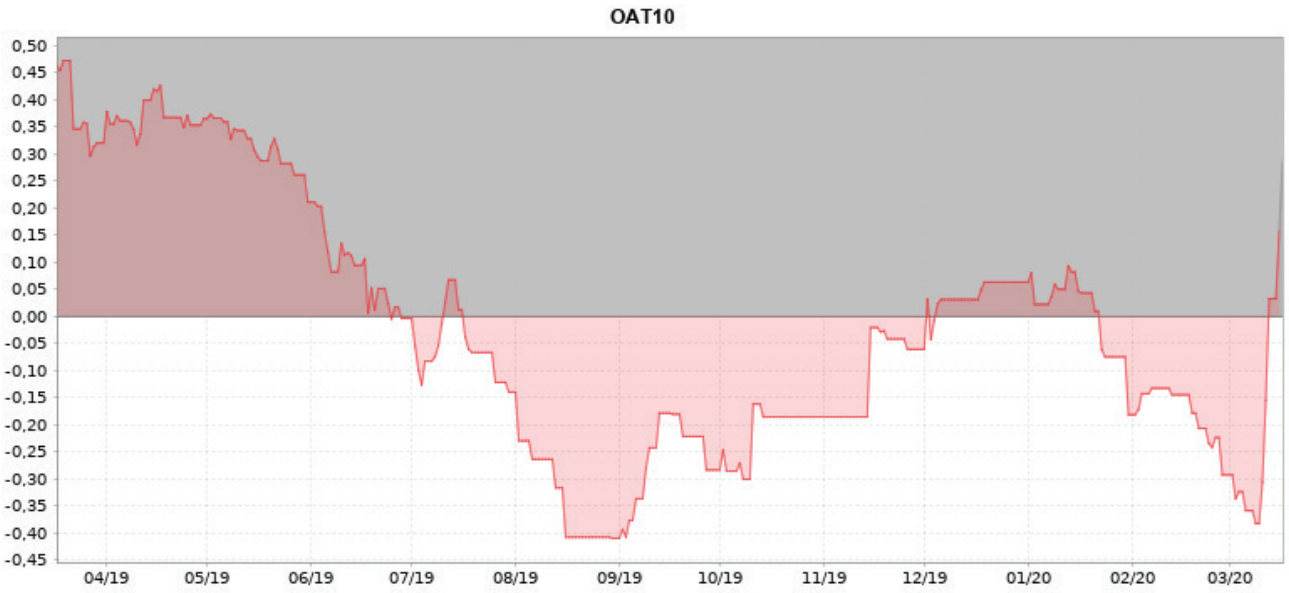
L'institution présidée par Christine Lagarde a annoncé un programme de rachat d'actifs de 750 milliards d'euros. Avec les mesures prises précédemment, le montant d'intervention total dépasse désormais les 1 000 milliards d'euros.

Devant les mesures de confinement mondiales prises le week-end du 14-15 mars, démontrant la propagation de l'épidémie, la Réserve fédérale américaine (Fed) a même annoncé le 15mars une nouvelle baisse surprise de ses taux d'intérêt de 100 points de base, la relance de ses achats de titres sur les marchés et une action coordonnée avec les autres grandes banques centrales pour fournir des liquidités en dollars aux marchés, de nouvelles mesures d'urgence destinées à soutenir l'économie mondiale face à la propagation du coronavirus. Plus surprenant encore, ce qui illustre l'ampleur de la menace, la banque centrale américaine a appelé les établissements de crédit à puiser dans les centaines de milliards de dollars de fonds propres et de liquidités mis en réserve depuis la crise financière pour accroître leurs prêts aux entreprises et aux ménages. En complément, la FED est allée encore plus loin en dépassant les mesures prises en 2008-2009. La Banque centrale américaine a annoncé le 23 mars des rachats sans limite de toutes sortes de créances publiques et se prépare à aussi à racheter des créances d'États américains, de collectivités locales et d'entreprises privées

La crise du coronavirus est en train de se transformer en crise de confiance et la panique des marchés sera difficilement endiguée tant que la crise sanitaire elle-même ne sera pas maîtrisée. L'incertitude est donc grande sur la durée de la pandémie et ses conséquences, mais il parait acquis que les Etats vont devoir dépenser des milliards d'euros pour gérer la crise au mieux, et envisager ensuite les plans de relance nécessaires. FED, BCE mais aussi toutes les autres banques centrales sont à la manoeuvre pour soutenir l'économie mondiale qui vit certainement la pire crise de son histoire en période de paix, avec certainement une récession mondiale record

Une baisse des taux continue depuis le début de l'année 2020, avec un retour à des niveaux proches de ceux exceptionnellement bas de l'été 2019...avant l'arrivée de la crise du Coronavirus

Courbe des taux OAT 10 ans



Le 18 août 2019 avait constitué un point historiquement bas des taux (OAT 10 ans à -0,41%, CMS 10 ans à -0,316%), ces niveaux étaient actuellement approchés avec une OAT 10 ans à -0,383 % le 9 mars et un CMS 10 ans à -0,238% le 11/03. L'OAT 10 ans et le CMS 10 ans avaient baissé de plus de 40 points de base (pbs) depuis le début de l'année 2020. La baisse était quasi-continue, avec un aplatissement de la courbe des taux de l'ordre de 20 pbs (10ans-2ans) à 30 pbs (30ans-2ans) entre le 1er janvier et le 11 mars 2020.

La crise des marchés démarrée le 9 mars avec la panique attachée à la pandémie de Coronavirus a rebattu toutes les cartes, avec une augmentation de plus de 65 pbs de l'OAT 10 ans entre le 9 et le 17 mars, et de plus de 30 pbs du CMS 10 ans depuis le 12 mars !!!

Cependant, le contexte demeure encore et toujours favorable aux emprunteurs avec ces niveaux de taux toujours aussi bas.

Un taux fixe est actuellement proposé en moyenne à 0,95 % sur 20 ans (0,68% sur 15 ans), quasiment inchangé par rapport à la fin d'année 2019. Ce qui conduit naturellement à en déduire que les banques ont donc plutôt renforcé leurs marges.

Concernant les taux monétaires, les Euribor 3 mois et 12 mois sont au plus bas à respectivement –0,473% et -0,339%. Les solutions en taux variables doivent être regardées surtout en termes de diversification d'encours dans le but de ne pas avoir une dette trop rigide essentiellement composée de taux fixes : le taux payé sera dans la majeure partie des cas la marge car les banques floorent l'index. Une analyse de la répartition de l'encours doit être faite avant la souscription des nouveaux emprunts afin de prendre les bonnes décision. La situation financière de l'Etablissements de Santé à 2-3 ans devra également être regardée afin de ne pas trop rigidifier l'encours en cas de besoin plus tard de restructurer la dette.

Ce qu'on observe actuellement est vraiment un traitement au cas par cas de chaque emprunteur par les banques, qu'il s'agisse de l'accès à la liquidité demandée ou des niveaux de taux proposés. En effet, que vous soyez un établissement noté, un établissement en bonne voire en moyenne santé financière ou un établissement avec des difficultés importantes, vous n'êtes pas égaux devant les banques alors que le risque semble le même avec la garantie implicite de l'Etat, tutelle des Etablissements de Santé.

Tout cela conduit à avoir des EPS dont le besoin d'emprunt peut être exceptionnellement sursouscrit mais ce n'est hélas pas la majorité des cas, car en règle générale, lorsque le besoin est déjà juste couvert, la satisfaction est pleine et entière. Mais elle est de courte durée, car un besoin juste couvert complexifie les négociations de taux avec les banques, l'EPS n'étant alors pas forcément en position de force.

La solution pour peser plus dans les négociations pourrait être de souscrire de manière concomitante les emprunts au sein d'un GHT, en y ajoutant un aspect pluri-annuel, afin d'avoir un effet volume qui devrait permettre d'avoir un pouvoir de négociation plus important auprès des banques. En outre, si l'établissement support est lui-même d'une taille importante et avec une situation financière correcte, alors il pourrait servir de point d'ancrage pour la négociation des membres de taille inférieure.

Cette solution doit être réfléchie au sein de chaque GHT du territoire, avec une réflexion à mener pour déterminer si le contexte du périmètre GHT est favorable à cette méthode nouvelle.

Côté prêteurs, la diversification est de mise entre les prêteurs classiques (Banque Postale, Crédit Agricole, Caisse d'Epargne, Banque des territoires) ; les prêteurs classiques qui s'adossent à des investisseurs ; des investisseurs institutionnels ; les premiers pas auprès des EPS des plates-formes dont l'utilisation nécessite un changement de paradigme, etc. Le marché des prêteurs est très mouvant selon (comme indiqué auparavant) la situation de chaque EPS et chaque solution doit être recherchée en cas de difficultés auprès des prêteurs classiques, rien n'est irrémédiable.

