

## ÉDITORIAL

### Cher principe d'égalité d'accès au service public hospitalier

La France est un pays vaste et peu peuplé, à la géographie plurielle, aux forces économiques et aux besoins sociaux inégalement répartis sur son territoire.

Cela lui donne sa complexité, sa profondeur, sa richesse, une mosaïque culturelle ineffable.

Les principes que l'on pose sur ce territoire s'étirent et se contorsionnent pour atteindre les monts et les vaux, dans l'hexagone et bien au-delà. Il en est ainsi, et au premier chef, du principe d'égalité.

Celui-ci garantit à chacun une égalité d'accès et de traitement devant le service public.

Cela implique, entre autres, de couvrir le territoire d'un maillage hospitalier de nature à garantir « la protection de la santé » (article 11 du préambule de la constitution de 1946).

Déclinant ce principe au niveau législatif, l'article L. 6112-1 du code de la santé publique dispose que « Le service public hospitalier exerce l'ensemble de [ses] missions (...) dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge (...) ».

Il s'agit d'un principe solidariste, d'autant plus ambitieux que la France est un pays vaste et peu peuplé, à la géographie plurielle...

Nul ne découvre l'exigence de ce principe et la difficulté de son application. L'on sait les établissements mieux dotés, plus attractifs, moins dans l'urgence sociale du quotidien, autant que l'on connaît les difficultés des territoires historiquement sous-investis en service public. Les fermetures de lits, voire de services, traversent l'été des Français, qui s'y confrontent personnellement ou au travers des médias.

L'automne de la préparation des lois de Finances rappelle qu'il convient de défendre son budget et de justifier ses demandes. La FHF alerte à cet égard « sur l'absolue nécessité de moyens supplémentaires pour 2023 et (...) une évolution réelle des financements au prochain PLFSS. »

Si l'exigence de ce principe se rappelle ainsi à nous, l'ambition qui le fonde se perd parfois de vue.

Pour le juriste, le retour aux grands auteurs permet d'y voir à nouveau clair. L'ambition du principe d'égalité d'accès au service public n'est pas « simplement » la cohésion sociale ou la réduction des inégalités (ce qui, au reste, réussit fort bien lorsque l'on compare la France avec d'autres pays). Bien au-delà, comme l'écrivait le Doyen Georges Vedel (cité par Guy Carcassonne in « Constitution », éd. Points, Essai) : « L'égalité, c'est l'homme même ; elle identifie l'homme<sup>1</sup> [...] ». Si l'on peut dire que tous les hommes sont égaux, à l'inverse, tous les égaux sont des hommes [...]. L'égalité est non un droit naturel mais le fondement même de tout droit naturel [...]. »

Dans l'accès à la santé, ce primat de l'égalité est encore plus fort. Chacun doit pouvoir être accompagné dans une égale dignité face à la maladie.

Hélas, les exclus d'un accès normal au service public de la santé sont désormais légion. Malgré eux, la paupérisation des établissements aggravent cette situation. Plus que jamais, il conviendrait de renouer et de réaffirmer nos ambitions initiales, dont on sait qu'elles sont exigeantes, mais fondamentales.

Hugo-Bernard POUILLAUDE

Maître de conférences HDR en droit public - UPEC

Avocat associé – BRL Avocats

[1] La rédaction, faut-il l'écrire, n'est exclusive d'aucun genre.

## SOMMAIRE

### FINANCEMENT & FACTURATION

Les T2A ..... p2

Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement - Le rapport de Madame Pirès Beaune ..... p7

### COMMANDE PUBLIQUE

Données essentielles : l'open data au service des marchés publics ..... p10

### GESTION FINANCIÈRE

La situation financière des établissements publics de santé en 2021 ..... p14

### BUDGET & COMPTABILITÉ

Comment se prémunir à court terme des risques qui pèsent sur les Gestionnaires publics hospitaliers à la suite de la réforme du régime de responsabilité financière ? ..... p18

### JURIDIQUE

La transaction solutionne un différend rapidement et efficacement ..... p22

Ne pas exécuter un jugement risque de coûter de chères amendes ! ..... p23

### VEILLE RÉGLEMENTAIRE & DOCUMENTAIRE

..... p25

### AGENDA

..... p28

# TARIFICATION

## Les T2A

La tarification à l'activité – T2A – est un nom générique qui couvre une multitude de mécanismes. Par ailleurs, la T2A s'est transformée : conçue comme un instrument de tarification, on lui a rapidement attribué trois missions – de tarification, de régulation, et de santé publique –. Il conviendrait donc de parler plutôt des T2A que de la T2A. De plus, ces différentes missions s'opposent et entraînent des contradictions dans les incitations envoyées par la tutelle aux établissements hospitaliers. Évoquer le retour à un budget global comme solution miracle serait une erreur car cela reviendrait à entériner les effets néfastes des T2A actuelles.