Il conviendra enfin de voir si la crise actuelle aura des conséquences sur la liquidité apportée aux EPS et les niveaux de taux proposés. Il est difficile à l'heure actuelle d'en anticiper toutes les conséquences, la fragilité budgétaire de certains Etats européens en sortie de crise avec les moyens mis en œuvre pourra peut-être poser des difficultés. Les établissements de santé, au vu des efforts déployés dans cette crise sans précédent que nous vivons, souhaitent sans aucun doute de la part des banques prêteuses un effort particulier en termes d'accompagnement notamment en trésorerie, dans une forme de solidarité qui doit s'accompagner d'actes concrets.

La recomposition bancaire autour de la Caisse des Dépôts

Tout d'abord, début mars a été annoncé la constitution d'un grand pôle financier public autour de la Caisse des Dépôts (CDC) : la CDC est devenue l'actionnaire majoritaire de La Poste, elle-même détenant à 100% La Banque Postale, et La Banque Postale est devenue l'actionnaire majoritaire de CNP Assurances.

Avec 34% du capital, l'Etat reste un actionnaire actif de la Poste, qui veillera notamment à la poursuite dans les meilleures conditions de ses missions de service public.

D'autre part, l'Etat, la Caisse des Dépôts et La Banque Postale ont annoncé le 4 mars la signature d'un accord engageant le rachat par la Caisse des Dépôts, dans le courant du premier semestre 2020, de la totalité de la participation détenue par La Banque Postale au capital de SFIL (soit 5%) et de la totalité de la participation détenue par l'Etat (soit 75%), à l'exception d'une action ordinaire que l'Etat conservera. A l'issue de cette opération, la Caisse des Dépôts deviendra l'actionnaire de référence de SFIL.

Avec la constitution de ce grand pôle financier public, il va être intéressant d'observer la retranscription opérationnelle sur le marché des prêts aux établissements de santé de ces différents acteurs (CDC, Banque Postale et SFIL) et la gestion notamment des encours structurés sensibles restants dans le bilan de SFIL.

DETTE

Reprise de la dette par l'Etat – point d'étape

Suite à l'annonce faite par l'Etat de reprendre sur trois ans, à partir de 2020 et jusqu'en 2022, 10 milliards d'euros de la dette hospitalière pour permettre une relance de l'investissement, un point d'étape nous semble utile tout en sachant qu'aucun élément formel n'est arrêté à ce jour dans l'attente des conclusions de la mission Igas-IGF qui seront partagées avec les représentants des hôpitaux fin mars.

Olivier BILLOT
Anthony ARMAND
Analystes
ANALIS FINANCE

Quels seront les critères d'éligibilité ? Ils ne semblent pas arrêtés à ce jour, mais devront servir à situer les besoins au niveau des régions ou des GHT.

La situation de la dette au 31 décembre 2018 devrait être retenue comme base de calcul, mais les prêts contractés avant cette date et dont le versement des fonds est postérieur devront également en toute logique faire partie de l'assiette.

Une contractualisation devrait se faire avec chaque établissement sur un volume de reprise : un système avec un socle de base identique pour tous et ensuite un montant variable selon les critères d'éligibilité définies pourrait sembler cohérent.

La reprise d'un tiers de la dette devrait intégrer le flux de remboursement de capital et d'intérêts, et non pas une sortie des bilans avec un transfert d'emprunteur qui aurait certainement entraîné des problématiques d'indemnité de renégociation pour l'Etat.

Sur quelle durée seront versés les flux en remboursement de capital et d'intérêts, avec les transcriptions comptables à déterminer ? On se dirige vers un versement en capital et intérêts permettant d'honorer les prêts jusqu'à leur échéance finale. La reprise se ferait-elle alors sur un pourcentage des flux totaux d'un EPS ou chaque prêt sera-t-il fléché, ce qui parait très complexe ? Ces écritures comptables sur le compte de résultat et le tableau de financement devraient logiquement apporter une bonification des ratios financiers.

Enfin, quelles seront les contreparties attendues à cette reprise de la dette ? Les volets investissements avec une relance permettant de tenir les objectifs du plan Ma santé 2022 et trajectoires financières apparaissent comme les enjeux majeurs des contreparties attendues.

IRCT

La Cour des comptes appelle de nouveau à réformer la prise en charge de l'insuffisance rénale

La Cour des comptes consacre une partie de son rapport public annuel 2020 à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)[1] qu'elle appelle de nouveau à réformer au profit des patients, en privilégiant la dialyse à domicile et surtout la greffe, qui présente des bénéfices plus élevés pour les patients, tout en étant moins coûteuse pour la collectivité.

Jean-Claude DELNATTE

(1) Rapport public annuel 2020 – février 2020 Cour des comptes - www.ccomptes.fr - @ Courdescomptes

(2) Cour des comptes, « L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charges plus efficientes », in *Rapport annuel des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

(3) Selon les différents modes : hémodialyse, en centre, en unité de dialyse médicalisée (UDM), en unité d'autodialyse ou à domicile, et dialyse péritonéale

DES DÉPENSES EN AUGMENTATION ET LA PRÉDOMINANCE DES MODES DE DIALYSE LES PLUS CONTRAIGNANTS ET LES PLUS COÛTEUX

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2015[2], la Cour de comptes avait estimé que le recours à la greffe restait insuffisant, que les modes de dialyse les plus lourds et contraignants pour les patients prédominaient et que les coûts de la dialyse étaient excessifs. Elle avait recommandé de rééquilibrer l'effort financier en faveur de la prévention, de donner une nouvelle impulsion à la greffe, de réduire les coûts de la dialyse et de développer la dialyse à domicile. Elle ne constate cinq ans plus tard que des progrès limités.

Un nombre croissant de patients et des dépenses tirées principalement par la dialyse.

En 2017, en France, plus de 87 000 patients étaient traités pour IRCT (contre 73 500 en 2012), dont 55 % par dialyse[3]. La part des patients greffés a légèrement augmenté, tout en restant minoritaire (45 % en 2017 contre 44 % en 2013).

L'IRCT est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie au titre des affections de longue durée, pour un montant de dépenses en 2017 de 4,18 Md€, en croissance annuelle de 2,4 % depuis 2013,

soit :

- 3,36 Md€ pour la dialyse, représentant plus de 80 % des dépenses pour 55% des patients, comprenant les séjours (2,4 Md€), les transports (0,71 Md€), les médicaments délivrés en ville (0,12 Md€) et les soins médicaux et paramédicaux (0,1 Md€) ;
- 0,8 Md€ pour les greffes, soit moins de 20 % du total pour 45 % des patients, dont 0,27 Md€ pour les greffes proprement dites et 0,55 Md€ pour le suivi des patients greffés.

La cour souligne que la greffe présente un meilleur bénéfice médico-économique que la dialyse tout en offrant au patient une meilleure qualité de vie :

- En 2017, la dépense annuelle moyenne d'un patient dialysé s'élevait à 62 140 €, en diminution de 1 887 € par rapport à 2013, du fait de la réduction des tarifs des séances en centre ;
- L'année de la greffe, la dépense annuelle moyenne par patient dépassait de 7 000 € celle d'un patient en dialyse mais cet écart a baissé de 3 843 € depuis 2013. En revanche, pour un patient faisant l'objet d'un suivi de greffe, la dépense annuelle moyenne s'élevait à 13 952 €, soit 4,5 fois moins que celle relative à un patient dialysé.

Des baisses de tarifs appliquées de manière trop limitée pour remettre en cause la rentabilité jugée anormalement élevée de l'activité de dialyse.

De manière stable depuis 2013, environ 35 % des dépenses d'assurance maladie relatives aux séances de dialyse sont imputables à l'activité des établissements privés lucratifs, et autant à celle des établissements privés non lucratifs, les établissements publics étant à l'origine de 30 % des dépenses[4].

Suivant les recommandations de la Cour formulées en 2015, les tarifs des centres ont été réduits, pour les rapprocher de ceux des unités de dialyse médicalisée (UDM). Entre 2015 et 2019 le tarif moyen des dialyses en centre a baissé de 10,5 % pour les établissements privés lucratifs et de 6,2 % pour les établissements publics, le tarif moyen des séances en UDM n'a pas évolué (+ 0,1 %) pour les établissements publics et a baissé de 3,5 % pour les établissements privés lucratifs.

Sous le double effet de l'augmentation de la file active des patients dialysés et des baisses tarifaires, le coût moyen de la dialyse, tous modes et toutes dépenses confondus, a diminué de 2,9 % entre 2013 et 2017, passant en moyenne de 64 017 € à 62 140 €.

Néanmoins, les économies ainsi réalisées, estimées chaque année entre 20 M€ et 30 M€, restent limitées et n'ont pas remis en cause les rentes de situation bénéficiant aux structures privées à caractère lucratif. Selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les tarifs des établissements publics et d'une partie des établissements privés non lucratifs dépassaient les coûts de 6 % en 2018, après 5 % en 2016 et 2017 et pour les établissements privés lucratifs et une partie des établissements privés non lucratifs, après une diminution de près de 11 points depuis 2014, l'écart par rapport aux coûts était encore de 9 % en 2018.

La Cour dénonce également des pratiques discutables de facturation d'actes de consultation par certains néphrologues libéraux dont elle souligne qu'ils disposent par ailleurs de revenus élevés.

La prépondérance des modes de dialyse les plus lourds

La Cour qui avait relevé en 2015 la prépondérance des prises en charge en hémodialyse en centres et en UDM et la stagnation ou le recul de leurs alternatives (autodialyse, dialyse à domicile), constate que la situation s'est encore détériorée. Ainsi, en 2017, 76,5 % des patients étaient pris en charge en centre ou en UDM, contre 73,6 % en 2013, alors que 15,8 % des patients étaient en autodialyse, contre 18,5 % en 2013.

La dialyse à domicile ne concerne que 8 % des patients, comme en 2013, alors qu'elle occupe une place plus importante dans d'autres pays comparables et qu'elle permet de préserver une meilleure qualité de vie tout en étant moins onéreuse pour l'assurance maladie.

Des délais qui s'allongent et des inégalités dans l'accès à la greffe rénale

La Cour, se référant à la Haute autorité de santé (HAS), rappelle que la transplantation rénale est la stratégie la plus efficiente dans l'ensemble des modalités de traitement de l'IRCT et constate cependant que la part des patients porteurs d'un greffon rénal, bien que le nombre de transplantations rénales ait progressé entre 2013 et 2017, reste minoritaire, à 45 % en 2017, derrière notamment la Norvège (70 %), les Pays-Bas (63 %), le Royaume Uni (54 %) et l'Espagne (52 %).

La durée médiane d'attente a augmenté de 24 % de 2013 à 2017 et de fortes disparités territoriales sont toujours constatées dans l'accès à la greffe s'expliquant notamment par les différences de pratiques des néphrologues quant à l'inscription de leurs patients sur la liste d'attente.

DES RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE PLUS EFFICACE

Développer la prévention et mieux informer et former le patient

La Cour estime que la prévention n'a été que timidement amorcée et que le dépistage

(4) Les établissements publics assurent principalement la prise en charge en centre, les établissements privés lucratifs les prises en charge en centre et en unité de dialyse médicalisée (UDM) et les établissements privés non lucratifs les prise en charge en UDM, en autodialyse et en dialyse à domicile.

de la maladie est encore insuffisant. En 2015, elle avait relevé le caractère encore embryonnaire de l'éducation thérapeutique des patients et constate qu'en 2019, le ministère de la santé ne dispose pas d'un bilan précis du nombre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés et financés dans chaque région ni du nombre de patients concernés.

La Cour déplore que la structuration de la pré-suppléance a été engagée tardivement[5] et constate que près de 30 % des patients commencent encore un traitement en dialyse dans une situation d'urgence et que 40 % d'entre eux n'ont pas bénéficié au préalable d'une consultation avec un néphrologue. Par ailleurs, le ministère chargé de la santé a engagé des expérimentations, relatives au parcours des patients affectés d'une IRCT, avec plusieurs années de retard par rapport à leur calendrier initial mais celles-ci peuvent toutefois être poursuivies en application de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Selon l'estimation de la Cour, une économie potentielle de 0,4 Md€ à l'horizon 2025 serait réalisable, en réduisant d'un tiers le rythme annuel d'augmentation de la file active de patients par une prévention plus soutenue du passage au stade terminal de la maladie rénale, venant retarder la nécessité de mettre en place un traitement de suppléance par dialyse ou une greffe.

Elle recommande que soit déployée en direction du grand public une communication sur les risques, le dépistage et les traitements possibles de la maladie rénale chronique, en en modulant l'intensité en fonction des disparités territoriales de son épidémiologie.

Faciliter l'accès à la greffe pour l'ensemble des patients éligibles

Par référence aux situations de pays étrangers (Norvège, Pays Bas, UK, Espagne) la Cour estime que la part des malades greffés en France pourrait être plus importante. Elle rappelle et précise les constats et recommandations formulés dans sa publication récente relative à la politique des greffes , tendant à augmenter le nombre de greffons, encourager le « don du vivant » et rendre l'accès à la greffe plus équitable

Favoriser la dialyse à domicile

La cour assigne comme objectif d'atteindre, d'ici trois ans, un premier palier national de 15 % de nouveaux patients dialysés à domicile :

- en permettant aux ARS de conditionner les autorisations d'activité à l'orientation d'une part minimale de la patientèle vers des structures dispensant l'autodialyse ou la dialyse à domicile ;
- en élaborant un référentiel de prise en charge en dialyse afin d'objectiver l'orientation vers le mode de dialyse envisagé.

Adapter le financement de la dialyse à la réalité des besoins et des coûts

La Cour réitère sa recommandation de 2015 tendant à substituer, d'ici à 2023 au plus tard, aux différents tarifs en vigueur (une quinzaine) un tarif unique par patient dialysé, comportant des majorations et minorations en fonction notamment de son état (âge, autonomie, polypathologies, stabilité de la situation de santé) et des résultats des traitements et à intégrer à ce tarif unique les frais de transport, les examens biologiques et les supplémentations nutritionnelles.

Dans l'attente de cette réforme d'ensemble, elle demande d'amplifier, en 2021 et 2022, les baisses de tarifs des séances de dialyse en centre et en UDM, pour les établissements privés et publics, afin de favoriser une réorientation des patients vers l'autodialyse et la dialyse à domicile lorsque ces modes sont les mieux adaptés à leur situation, et de restituer à l'assurance maladie l'excès manifeste de financement de ces séances par rapport à leurs coûts. Elle recommande aussi que l'ensemble des dépenses liées aux séances de dialyse soit pris en charge par les établissements sur leurs propres budgets, afin de favoriser la mise en oeuvre d'actions de réorganisation et de réduction des coûts de transport.

Enfin, elle recommande de préciser la règlementation applicable aux actes et consultations effectués par les néphrologues non-salariés en centre et en UDM, afin d'assainir, lorsqu'il y a lieu, les pratiques de facturation à l'assurance maladie, et de rendre obligatoire la communication des données comptables des structures privées à l'ATIH.

(5) La LFSS pour 2019 a prévu la création d'un « forfait pathologies chroniques » portant sur la maladie rénale chronique en amont du traitement par dialyse ou greffe.

(6) Cour des comptes, « La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation française, octobre 2019, disponible sur www.comptes.fr.

BIOLOGIE

Transfert d'activité de biologie médicale et biologie délocalisée : comment analyser et comparer les impacts financiers de différents scénarios ?

Les établissements de santé sont incités, depuis quelques années, à mutualiser leurs laboratoires de biologie médicale. En 2010, c'est l'instauration de l'obligation d'accréditation de tous les laboratoires qui contraint économiquement les plus petits d'entre eux à rejoindre un laboratoire de taille suffisante pour assumer les coûts d'une démarche qualité exigeante. Puis en 2016, c'est la mise en place des GHT, qui impose un projet médical partagé décrivant l'organisation en commun des activités de biologie médicale.

Les établissements ayant une consommation de biologie médicale faible (inférieure à 10 millions de B[1]) ont du mal à maintenir un laboratoire en interne. Les causes sont d'une part liées à la difficulté à recruter des biologistes dans une petite structure (exercice isolé peu attractif, pénibilité des astreintes fréquentes), et d'autre part rattachées à des enjeux médico-économiques (coûts d'exploitation non amortis par l'activité, poids des investissements).

Cependant, la mise en commun de la biologie médicale, et donc par conséquent le transfert d'analyses, fait face à deux problématiques majeures : d'une part un impératif médical de délais de rendu des résultats, et d'autre part la nécessité – coûteuse – de transporter les prélèvements jusqu'au laboratoire. Confronté à cette situation, tout établissement peut légitimement s'interroger sur les conséquences économiques de ces orientations stratégiques.

QUELLES OPTIONS POUR UN ÉTABLISSEMENT SANS LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE ?

Les établissements sans laboratoire ont trois solutions pour subvenir à leurs besoins en matière de biologie médicale :

- Acheter une prestation à un autre établissement de santé (0,27€/B)
- Acheter une prestation à un laboratoire privé (0,27€/B)
- Intégrer un GCS[2] ou une autre forme de groupement incluant une mutualisation de l'activité de biologie médicale (prix coûtant ou négocié)

Comme rappelé par la cour d'appel de Paris en 2016 dans une affaire concernant un appel d'offre passé par le groupe Orpéa-Clinéa, les tarifs des prestations de biologie médicale sont fixés par le Code de la Sécurité Sociale et ne peuvent pas faire l'objet de remises. Autrement dit, les hôpitaux bénéficiant aujourd'hui de tarifs avantageux octroyés par un prestataire de biologie médicale se trouvent, parfois par manque d'information, dans l'illégalité. Par conséquent, la seule solution pour réduire le coût du B[3] pour un établissement acheteur de prestations de biologie médicale est de passer un contrat de coopération avec un autre établissement de santé, ou groupement, disposant d'un laboratoire. Dans les autres cas, l'interdiction de concurrence tarifaire entre les prestataires recentre les critères de choix sur le contenu des prestations proposées (prise en charge des transports, réalisation des analyses de biologie environnementale, automatisation de l'intégration des résultats dans le dossier patient informatisé, etc.).