Carine MILCENT

Directeur de recherche au CNRS

Professeur à l'École d'Économie de Paris (PSE)

### Contexte

La tarification à l'activité – T2A – est devenue un instrument à multiples facettes prenant en compte des disparités non seulement liées à la localisation des établissements mais aussi à leurs prises en charge. Si lors de sa mise en place, la T2A correspondait à un paiement par forfait par séjour, aujourd'hui elle implique également des paiements additionnels par séjours ainsi que des paiements globaux pour des activités spécifiques des établissements hospitaliers. Ainsi, la T2A a, à la fois, un objectif de tarification et un objectif de régulation. Nous verrons comment ces deux objectifs s'opposent parfois. Par ailleurs, la constitution des bases de données – nécessaire pour cette tarification car elle est indispensable à la fixation des forfaits – est également mobilisée pour d'autres objectifs dont de santé publique. Ces bases permettent d'avoir une vue exhaustive de l'état de santé de la population, un état de santé nécessitant un séjour hospitalier. Nous verrons là aussi que les objectifs d'utilisation de ces bases de données amènent à des contradictions dans les incitations. En résumé, La T2A s'est transformée d'un instrument à un objectif de tarification à trois missions – de tarification, de régulation, et de santé publique –. Il conviendrait plutôt de parler des T2A que de la T2A. De plus, ces différentes missions s'opposent et entraînent des contradictions dans les incitations envoyées par la tutelle aux établissements hospitaliers.

### T2A, une tarification différenciée suivant les secteurs, public et privé

La tarification à l'activité a été mise en place pour tarifier les établissements hospitaliers en fonction de leur activité. Des bases de données se sont constituées à partir de 1993. Les informations contenues étaient tout d'abord sommaires et d'un niveau de qualité médiocre. Avec les années et une amélioration des processus de collecte de l'information, elles se sont consolidées pour devenir plus robustes. Une décennie plus tard, il était possible d'utiliser ces informations pour l'algorithme d'affectation d'un séjour à un groupe homogène (GHM) en termes de pathologies, de sévérité, de caractéristiques des patients et de ressources mobilisées par l'établissement. Le besoin d'objectivisation entre les ressources affectées aux établissements de santé et les ressources mobilisées pour les soins des patients au sein de chaque structure ont contribué à cette acceptation de changement de tarification : du budget global à la T2A.

Il s'agissait également d'unifier le mode de tarification des deux secteurs, public et privé, sur une même règle de remboursement. Toutefois, dès sa mise en place, des différences d'application de la T2A entre secteurs sont apparues, faisant de la T2A une tarification dépendant du secteur.

- Pour le secteur privé, sur le périmètre des charges de coûts défini pour la T2A, les séjours sont remboursés suivant un paiement mixte (Schéma 1). En effet, certaines charges de dépenses comme celui des médecins hospitaliers, sont exclus du calcul du forfait par séjour. Le calcul de ce forfait par séjour associé à un GHM se fait donc sur un périmètre de charges de coûts plus restreint. Toutefois, ces dépenses ne peuvent pas rester sans remboursement. Ils sont donc pris en charge suivant la nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM) de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). A chaque intervention d'un médecin, un code CCAM est donc codé et remboursé. En conclusion, pour un séjour donné, le remboursement est un forfait en fonction du GHM et de paiements à l'acte pour les charges qui ont été exclues du calcul du coût moyen pour le remboursement forfaitaire. Ainsi, le paiement par séjour est mixte ;
- Pour le secteur public l'ensemble du périmètre des charges de coûts défini pour la T2A permet de définir un coût moyen. Ce coût, après prise en compte d'autres paramètres, permet d'aboutir à un remboursement forfaitaire par séjour. Le paiement par GHM est forfaitaire.

Nous adoptons maintenant une vue par établissement hospitalier. Précédemment, notre analyse était par séjour hospitalier. Dès la mise en place de la T2A, des enveloppes pour des missions spécifiques étaient distribuées. Il s'agit principalement des enveloppes de Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation – MIGAC et des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) . Ces enveloppes sont largement dévolues au secteur public (plus de 90%).

Le schéma 2 permet d'avoir une vision simplifiée mais synthétique des sommes versées aux établissements hospitaliers du secteur public comme du secteur privé.

## D'une T2A à de multiples T2A

Au cours de ces vingt dernières années qui ont été marquées par le démarrage de la T2A, avec, en 2004, les balbutiements de l'introduction d'une tarification par l'activité dans le secteur hospitalier public, la T2A a été complétée et modifiée en lui ajoutant des couches rendant le mécanisme de plus en plus complexe à comprendre par les acteurs.

Le nombre de GHM a triplé en 2009. La construction des codes de GHM a été transformée pour être un codage par niveaux successifs de précision. Le codage sur 5 positions correspond à ce qui est nommé la racine du GHM puis une sous-division complète ce codage pour tenir compte à la fois de la complexité du cas du patient, des raisons de sa venue à l'hôpital et de sa prise en charge. Ainsi, il serait une erreur de résumer ce changement de codage des GHM par une prise en compte des niveaux de sévérité. Ce changement implique effectivement une description plus précise des conditions de santé du patient par quatre niveaux de sévérité faible et très complexes. Ce changement permet également de distinguer les patients venant pour des actes exploratoires des patients venant pour des soins *stricto sensu*, même si la frontière peut être tenue pour certaines prises en charge. Ce changement amène également une distinction dans les prises en charge pour les séjours menant à des décès. Enfin, il est un marqueur des modes de prise en charge. Lorsque le patient est pris en charge dans le cadre d'un séjour ambulatoire, c'est-à-dire sans nuitée dans le cas de la chirurgie et entre zéro et 2 jours dans le cas d'un séjour médical, le code de GHM diffère.

La conséquence directe de ce changement de classification est qu'il mène à un remboursement par séjour non plus seulement en fonction des caractéristiques des patients mais en fonction à la fois de ces caractéristiques et également des modes de prises en charge des patients. Si virtuellement, nous faisons apparaître dans l'algorithme deux patients identiques, à partir de 2009, avec l'un pris en charge de façon conventionnelle et le second par une hospitalisation en ambulatoire, la T2A rembourse différemment chacun de ces séjours. Cette « substitution » entre deux types de prise en charge n'est pas possible pour tout patient et elle ne concerne que des patients de faible niveau de sévérité.

Nous passons ici les différents ajouts d'enveloppes autant au niveau des séjours qu'au niveau hospitalier pour tenter de compenser les manques de moyens des établissements hospitaliers et les différences structurelles ou d'environnements entre les établissements. Nous proposons maintenant de nous attarder sur les effets du mode de financement de la pratique de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie – RAAC.

La RAAC est une approche de prise en charge globale du patient qui a pour objectif d'améliorer le rétablissement précoce de ses capacités. Le patient est préparé différemment par l'équipe médicale autant en amont qu'en aval de pratiques d'anesthésie. Cette approche permet de réduire la durée de séjour des patients. Elles s'adressent en particulier aux patients présentant une prise en charge lourde et coûteuse.

Le codage des séjours amène à l'affectation d'un séjour à un GHM grâce à un arbre de décision modélisé par un algorithme prenant en compte la durée de séjour. Les RAAC mènent à des durées de séjour sans nuitée ou à peu de nuitées. Le GHM associé est donc un GHM de faible niveau de sévérité. Pour que l'établissement ne soit pas pénalisé par les coûts engendrés de cette prise en charge plus adéquate pour le patient, le forfait ne correspond plus au GHM associé mais au niveau de sévérité que l'algorithme aurait affecté au patient s'il n'avait pas été prise en charge par une approche RAAC.

L'essence de la T2A qui est un paiement moyen en fonction du coût engendré est donc perdue dans ce mécanisme de valorisation de changement des pratiques de prises des patients en milieu hospitalier pour une meilleure prise en charge.

Évoquons aussi le nouveau changement de la classification depuis 2020 avec un dédoublement des forfaits, introduisant une déconnexion entre la classification et les forfaits. Si en 2009, le nombre de GHM se confond avec le nombre de forfaits, à quelques exceptions près, en 2022, pour 2600 GHM il existe désormais entre 3600 et 3700 forfaits suivant les secteurs privé et public. La T2A s'est donc encore davantage éloignée d'une tarification à la moyenne des coûts.