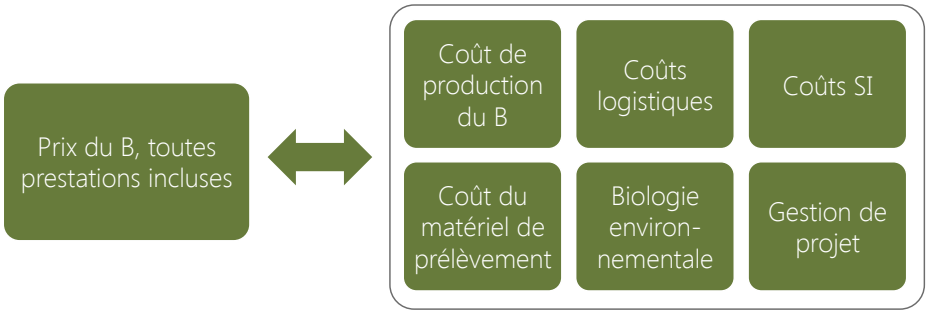
Ainsi, si le choix doit se faire entre rejoindre un groupement de moyens et faire appel à un prestataire privé, l'enjeu est de comparer les coûts de production sur des prestations équivalentes à celles d'un laboratoire privé.

Clémence LOAEC,
Consultante
Viktoria KLEISOVA,
Manager
Cabinet GovHe

[1] Le B est une unité d'œuvre virtuelle servant à mesurer l'activité de biologie médicale.

[2] Groupement de Coopération Sanitaire

La comparaison des options de transfert d'activité doit prendre en compte des paniers de prestation équivalents



LES TRANSPORTS SONT LE FACTEUR LIMITANT D'UN PROJET DE MUTUALISATION DE BIOLOGIE MÉDICALE

Lorsque l'établissement est distant de son laboratoire de rattachement, il est nécessaire d'organiser le transport des prélèvements jusqu'au laboratoire, ce qui peut représenter une dépense importante en plus du coût de production du B. Considérons les alternatives suivantes :

- réalisation de l'activité par un laboratoire privé voisin de l'établissement, prenant en charge l'intégralité des examens, transport compris dans le prix du B (option 1)
- partenariat avec un laboratoire public distant (option 2)

Le budget doit être calculé sur l'intégralité de l'activité, c'est-à-dire en comparant :

Budget option 1 = Nombre de B total × 0,27 €

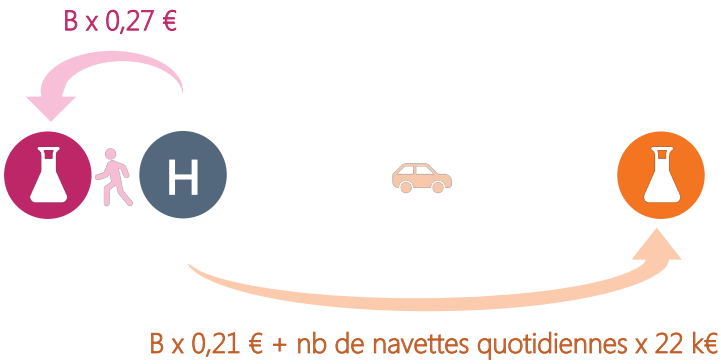
et

Budget option 2 = Nombre de B transférés × coût de production du B + coûts de transport

Un centre hospitalier pris en exemple, distant d'un peu plus de 20 km de son laboratoire de rattachement, estime le coût des navettes à environ 60 € l'aller-retour, soit environ 22 k€ par an pour une navette quotidienne. Lorsque les besoins cliniques nécessitent plusieurs navettes par jour, et des navettes à la demande (dont la quantité difficile à maîtriser), l'impact sur le budget n'est pas négligeable, et peut faire pencher la balance en faveur d'une prestation privée prenant en charge ces coûts.

[3] Le coût du B est un indicateur utilisé pour comparer le coût de la biologie médicale, entre établissements, et/ou à différents temps, en s'abstrayant de la nature et des volumes d'activité.

Le transport des prélèvements est une source de dépenses majeur dans un scénario de transfert d'activité de biologie médicale



Une des solutions trouvées par les groupements d'établissements pour limiter les coûts de transport à la demande tout en répondant aux impératifs cliniques de délais de rendu des résultats, est de mettre en place des plateaux de biologie délocalisée dans les établissements sans laboratoire propre. L'avancement technologique des appareils

de biologie délocalisée permet de couvrir plus de 80% des examens relevant de biochimie et d'hémostase. Un établissement de proximité (sans chirurgie et maternité) avec un service des urgences pourraient ainsi effectuer sur place entre 90% et 100% des examens relevant de la liste *d'examens de biologie médicale réputés urgents*[4]. Ce fonctionnement va, paradoxalement, à l'encontre du principe de regroupement des activités et soulève d'autant plus la question de sa pertinence économique.

[4] Cette liste est déterminée par chaque laboratoire

COMMENT ANALYSER LE COÛT D'UN PLATEAU DE BIOLOGIE DÉLOCALISÉE ?

Un arrêté daté du 13 août 2014[5] autorise les médecins, sages-femmes, infirmiers et techniciens de laboratoire « *à réaliser, en dehors du laboratoire de biologie médicale, la phase analytique des examens de biologie médicale en vue d'une décision thérapeutique en urgence* ». Un plateau de biologie délocalisée est ainsi un espace au sein d'un établissement de santé, mais hors d'un laboratoire de biologie médicale, permettant la réalisation d'analyses par des professionnels formés des catégories ci-dessus. Il est à noter qu'une validation de l'analyse par un biologiste, faite à distance, est toutefois nécessaire.

[5] Arrêté du 13 août 2014 *fixant les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques aux fins d'un examen de biologie médicale et la phase analytique de l'examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ainsi que les lieux de réalisation de ces phases* – article 4

Les coûts directs d'un plateau de biologie délocalisée peuvent être estimés comme suit :

Titre 1

Les charges de titre 1 comprennent le personnel affecté au plateau (infirmiers ou techniciens). Dans le cas où il n'y a pas de personnel dédié, ce sont les infirmiers des services de soins, en général les mêmes que ceux qui effectuent le prélèvement, qui réalisent l'analyse. Les charges équivalentes sont difficiles à estimer, car il s'agit du temps passé par les soignants à réaliser les analyses. Il est choisi ici de ne pas tenter de les comptabiliser, en considérant que ce temps est absorbé par l'effectif existant des services.

Dans tous les cas, le titre 1 comprend également le temps du personnel du laboratoire de rattachement consacré à la biologie délocalisée : d'une part le temps de biologiste pour la validation des examens réalisés (et le temps de coordination) et d'autre part le temps technicien nécessaire au minimum pour la formation des personnels du plateau de biologie délocalisée, la petite maintenance, et les contrôles qualité des appareils de biologie.

Titre 2

Les charges de titre 2 comprennent les coûts de maintenance des automates qui permettent de réaliser les analyses, les licences des logiciels et surtout le coût des réactifs, qui peut être très supérieur aux coûts observés en laboratoire du fait de deux paramètres :

- Tout d'abord, les appareils de biologie délocalisée sont différents de ceux utilisés au sein d'un laboratoire et n'analysent le plus souvent qu'un seul prélèvement à la fois, ce qui consomme marginalement plus de réactifs que lorsque les analyses sont regroupées.
- En plus de cela, les coûts des réactifs nécessaires au calibrage et aux contrôles qualité de ces appareils à faible débit d'analyse pèsent plus lourd en proportion que dans un laboratoire qui bénéficie d'effets d'échelle.

Nous choisissons ici de comptabiliser également les coûts de matériel de prélèvement, dans la mesure où la consommation de tubes dépend fortement de l'organisation de la biologie médicale : en réalisant des analyses de biologie délocalisée, les infirmiers multiplient le nombre de prélèvements effectués. En effet, afin de pouvoir adresser des examens au plateau de biologie délocalisée et souvent, en plus, au laboratoire de rattachement pour des analyses complémentaires, il est nécessaire de prélever deux tubes au lieu d'un.