### Trois objectifs parfois contradictoires

Revenons maintenant sur les trois objectifs de la T2A. A l'origine, la T2A est une tarification forfaitaire pour amener l'ensemble des établissements à converger vers une prise en charge clinique commune et une mobilisation des ressources comparable. Il s'agit donc de moyenniser les coûts associés à un GHM donné et d'en faire un forfait pour l'année suivante.

Rapidement, la T2A est également devenue un instrument de régulation de l'organisation des soins des hospitaliers. Amener les établissements à changer leurs pratiques pour développer l'ambulatoire a conduit à une politique de survalorisation de certaines pratiques au détriment d'autres. Si l'on reprend nos deux individus virtuels, identiques, l'un est traité par un séjour conventionnel tandis que l'autre en séjour ambulatoire. Une survalorisation par rapport au coût moyen d'une prise en charge en ambulatoire incite les établissements au glissement vers ce mode de prise en charge. Cela correspond bien à ce qui est voulu par la tutelle. En termes de régulation, l'objectif est atteint. En revanche, un patient poly-pathologique qui n'est pas éligible à ce type de prise en charge sera pris en charge de façon conventionnelle. Dans un objectif de tarification, on peut arriver à la situation « absurde » où il est moins bien remboursé que celui qui est éligible à l'ambulatoire. L'objectif premier de la T2A est donc dévoyé perdant ainsi les acteurs et leur confiance : les prises en charge les plus complexes apparaissant comme moins bien remboursées que les prises en charge « standardisées ».

L'objectif de santé publique est d'avoir un codage le plus exhaustif possible des complications des patients. D'une part, coder représente un coût en mobilisant du personnel soignant. D'autre part, l'arbre de décision de l'affectation des séjours à un GHM menant à un forfait est dépendant des codes. En fonction de la construction de cet arbre, il peut être optimal de ne coder qu'une partie de l'information. Ceci permet une optimisation à consacrer au codage pour le personnel soignant. L'objectif de santé publique peut donc se heurter à l'objectif premier de la T2A.

## Retour au budget global

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie – ONDAM – (1996) s'est maintenu lors de la mise en place de la T2A. Dès l'origine d'une tarification à l'activité, la tutelle a souhaité contrôler le montant global des dépenses de santé. Dit autrement, dès la mise en place de la T2A, le forfait par GHM était une pondération de la moyenne des coûts par GHM. Il fallait qu'une augmentation du volume de l'activité n'entraîne pas une augmentation incontrôlée des dépenses de soins hospitaliers.

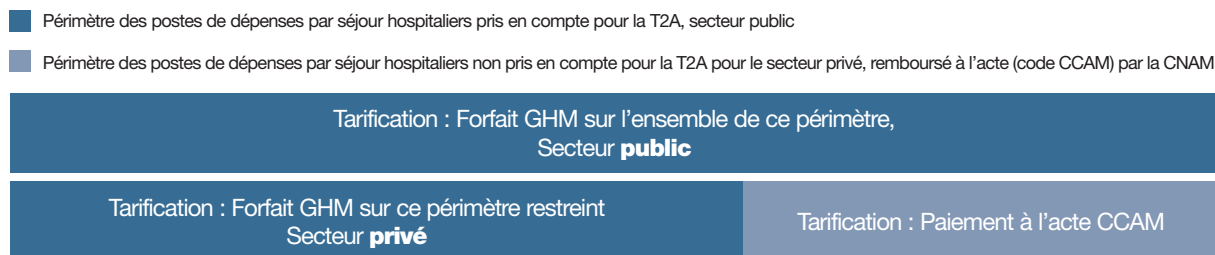
On pourrait être tenté de revenir sur la T2A. Supposons que cela soit sous la forme d'une généralisation de la garantie de financement. Le budget alloué à l'hôpital serait donc sur la base de ce qui a été produit l'année antérieure ou bien encore en 2019. La situation en 2019 était déjà très tendue. Les hôpitaux n'exerçaient pas en situation d'excédent. A activité identique, il n'y a pas lieu de penser que le budget leur permettrait en 2024 d'avoir une aisance financière. Si les établissements se tournent alors vers une activité plus profitable pour ce même budget, on peut donc envisager que les patients les plus coûteux, les patients poly-pathologiques, sont ceux qui souffriraient alors le plus de ce changement de tarification, ce qui ne peut être une réponse à une demande composée d'un part croissante de population âgée.

Au-delà des limites du système d'information, nous pouvons en être fiers. Chaque année, il permet la constitution d'une base de données consolidées. Ainsi, il fournit une photographie de l'état de santé de la population en termes de besoin de soins hospitaliers. Il permet également de se projeter sur les besoins futurs de cette population en fonction de ces modifications démographiques et de lieux de résidence. Les bases de données recueillies chaque année forment également un ensemble de données longitudinales qui permet de mettre en adéquation les changements exogènes de santé et les besoins de soins hospitaliers de la population. La crise sanitaire que nous avons traversée et ses suites actuelles en sont un exemple. A ce titre, l'ATIH fait un travail remarquable de collecte et de consolidation des données. Un retour au budget global impliquerait nécessairement une dégradation des bases de données. Il faut le répéter, coder est coûteux et nécessite un temps soignant précieux. Une tarification déconnectée du codage n'en assure plus sa viabilité malgré les obligations légales.

Enfin, comme nous l'avons dit, une tarification par budget global n'accompagne pas nécessairement une augmentation de l'activité hospitalière pour deux raisons majeures. Cela ne signifie par une disparition de l'ONDAM. De ce fait, la trajectoire globale des dépenses de santé en hôpital sera maintenue. D'autre part, les établissements n'ont alors pas d'incitation à un accroissement de l'activité hospitalière. Les chiffres de l'ATIH montrent que l'accroissement annuel d'activité hospitalière, hors séance, est de moins de 1% depuis 2016. Cela pourrait donc impliquer une rétractation plus importante encore.

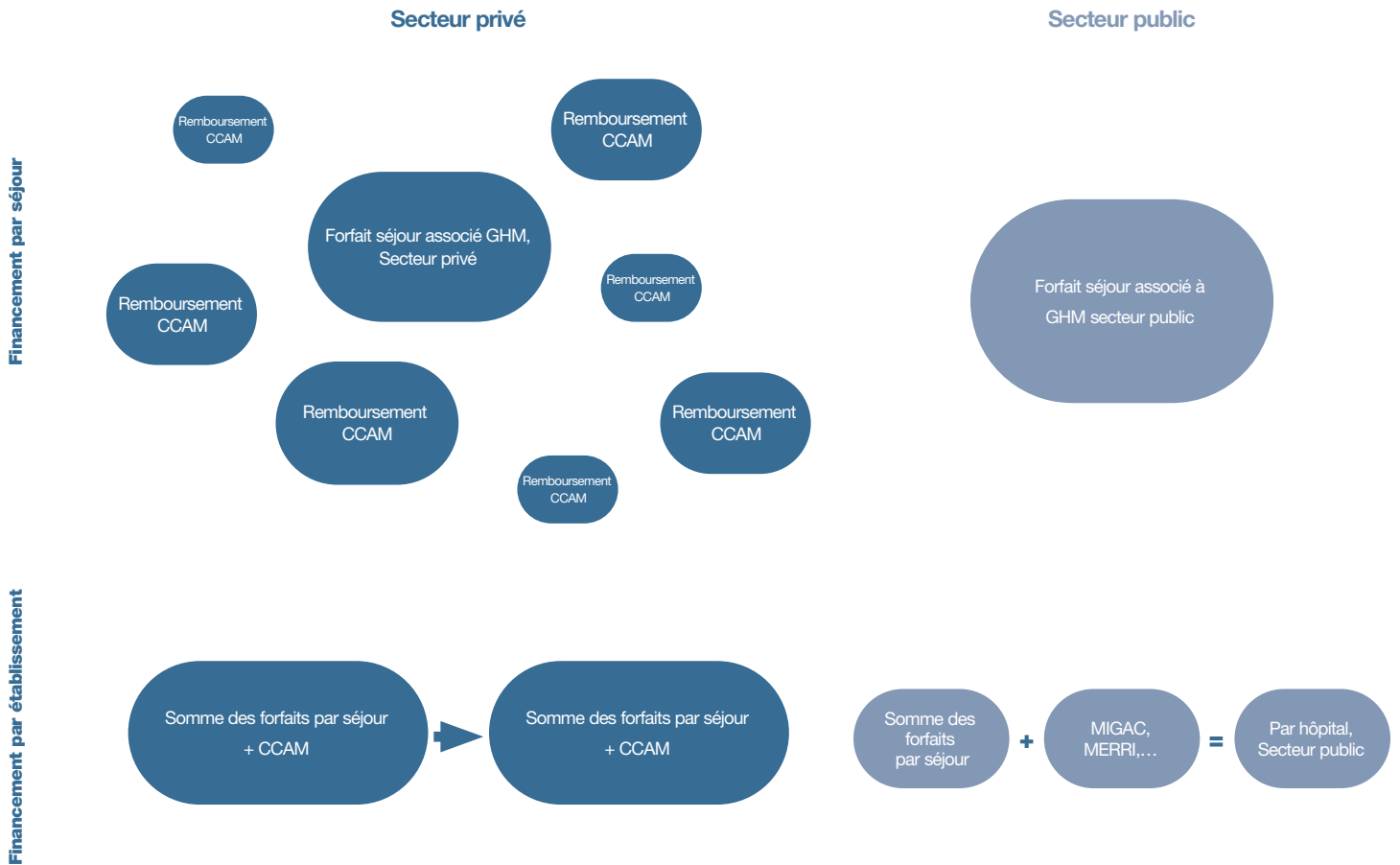
Enfin, cela ne résout pas la question de l'inadéquation des besoins financiers des établissements de santé à la population accueillie. Si la régulation hospitalière est de favoriser les séjours hospitaliers autant pour le bien des patients que pour des questions de dépenses, le financement des séjours conventionnels continuera à se poser. Le budget global ne sera pas fixé pour une survalorisation de ces séjours conventionnels. Or, plus l'assiette sur laquelle porte les séjours conventionnels se restreint et plus ces séjours apparaissent comme coûteux. Ils impliquent des coûts fixes qui sont ventilés sur un plus petit nombre de séjours. L'idée que l'hôpital public doit être pensé en cas de catastrophe sanitaire majeure a un coût que ne résout pas un retour au budget global.