Titre 3

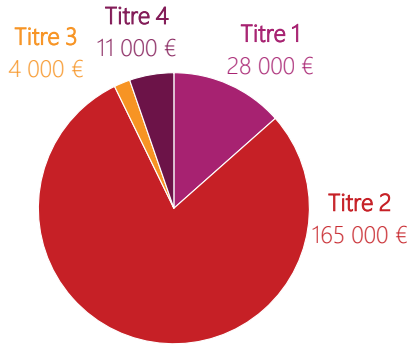
Les charges de titre 3 se composent des dépenses diverses de consommables : papier, pochettes plastique, étiquettes, etc. qui sont, d'expérience, de faible montant comparativement aux autres postes de dépense.

Titre 4

Enfin, les charges de titre 4 incluent principalement les amortissements des équipements, ainsi qu'éventuellement des travaux d'aménagement du local.

En guise de benchmark, nous nous basons sur le retour d'expérience d'un établissement rattaché à un laboratoire public distant, ayant mis en place un plateau de biologie délocalisée au sein de son service d'urgences, sans personnel dédié. Les chiffres ci-dessous sont fournis à titre indicatif, avec pour objectif de visualiser l'équilibre entre les postes de coût. Dans le cas de cet établissement, les coûts relatifs aux systèmes d'information n'ont pas été évalués car considérés comme des coûts de structure.

Pour une production annuelle de 1 450 000 B



LES COÛTS DIRECTS NE SONT QUE LA PARTIE VISIBLE DES MOYENS MOBILISÉS PAR UN PLATEAU DE BIOLOGIE DÉLOCALISÉE

Tandis que les dépenses d'un laboratoire se répartissement classiquement en trois tiers – un tiers de titre 1 direct, un tiers de titre 2 direct et un tiers de titre 3, 4 et de charges indirectes – dans le cas de la biologie délocalisée, la répartition change. Les charges directes de personnel sont faibles, s'il n'y a pas de personnel dédié, tandis que le titre 2 représente près de 80% des charges.

Avec les chiffres de notre exemple, le coût de production paraît extrêmement faible en comparaison de ceux habituellement observés pour les laboratoires. En effet, l'analyse des coûts directs est très restrictive : tandis qu'un laboratoire est une unité fonctionnelle relativement autonome au sein d'un établissement, avec son personnel dédié, une organisation propre et des achats fléchés, un plateau de biologie délocalisée est quasi totalement intégré, à la frontière ou plutôt à cheval, entre les services cliniques et le laboratoire dont il dépend. Dès lors, les dépenses directes n'incluent pas, ou quasiment pas, les dépenses portées par le laboratoire de rattachement et les services utilisateurs.

Les réactifs représentent la majorité des charges directes d'un plateau de biologie délocalisée ; le reste des charges est, en général supporté par les services cliniques et le laboratoire de rattachement

Difficiles à quantifier, elles sont toutefois bien réelles, par exemple :

- temps biologiste pour la coordination avec les services utilisateurs, la démarche qualité, la résolution opérationnelle de problématiques diverses, qui se multiplient avec le nombre d'équipements, d'utilisateurs et d'examens réalisés
- coût de l'accréditation, en temps qualiticien et en coût du COFRAC
- temps technicien, détaché en urgence en cas de pannes, d'autant plus nombreuses que les utilisateurs sont des soignants, dans des conditions de travail susceptibles de favoriser les erreurs comme le stress d'une situation vitale nécessitant un examen en urgence
- temps d'encadrement des techniciens intervenant sur site
- temps de déplacement
- temps des départements des systèmes d'information des deux établissements consacrés à la résolution de diverses pannes
- amortissement ou location du local où sont installés les équipements de biologie délocalisée
- coûts de structure divers (RH, service économique, etc.)

La plupart du temps, si le laboratoire ne gère pas un grand nombre de plateaux de biologie délocalisée, ces coûts sont absorbés à moyens constants (ou presque) et ne représentent donc pas un coût marginal pour les parties. Si c'est bien le cas, seuls les coûts directs du plateau sont à intégrer au budget global du projet de transfert d'activité, à comparer aux budgets prévisionnels des autres options envisagées. Le budget d'un projet de transfert comprenant de la biologie délocalisée doit ainsi prendre en compte les coûts marginaux liés au plateau, mais également ceux liés au transfert vers le laboratoire des analyses non prises en charge en délocalisé. Dans le cas de notre établissement exemple, 1/3 des B sont produits sur le plateau de biologie délocalisée et 2/3 par le laboratoire.

En tout état de cause, il est nécessaire de retenir que le raisonnement par coût de production, en biologie délocalisée, est une approche délicate, et qu'il n'y a pas de sens à comparer directement un coût du B produit en délocalisé au coût du B d'un laboratoire.

LE MODÈLE DE REFACTURATION EST LE DERNIER CHOIX MAIS PAS LE MOINDRE DANS UN GROUPEMENT DE MOYENS

Si le choix d'une mutualisation de moyens est retenu, la question qui se pose après l'analyse globale des charges est celle de leur répartition entre le laboratoire et le ou les services cliniques qui bénéficient de l'activité. Dans le cas où ces unités fonctionnelles appartiennent à des établissements différents, les règles de refacturation peuvent être déterminantes dans la décision de mettre en œuvre le projet.

Les retours d'expérience que nous avons pu recueillir démontrent qu'en plus du choix du modèle de refacturation, c'est sa transparence qui est valorisée. La possibilité de suivre les données d'activité, recevoir des factures claires et explicites, font partie intégrante du panier de prestation et permet un meilleur dialogue clinico-biologique. Ce dialogue, lorsqu'il est piloté par un gestionnaire de projet, peut avoir un effet d'amélioration en continue : optimisation de la fréquence des navettes et de leurs heures de départ, ainsi que diminution progressive du nombre de prélèvements par le biais de la juste-prescription.

En résumé, un projet de transfert de l'activité de biologie médicale doit faire l'objet d'une évaluation financière globale, prenant en compte les coûts de production mais aussi les coûts logistiques. En plus du budget global estimé pour chaque option envisagée, il faut s'assurer de comparer des paniers de prestations équivalents pour ne pas biaiser l'analyse. Enfin, la biologie délocalisée, appréciée par les cliniciens, doit faire l'objet d'une attention particulière car elle représente une charge de travail non négligeable pour le laboratoire porteur et n'est pas nécessairement gage d'économies.

CIRCULAIRE FRONTIÈRE

Facturation d'un GHS pour les bilans diagnostiques ou thérapeutiques : une circulaire déclarée impérative et partiellement illégale

Dans un précédent numéro de la revue, l'auteur des présentes lignes s'interrogeait sur la légalité de l'instruction du 15 juin 2010, soulignant que le conseil d'État avait été saisi au titre d'une question préjudicielle, à l'occasion d'une procédure pendante devant le pôle social du tribunal judiciaire de Bobigny[1]. La question lui était posée de savoir si la « circulaire frontière » était impérative et si, dans l'affirmative, elle était « *en tout ou en partie* » entachée d'illégale, outre son caractère inopposable. En s'écartant des conclusions de son rapporteur public, la haute juridiction a répondu que non seulement le texte était impératif et opposable mais encore qu'il était illégal, en son point 2.3.2 relatif à la délicate question des « plateaux techniques hospitaliers ».

Omar YAHIA
Avocat associé
SELARL YAHIA

Référence : Conseil d'État, 1er et 4ème chambres réunies, 13 mars 2020, n° 426568.

La frontière entre soins de ville et hospitalisation de jour étant nécessairement poreuse, l'instruction du 15 juin 2010 dont l'objet était d'interpréter le cadre juridique en vigueur a, en réalité, ajouté du flou au flou, en quelque sorte, ce qui a conduit la rapporteur public à la qualifier de « bête noire » des établissements de santé.

Un rapport commun IGAS/IGF[2] avait d'ailleurs alimenté cette approche critique en estimant que le principal frein au développement de l'hôpital de jour était le risque de requalification lié aux incertitudes d'application de cette instruction et en énonçant l'hétérogénéité des pratiques de contrôle.

C'est dans le cadre d'un contrôle ayant conduit l'assurance maladie à requalifier en activité externe un certain nombre d'actes pour lesquels le centre hospitalier de Saint-Denis avait facturé un GHS, que la question préjudicielle a été posée au conseil d'État.

Le caractère impératif de la circulaire, largement débattu par les parties au demeurant, n'a guère posé de difficulté, la haute juridiction ayant considéré que « *Si cette instruction prescrit à ses destinataires, de façon impérative, d'adopter l'interprétation qu'elle retient, et qui ne saurait, sans illégalité, ni méconnaitre le sens et la portée des dispositions qu'elle entend expliciter, ni réitérer une règle contraire à une norme juridique supérieure, elle se borne cependant à présenter l'état des textes en vigueur et à dresser une liste d'exemples et ne peut, dès lors, être regardée comme revêtant un caractère règlementaire* ».

Il s'agit, en somme, d'une photocopie du droit existant.

Le second volet du recours préjudiciel, articulant sept moyens de légalité, s'est révélé en revanche plus difficile à examiner. S'il n'est pas nécessaire de tous les passer en revue, deux d'entre eux mérite cependant une attention soutenue : l'illégalité de l'arrêté prestations du 19 février 2009 pour incompétence de l'auteur de l'acte, d'une part, et la méconnaissance des dispositions de l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique, d'autre part.

S'agissant de l'illégalité de l'arrêté du 19 février 2009, le rapporteur public, que la juridiction a suivi sur ce point, a considéré qu'en admettant l'évidence selon laquelle la loi a clairement renvoyé à un décret en conseil d'État le soin de déterminer les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale est venu satisfaire

(1) O. YAHIA, La circulaire « frontière » : bientôt la fin de l'insécurité juridique et financière ?, *Finances Hospitalières* de Février 2019, n°132.

(2) Rapport IGAS/IGF, *Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine*, Février 2016.

cette exigence en prévoyant que « *La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés par séances, journées ou séjours* ». C'est dès lors sans incompétence que le ministre a pu, et sur le fondement de l'article R.162-32-4 de ce code, définir les conditions d'application.

Mais le débat n'est pas clos pour autant.

Il paraît bien commode, en effet, d'estimer que cette simple phrase énoncée à l'article R.162-32 ait pu remplir l'office que la loi (art. L.162-22-6 du CSS) avait conféré au pouvoir réglementaire de fixer, par décret en conseil d'État, « *Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie* ».

S'il est admis, en effet, qu'un décret puisse se substituer à un arrêté (CE, 10 novembre 2004, *Union des Industries utilisatrices d'énergie*, n°250423, p. 554), l'inverse n'est pas permis lorsque, par exemple, des dispositions qui auraient dû figurer dans un décret en Conseil d'État sont contenues dans un arrêté ministériel (CE 29 juin 1988, *Bouteiller et Kammerer*, p. 565) ou, *a fortiori*, dans une circulaire (CE 9 juill. 2007, n°284707, *Syndicat national unifié des impôts*, Lebon 907, AJFP 2007. 301, concl. Struillou).

Alors que l'article R.162-32 se borne à congédier la question, en quelque sorte, par trois mots (séances, journées ou séjours), les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation ne sont véritablement détaillées qu'au sein de l'arrêté du 19 février 2009, tout comme son successeur, l'arrêté du 19 février 2015, lesquels ne se contentent pas d'établir une classification des prestations.

Tout en rejetant le moyen, le conseil d'État fournit malgré tout une nouvelle piste de réflexion en indiquant :

« *Le centre hospitalier de Saint-Denis n'est ainsi pas fondé à soutenir que l'instruction litigieuse réitèrerait un texte entaché d'incompétence en se référant à cet arrêté pour exposer les modalités de facturation d'une prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée et d'une prise en charge hospitalière de moins d'une journée en dehors d'une telle unité* ».

C'est donc la légalité du décret lui-même qu'il convient d'interroger...

S'agissant de la méconnaissance des dispositions de l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique, le rapporteur public a admis avoir éprouvé une hésitation.

Il s'agit de la situation où un GHS peut être facturé au titre d'une prise en charge inférieure à une journée dans l'hypothèse où les actes nécessitent la « *prise en charge par une équipe paramédicale et médicale, dont la coordination est assurée par un médecin* ».

L'établissement requérant faisait grief à l'instruction d'exiger, en son point 2.3.2, l'utilisation obligatoire de plusieurs plateaux techniques hospitaliers alors que l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique évoque l'utilisation d'un seul plateau technique ***ou*** l'éventualité de plusieurs plateaux techniques.

La thèse soutenue par le rapporteur public, mais que le conseil d'État n'a pas confirmée, était la suivante :

« *Précisons d'emblée que le plateau technique n'est, à notre connaissance, pas défini dans le code de la santé publique. Il s'agit davantage d'une notion fonctionnelle qui permet de qualifier un ensemble cohérent d'équipements permettant de réaliser un ou des actes ciblés. On parlera par exemple d'un plateau technique de chirurgie ou d'imagerie médicale ou d'analyse de biologie médicale.*

Cette définition assez classique étant posée, est-il cohérent d'exiger que la prise en charge intervienne sur ***des****, c'est-à-dire sur plusieurs plateaux techniques ? À raisonner littéralement, nous n'en sommes pas persuadés.*

Toutefois, il me semble que l'instruction en cause n'a en réalité pas entendu prévoir que plusieurs plateaux techniques devaient être maîtrisés mais plutôt que chaque acte devait

nécessiter le recours à un plateau technique. En posant cette condition, l'instruction a surtout voulu insister sur le fait que seuls les actes lourds sollicitant le support de la structure hospitalière pourrait être pris en compte, ce qui est cohérent avec la définition des structures d'hospitalisation de jour donnée par le code de la santé publique.

Les exemples donnés dans la suite de l'instruction nous convainquent que c'est cette interprétation qu'il nous faut retenir.

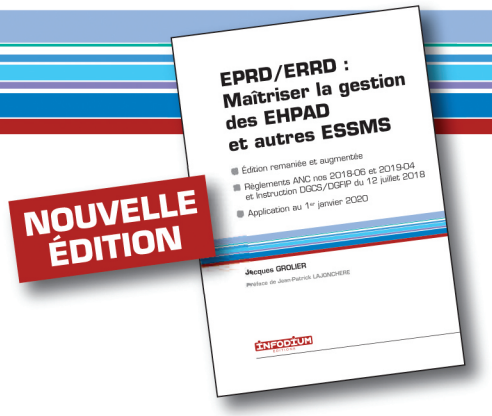
En effet, parmi les actes pouvant être facturés en GHS, la circulaire évoque notamment le bilan d'extension d'une tumeur maligne, lequel semble impliquer une pluralité d'examens mais sur un unique plateau d'imagerie médicale.

En somme, lorsque l'instruction exige plusieurs examens sur des plateaux techniques hospitaliers, il faut selon nous lire plusieurs examens, chacun nécessitant le recours à un plateau technique hospitalier.

Or, si vous nous suivez dans cette interprétation, vous concèderez que la critique devient constructive lorsque le passage litigieux est replacé dans son contexte, la circulaire n'ajoute pas au texte réglementaire ».

La haute juridiction a en effet décidé que l'instruction attaquée méconnaissait bel et bien le sens et la portée de l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique qui permet aux structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit comme aux structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire de ne comporter sur leur site qu'un seul plateau technique.

Au-delà d'une mise au point tant attendue, cette décision aura des répercussions tant sur la rédaction de la future instruction relative à la gradation des soins que sur les contentieux des contrôles réalisés sous l'empire de l'instruction de 2010.



NOUVELLE ÉDITION

EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS

- **Budget et comptabilité • Analyse économique et financière • Pilotage**
- **Règlement ANC n° 2018-06 et 2019-04 et Instruction DGCS/DGFIP du 12 juillet 2018**
- **Application au 1er janvier 2020**

Par **Jacques GROLIER** - Préface de **Jean-Patrick LAJONCHERE**

BON DE COMMANDE - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

	HT	TTC
☐ **OUI,** Je commande ..... exemplaire(s) du livre « ***EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS*** » par Jacques Grolier, 410 pages (ISBN 978-2-9559203-6-7) TVA : 5,5 %	71,09	**75,00**
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	**6,00**
	Total	

☐ Mme, ☐ Mlle, ☐ M.
Nom : ..... Prénom : .....
Établissement : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
E-mail : .....

Je règle par :

☐ Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**. Je recevrai une facture justificative.

☐ A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

INFODIUM ÉDITIONS

69, avenue des Ternes 75017 Paris
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
couriel : contact@infodium.fr

AUTORISATIONS

Le nouveau régime juridique de la cession des autorisations sociales et médico-sociales

Les conditions de cession des autorisations sociales et médico-sociales ont été réformées en janvier 2018. Des précisions viennent d'être récemment apportées par le décret du 13 mars 2020 et deux arrêts du Conseil d'État.

Décret n° 2020-254 du 16 mars 2020

CE, 22 novembre 2018, *Société EHPAD « MA Résidence »*, req. n° 412057

CE, 26 février 2020, *Société Thessalie*, req. n° 422344

Benoît APOLLIS
Maître de conférences en droit public
Consultant

L'article 1er de l'ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018 *relative au contrôle de la mise en œuvre des dispositions du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 412-2 du code du tourisme et aux suites de ce contrôle* a substantiellement modifié, entre autres (V. M. Cormier, La réforme de l'inspection et du contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux : la fin d'un monopole régalien, *RGDM* 2019, n° 71, p. 113 et s.), le troisième alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Ce dernier disposait jusqu'alors : « *Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif* ». *Dorénavant, le même alinéa prévoit que « l'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente pour la délivrer, qui s'assure que le cessionnaire pressenti remplit les conditions pour gérer l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil dans le respect de l'autorisation préexistante, le cas échéant au regard des conditions dans lesquelles il gère déjà, conformément aux dispositions du présent code, d'autres établissements, services ou lieux de vie et d'accueil. La décision autorisant la cession est prise et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation délivrée en application de l'article L. 313-2. Toutefois, le délai prévu au deuxième alinéa de cet article est alors réduit à trois mois* ».