Schéma 1 : La T2A et secteur public, Secteur privé : un niveau des séjours



Source : C. Milcent, Économie de la santé et des systèmes de santé, Éditions Ellipses, à paraître 2024.

Schéma 2 : T2A – Financement par séjour



Source : C. Milcent, *Économie de la santé et des systèmes de santé*, Éditions Ellipses, à paraître 2024.



## EHPAD

## Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement - Le rapport de Madame Pirès Beaune

Madame Pirès Beaune, députée chargée d'une mission temporaire sur l'évaluation des soutiens publics permettant de limiter le reste à charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a rendu ses conclusions à la Première ministre le 26 juillet 2023<sup>[1]</sup>. Son rapport, intitulé « *Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge: un impératif, réguler, une nécessité, simplifier, une urgence, choisir, une obligation, agir* », présente une analyse d'ensemble de la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes et des propositions de réforme du financement, de la gouvernance et de la régulation des EHPAD.

Jean-Claude DELNATTE

### L'hébergement en établissement : une des réponses au vieillissement, souffrant d'insuffisances dans son organisation et dans sa prise en charge financière

La députée estime que l'hébergement en établissement, même s'il est souvent perçu comme moins prioritaire que le maintien à domicile, est indispensable pour accueillir ceux qui ne peuvent plus rester chez eux et évolue par ailleurs de plus en plus vers une prise en charge sanitaire. Elle constate une inadaptation avérée entre l'offre et les besoins des territoires ; l'offre d'hébergement varie dans un rapport de 1 à 5 entre les départements, et elle est assurée par une grande variété d'opérateurs publics et privés. Si le cadre est national, les départements disposent de marges de manœuvre importantes pour changer la norme ou le cadre de gestion et donc la nature des soutiens.

Mme Pirès Beaune relève que la prise en charge financière en établissement est multiple, complexe et incomplète et l'accès des plus modestes à leurs droits et aux dispositifs de soutien n'est pas correctement assuré. Seuls 24 % des résidents peuvent couvrir les frais de séjour grâce à leurs revenus courants, et globalement, le taux d'effort des personnes hébergées les plus modestes est près de trois fois supérieur à celui des plus aisées, les soutiens publics étant insuffisamment redistributifs. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement varie peu selon les revenus et beaucoup ne recourent pas à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) car elle est assortie de conditions de récupération auprès des proches et sur la succession. Si le soutien *via* l'ASH est nécessaire, il est insuffisant dans son ampleur et sa portée et, de plus, le bénéfice de l'ASH entraîne

[1] <https://www.gouvernement.fr/communique/remise-du-rapport-sur-le-reste-a-charge-en-ehpad-de-mme-christine-pires-beaune>

un contrôle social très fort de la part de l'administration: les revenus et actifs du bénéficiaire sont mobilisables, les proches sont sollicités au titre de l'obligation alimentaire et la liquidation de la succession est très encadrée.