Hormis le caractère moins lapidaire de la rédaction, notamment s'agissant de l'objet du contrôle de l'administration (s'assurer que le cessionnaire « *remplit les conditions pour gérer l'établissement* »), deux changements peuvent être immédiatement pointés.

En premier lieu, sur le fond, la cession des autorisations sociales et médico-sociales n'est plus réservée aux seules personnes physiques ou morales de droit privé. En ne reprenant plus cette limite relative à la nature juridique des gestionnaires des établissements et services sociaux ou médico-sociaux, le Code ouvre clairement la possibilité aux personnes publiques de procéder à la cession de leurs autorisations. Il pourrait s'agir, par exemple à l'occasion de la mise en œuvre d'un projet de coopération, aussi bien d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, d'un établissements public social ou médico-social autonome, ou encore d'un établissement public de santé gestionnaire d'un service médico-social – comme tel est le cas de bon nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le secteur public.

En second lieu, sur le plan procédural, le nouvel alinéa précise que « *la décision autorisant la cession est prise et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation délivrée en application de l'article L. 313-2* », *i. e.* une autorisation faisant suite à une demande

d'autorisation qui n'est pas soumises à la procédure d'appel à projet (cf. art. L. 313-1-1 du CASF). Dans ce cas, cet article L. 313-2 impose que la demande soit présentée « *par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé qui en assure ou est susceptible d'en assurer la gestion* » et indique que « *l'absence de réponse dans le délai de six mois suivant la date de dépôt de la demande vaut rejet de celle-ci* ». C'est là que la nouvelle rédaction de l'article L. 313-1 apporte une précision importante pour les promoteurs : ce délai de six mois pour faire naître une décision implicite de rejet de la demande de cession est ramené à trois mois désormais.

Mais ce n'est pas tout. Les aspects procéduraux de la cession des autorisations sociales et médico-sociales ont encore été éclairés par les dispositions du décret n° 2020-254 du 13 mars 2020 « *relatif aux modalités de la cession prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles* ». Cela donne l'occasion de confronter ce nouvel état des textes avec la jurisprudence du Conseil d'État en la matière, laquelle a concerné plus spécifiquement les autorisations des EHPAD dans la période récente.

LES PRÉCISIONS APPORTÉES PAR LE DÉCRET DU 13 MARS 2020

Tout en indiquant que ses dispositions ne s'appliquent qu'aux demandes présentées postérieurement à sa date d'entrée en vigueur, soit le 16 mars 2020, le décret n° 2020-254 ajoute considérablement aux dispositions réglementaires du CASF en ce qui concerne la cession des autorisations.

Il le fait au moyen d'un seul nouvel article créé dans le Code, l'article D. 313-10-8. Celui-ci établit d'abord l'identité du demandeur : « *la demande de cession de l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 est adressée par le cessionnaire à l'autorité ou aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation* ». C'est donc au cessionnaire de déposer le dossier de demande, lequel voit ensuite son contenu énoncé dans le détail :

« *1° Une partie administrative dans laquelle figurent :*

a) L'identité, l'adresse et le statut juridique de la personne physique ou morale, constituée ou en cours de constitution, qui demande la cession pour son compte, ainsi que la copie des statuts de l'organisme ou, le cas échéant, de la société ; si la personne morale est en cours de constitution, le dossier indique les nom, adresse et qualité de la personne qui la représente pour la demande ;

b) L'acte ou l'attestation de cession signés du cédant, ou l'extrait des délibérations du conseil de surveillance ou de l'organe délibérant du cédant relatif à cette cession ;

c) Le protocole d'accord portant cession de l'autorisation conclu entre le cédant et le cessionnaire ;

d) Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 ;

2° Une partie relative aux personnels, décrivant l'état des effectifs, par type de qualifications, exerçant ou appelés à exercer dans l'établissement, et faisant apparaître les engagements du demandeur en ce qui concerne les effectifs et la qualification des personnels, nécessaires à la mise en place du projet ;

3° Une partie financière décrivant les modalités précises de financement du projet, une présentation du compte ou du budget prévisionnel de l'établissement ou du service ;

4° L'engagement du demandeur au respect des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 312-1 ».

Rien que de très classique pour un tel dossier, en particulier lorsqu'on le compare à celui des demandes de confirmation des autorisations sanitaires cédées (cf. art. R. 6122-35 du CSP) – régime qui a visiblement servi de modèle ici, au moins en partie. A l'instar de la cession des autorisations sanitaires, l'on remarquera notamment que le dossier doit être déposé après la véritable cession, c'est-à-dire une fois que le cédant et le cessionnaire se sont mis d'accord sur la chose (la ou les autorisations, les activités qu'elles permettent

comme les financements auxquels elles donnent accès) et – le plus souvent – sur le prix. En effet, le passage précité de l'article D. 313-10-8 réclame, au titre des pièces du dossier de demande, « *le protocole d'accord portant cession de l'autorisation conclu entre le cédant et le cessionnaire* » ; ce qui implique bien une antériorité de la conclusion de ce dernier.

Enfin, le décret du 13 mars 2020 ajoute que « *l'autorité ou les autorités compétentes pour délivrer l'autorisation peuvent demander la communication de tout document complémentaire permettant la bonne instruction du dossier (...)* » et que « *le dossier de demande d'autorisation est réputé être complet si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, l'autorité compétente ou, en cas d'autorisation conjointe, la première autorité saisie n'a pas fait connaître au demandeur, par lettre recommandée avec avis de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes* ».

Si la précision est d'importance, la formulation ne l'est pas moins. Car cette dernière révèle, implicitement mais nécessairement, la nature juridique de la procédure en cause : la cession d'une autorisation sociale ou médico-sociale donne lieu à l'attribution d'une nouvelle autorisation de même nature, et « l'accord » à la cession demandé aux autorités compétentes correspond en somme à une autorisation de cession de l'autorisation initiale. C'est également la ligne que l'on retrouve dans la jurisprudence du Conseil d'État, pourtant fondée sur les anciennes dispositions du CASF.

LES PRÉCISIONS APPORTÉES PAR LA JURISPRUDENCE DU CONSEIL D'ÉTAT

Deux arrêts récents du Conseil d'État, portant tous deux sur des opérations de cession d'autorisations d'EHPAD, sont susceptibles d'être mentionnés à ce niveau.

Dans le plus ancien, les juges du Palais-Royal ont jugé que, comme toute autorisation sociale ou médico-sociale, l'autorisation de cession « *d'une autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, au nombre desquels figurent les établissements et services qui accueillent des personnes âgées, cesse de produire ses effets, tout comme l'autorisation initiale elle-même, s'il n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. En outre, une telle décision peut perdre son objet, lorsqu'en raison d'un changement dans les circonstances de fait ou de droit, tel qu'une cessation d'activité, elle ne peut plus produire d'effets, ce que l'administration est en droit de constater. En revanche, ni l'attribution ni le maintien de l'autorisation de "cession" ne sont, en eux-mêmes, subordonnés à la seule existence ou poursuite d'un contrat entre le précédent titulaire de l'autorisation et le nouveau, stipulant les conditions effectives de la cession, lequel peut être conclu à tout moment* » (CE, 22 novembre 2018, *Société EHPAD « MA Résidence »*, req. n° 412057, *Rev. dr. et santé* 2019, p. 273, concl. C. Touboul, note A. Audouin). Ainsi, l'assimilation entre l'autorisation de cession et l'autorisation initiale s'avère patente dans cette décision, qui applique le même régime de caducité à l'une comme à l'autre. Toutefois, il n'en va pas toujours ainsi.

Dans une seconde espèce, en effet, le Conseil d'État distingue bien les deux régimes d'autorisation, celui de l'autorisation initiale et celui de l'autorisation de cession. Il s'agissait là d'un refus d'accord à cession opposé en 2014 par un directeur général d'agence régionale de santé à une société qui avait racheté l'exploitation d'un EHPAD de 56 lits en Normandie. Le motif de ce refus – alors que, au regard des faits de l'espèce, celui-ci aurait manifestement pu reposer sur la caducité de l'autorisation initiale – consistait à prétendre que « *le projet ne disposait plus des crédits nécessaires à son fonctionnement dans l'enveloppe régionale déléguée à la Basse-Normandie par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* ». Toute la question contentieuse était donc de savoir si les caractéristiques financières du projet pouvaient être opposées au demandeur d'une autorisation de cession, comme elles auraient pu vraisemblablement l'être au demandeur d'une autorisation initiale en application des dispositions de l'article L. 313-4 du CASF (« *L'autorisation initiale est accordée si le projet : (...) / 4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-*

1, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation. / L'autorisation fixe l'exercice au cours de laquelle elle prend effet. (...) »).

A cette question, le Conseil d'État a, cette fois-ci, répondu par la négative : « *la création des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, autorisée pour quinze ans, doit être compatible, au moment de l'octroi de cette autorisation, d'une part, avec le programme interdépartemental par lequel le directeur général de l'agence régionale de santé recense les besoins et priorités et, d'autre part, avec le montant, pour l'exercice au cours duquel l'autorisation prend effet, de la dotation régionale limitative arrêtée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au vu de ce programme. Sous réserve du résultat de la visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement et de la signature de la convention tripartite mentionnée à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, et à moins de cesser, au cours de sa durée de validité, de produire ses effets, notamment faute d'avoir connu un début d'exécution dans un délai de trois ans ou par suite de son retrait en vertu de l'article L. 313-16 du même code ou du retrait de l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux dans les conditions définies à l'article L. 313-9 de ce code, l'autorisation délivrée habilite l'établissement à dispenser des prestations prises en charge par l'État ou les organismes de sécurité sociale pendant toute la durée de sa validité. Dès lors, le refus par l'administration du transfert d'une autorisation en vigueur ne peut légalement se fonder sur l'absence de financement correspondant au fonctionnement de l'établissement pour lequel l'autorisation a été accordée* » (CE, 26 février 2020, Société Thessalie, req. n° 422344).

Partant, les motifs de refus d'une demande d'autorisation sociale ou médico-sociale ne peuvent être exactement les mêmes que ceux opposés à une demande de cession d'une telle autorisation. L'exposé didactique du Conseil d'État a sa logique, à laquelle il est loisible d'adhérer. Mais il est également permis douter de la pérennité de cette jurisprudence depuis l'entrée en vigueur à la fois de l'ordonnance du 17 janvier 2018 et du décret du 13 mars 2020, lesquels mentionnent, chacun pour ce qui le concerne, qu'une autorisation de cession ne peut désormais être délivrée que si le cessionnaire « *remplit les conditions pour gérer l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil dans le respect de l'autorisation préexistante, le cas échéant au regard des conditions dans lesquelles il gère déjà, conformément aux dispositions du présent code, d'autres établissements, services ou lieux de vie et d'accueil* ». Un tel libellé pourrait potentiellement admettre une interprétation englobant les aspects financiers de l'exploitation. L'avenir du contentieux des autorisations sociales et médico-sociales ne manquera sans doute pas de nous renseigner à ce propos.

VEILLE DOCUMENTAIRE

Comité de contact des institutions supérieures de contrôle de l'Union Européenne

Compendium d'audits (2014-2019) www.eca.europa.eu

Le comité de contact des institutions supérieures de contrôle (ISC) de l'Union européenne offre un espace de dialogue et de comparaison entre ses membres, en vue de contribuer à l'efficacité des politiques publiques ainsi que d'améliorer la gestion financière et la bonne gouvernance de l'Union dans l'intérêt de ses citoyens. « *Au cours des dernières décennies, les systèmes de santé des États membres de l'UE ont été confrontés à de nombreux défis, tels que l'augmentation constante des coûts, le vieillissement de la population et la mobilité croissante des patients et des professionnels de santé entre les États membres. La santé publique appelle donc des efforts coordonnés de la part de l'UE et de tous les États membres, et cette question restera sans aucun doute une priorité politique pour les générations à venir* ». Les politiques de santé sont pour l'essentiel laissées à la subsidiarité des Etats, et coordonnées pour partie au niveau communautaire. Cet ouvrage rappelle les principes fondamentaux, et opère ensuite une sélection de rapports produits par les différentes Cours des comptes sur les thématiques de la santé depuis cinq ans : prévention et protection ; l'accès aux soins : la qualité des services de santé ; la santé digitale et numérique ; la viabilité budgétaire et financière. Il en ressort que tous les pays d'Europe sont confrontés aux mêmes défis, certes différemment en fonction de leur histoire et de leur tradition sanitaire, et que, de ce fait, ils rencontrent des problématiques convergentes.

Le positionnement territorial : construire une offre de soins adaptée à une population

Allain, Margaux ; Blanchet, Patrick ; Lansac, Claire; et al. ; ANAP, février 2020, 46p.

L'ANAP a capitalisé sur les accompagnements menés de 2013 à 2019 dans le cadre des COPERMO performance. Le point de départ du travail doit être le projet médical, ossature du plan de retour à l'équilibre financier, postulant les restructurations, créations de filières de soin et coopérations diverses. La démarche méthodologique présentée par l'ANAP repose sur 4 étapes : caractériser la population du territoire, réaliser l'analyse de l'activité, positionner l'offre de soins dans le territoire, définir et structurer les opportunités d'évolution d'activité. S'appuyant sur des accompagnements et réalisation, le guide propose des méthode d'analyse et de calcul permettant de mettre en évidence des facteurs de réussite, des indicateurs de performance et les modalités d'une bonne appropriation par les acteurs.

La santé dans les élections municipales

Sondage BVA, 2 mars 2020, 9p.

La santé, l'accès aux soins et la qualité des soins apparaît comme un enjeu majeur des élections municipales pour 8 Français sur 10 (82 %). 89% estiment que l'Etat doit accorder des moyens supplémentaires aux maires pour pallier les difficultés d'accès aux soins.

Élections municipales : comment la santé est devenue un sujet incontournable

www.institutmontaigne.org

« *L'Institut Montaigne a lancé une grande opération de chiffrage pour éclairer les électeurs et confronter la parole et l'action politiques aux réalités budgétaires de la gestion administrative d'une ville*. » La politique de santé n'est pas l'apanage des maires, mais pour autant, ils sont paradoxalement tributaire de la réussite de celle-ci – l'offre de santé étant bien souvent le premier employeur de la commune, les intrications entre municipalité et santé sont bien réelles et perçues comme telles par les administrés. Les attentes à l'égard des maires concernent au premier chef les questions environnementales et leur impact sur la santé. L'école, placée sous son autorité administrative, lui donne un excellent levier de prévention, notamment en matière de nutrition. Ses compétences en matière de prévention trouvent du reste à s'exprimer pleinement dans le cadre de l'épidémie de Coronavirus. Le contrat local de santé, signé entre la commune et les ARS, est l'expression des dynamiques locales engagées pour réduire les inégalités locales et territoriales en santé, en cohérence avec le projet régional de santé. Il peut intégrer une démarche d'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS).

30% des habitants d'une commune de plus de 10.000 habitants considérant que l'accès à un médecin est difficile, cela place le maire dans une place privilégiée pour lutter contre les déserts médicaux ; est attendu de lui un effort de renforcement de l'attractivité du tissu local.

E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans

Chaput, Hélène ; Monziols, Martin ; Ventelou, Bruno ; et al. in Études & Résultats, n°1139, janvier 2020, 5p.

Cette analyse de la DREES prend donc un écho particulier au regard des efforts des institutions en santé pour élargir le recours aux différentes plateformes en période de confinement. « *Près de 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans, contre 48 % seulement des 60 ans ou plus, utilisent quotidiennement les trois outils socles de la e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé.* » Les nouveaux modes d'exercice groupés sont généralement bien équipés, mais se pose en contrepartie la sécurité des données et en particulier l'hébergement insuffisant (25% des médecins) des données de santé des dossiers informatisés sur des plateformes agréés.

Sont utilisés le Dossier Patient Informatisé et le Dossier médical Partagé (non inclus dans l'étude), qui nécessite d'autant plus de protection qu'il a vocation à être partagé entre acteurs du parcours pour tout ou partie ; le logiciel d'aide à la prescription ; la messagerie sécurisée, pour laquelle l'ASIP propose des solutions techniques gratuites et fonctionnelles et la télémédecine (non incluse dans l'étude).

L'utilisation de ces outils est directement corrélé à l'âge des médecins, ce qui laisse augurer une digitalisation progressive de la profession.

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par Infodium, **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 - **infodium@infodium** - **www.finances-hospitalieres.fr**
Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et maquette : Alain Alvarez, studio2A@wanadoo.fr
Mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements et publicité : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 429 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0421 I 88884 - ISSN 1955-642X
Dépôt légal date de parution - © Infodium – Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.

IMPRIM'VERT®

BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

A compléter et renvoyer à :
Finances Hospitalières - Infodium - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60 - infodium@infodium.fr

W145

1 an, 11 numéros,
et **l'accès au site**
www.finances-hospitalieres.fr
(consultation de la base de données)
au prix de **429 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :
☐ Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**
☐ Je souhaite une facture justificative
☐ Mandat administratif/à réception de facture

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

Infodium - 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 - Tarif applicable du 1er Janvier 2020 au 31 Décembre 2020.

Raison sociale : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
E-mail **(Obligatoire)** : .....

Adresse de facturation si différent
.....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....

Cachet /Date
Signature