Enfin, les personnes qui ne bénéficient pas de l'ASH ne peuvent pas, dans leur très grande majorité, faire face à leurs dépenses de séjour avec leurs seuls revenus, la retraite moyenne étant d'environ 1 500€ par mois quand le reste à charge en EHPAD se situe autour de 1 900€, et 2 300€ en région parisienne. Dans ces situations, des arrangements informels entre le résident et ses proches s'exercent, que les pouvoirs publics n'ont pas souhaité jusqu'à ce jour réglementer. Le système actuel - contrôle social intégral pour les plus modestes (ASH) et absence de règles organisant la solidarité familiale pour les autres résidents - a des effets puissants sur les relations au sein des familles et ultérieurement lors des successions.

## Des propositions pour une refonte du modèle

Mme Pirès Beaune formule une série de recommandations tendant à une refonte complète du modèle.

Elle propose tout d'abord de créer une instance associant, dans chaque territoire, le département, l'ARS et les autres acteurs intéressés, ainsi que les services de recouvrement des créances publiques, qui serait chargée d'analyser les difficultés des structures et d'y apporter une solution.

Un observatoire économique, offrant une vision commune *via* une méthode unique d'analyse de l'existant, serait créé afin d'approfondir la connaissance et le pilotage du secteur tant au niveau départemental que national.

Pour répondre à un besoin de simplification souhaitée de longue date, la fusion des sections soins et dépendance est préconisée. La députée propose de déployer cette solution sans reste à charge en retravaillant le contenu de chaque section et ses interdépendances et en prenant également en compte les imputations des fonctions support et des agents « faisant fonction ».

La fusion des sections conduit à revoir la gouvernance de la prise en charge. Mme Pirès Beaune propose un nouvel équilibre, en confiant le champ du domicile et du service public territorial de l'autonomie (SPTA) aux départements, l'État disposant d'un seul pouvoir d'opposition, et en transférant la responsabilité de la gestion des établissements aux ARS, le département conservant une compétence d'investissement et un droit d'opposition.

Une régulation plus forte du secteur est préconisée pour laquelle la députée avance des propositions de degré variable. Dans son système cible, des coopérations au sein de la sphère publique et entre les secteurs public et privé seraient la règle. Les prestations rendues aux résidents seraient de mieux en mieux précisées et encadrées, les prestations socles standards étant prises en charge par la sphère publique. La prestation d'hébergement serait encore mieux encadrée pour distinguer la part socle de haut niveau, des autres interventions supplémentaires ou complémentaires.

Mme Pirès Beaune juge impérative la clarification des coûts et des tarifs et propose pour ce faire, à l'instar de ce qui existe dans le champ privé, de déterminer des taux maximaux d'évolution des tarifs et d'instaurer un dispositif de convergence tarifaire. Des tarifs socles nationaux seraient fixés, susceptibles d'évoluer dans les territoires selon les différences de coûts effectifs de production du service.

Le pilotage et la régulation ainsi renforcés permettraient d'agir de manière ciblée, équitable et efficace sur le reste à charge. Trois modalités sont envisagées par la députée :

- **Mettre en œuvre le crédit d'impôt en ajustant le dispositif actuel de réduction d'impôt afin de le rendre plus redistributif.** Dans le cas où le recours à l'outil fiscal ne serait pas retenu, il conviendrait d'intervenir *via* les aides au logement. La fusion des sections devrait s'accompagner, à système d'aides inchangé, d'une mise à contribution des résidents prenant en compte leurs revenus. L'intervention des complémentaires santé pour prendre en charge ces coûts est écartée, car cela entraînerait un renchérissement des couvertures et l'exclusion potentielle des plus modestes, de même que toute réforme qui se limiterait à n'agir que sur les paramètres de l'ASH.
- **Faire évoluer plus profondément le système de soutien.** Les aides doivent, à titre principal, être octroyées en prenant en compte tous les revenus et, à terme, les patrimoines. Une première



approche conduirait à fusionner l'APA et l'ASH, et à apporter un financement complémentaire équivalent au moins au coût récurrent de la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt.

- **Réutiliser tous les financements publics actuels (APA, ASH, avantages fiscaux, aides au logement) pour déployer une prestation unique, universelle et prenant en compte les facultés contributives de chacun.** La nouvelle allocation universelle et solidaire d'autonomie en établissement (AUSAE) préfigurerait une refonte plus large du système actuel, articulant cette aide aux soutiens dans les champs intermédiaire et domiciliaire, afin d'assurer la mise à contribution différenciée des personnes âgées dépendantes et de leur famille, qui serait plus prononcée en établissement qu'à domicile ou dans le cadre intermédiaire.

Mme Pirès-Beaune juge enfin nécessaire de faire appel à des ressources nouvelles, qu'elle estime à 5 milliards d'euros.

- Elle écarte d'emblée le recours à l'assurance, jugé immature, inadapté, ne répondant pas aux enjeux et contradictoire avec la logique portée par la 5ème branche, mais suggère d'étudier la place complémentaire que ces couvertures pourraient prendre en charge.
- Elle considère légitime que les familles concèdent un effort, en ce qu'elles sont les premières à bénéficier d'un soutien renouvelé et propose de prévoir, pour ceux présentant des facultés contributives, un prélèvement forfaitaire et barémisé, au titre de l'obligation alimentaire et un autre sur les successions. Ces prélèvements permettraient d'apporter des financements solidaires complémentaires. Ils seraient associés à un système de bouclier (temporel et en montant), afin d'éviter de trop mettre à contribution les familles confrontées à des séjours longs, voire très longs.
- Elle propose de faire contribuer le secteur privé en prélevant une partie des montants reflétant des ventes ou des évolutions du capital des structures d'hébergement privées lucratives. Elle juge également souhaitable de demander à ces structures de conventionner. Elles devraient acquitter, dans des conditions à étudier, une redevance à la place car leur activité les conduit à profiter d'une autorisation publique donnant lieu à financement public.
- Une nouvelle contribution, affectée à la CNSA, serait créée, sur le modèle de la CRDS. Elle se substituerait aux prélèvements actuels (CASA, CSA, fraction de CSG et autres recettes).

La Première ministre, à l'occasion de la remise de ce rapport, a fait savoir qu'un soutien exceptionnel de 100 M€ sera mis à disposition des ARS afin de faire face aux difficultés financières que rencontrent actuellement les EHPAD et les services à domicile et un co-financement sera recherché avec les départements. Elle a également demandé à la ministre des solidarités et des familles d'instruire les propositions de la députée et d'engager pour ce faire des échanges avec les départements et les fédérations du secteur.

# DÉMATÉRIALISATION

## Données essentielles : l'open data au service des marchés publics

Engagée dans sa transformation numérique, la commande publique a connu ces dernières années un bouleversement tenant à la dématérialisation des procédures et à l'open data (ou données ouvertes), dont le développement franchira une étape supplémentaire au 1er janvier 2024 avec l'entrée en vigueur du décret n° 2022-767 du 2 mai 2022<sup>[1]</sup> et de l'arrêté du 22 décembre 2022 sur les données essentielles des marchés publics<sup>[2]</sup>. La nouvelle fiche technique de la DAJ sur la publication des données essentielles de la commande publique apporte un éclairage bienvenu sur ces nouvelles exigences règlementaires<sup>[3]</sup>.

Sophie PELLOT

Juriste

Resah

### Une évolution qui s'inscrit dans le cadre du projet de transformation numérique de la commande publique

La transformation numérique de la commande publique a pour objectif de faciliter l'accès aux marchés publics pour les opérateurs et de proposer aux acheteurs publics une offre de services numériques complète grâce à l'interopérabilité de l'ensemble des profils d'acheteurs.

Pour y parvenir, la réglementation s'est orientée vers la complète dématérialisation des procédures de passation des marchés publics et s'est engagée dans une démarche d'open data portant sur les données essentielles des marchés publics et contrats de concessions<sup>[4]</sup>.

Ces évolutions trouvent leur ancrage dans l'ordonnance de 2015 relative aux marchés publics<sup>[5]</sup> et son décret de 2016<sup>[6]</sup> et si les aspects tenant à la dématérialisation sont aujourd'hui bien installés dans la pratique (utilisation des plateformes de dématérialisation des procédures, communication et échanges par voie électronique, signature électronique...), le chantier de l'open data est toujours en cours.

Plus précisément, l'article 56 de l'ordonnance précitée disposait que « *les acheteurs rendent public le choix de l'offre retenue et, sauf pour les marchés de défense ou de sécurité, rendent accessibles sous un format ouvert et librement réutilisable les données essentielles du marché public (...)* ». L'article 107 du décret de 2016 fixait, quant à lui, les modalités d'application de cet article en imposant à l'acheteur la publication sur son profil d'acheteur

[1] Décret n° 2022-767 du 2 mai 2022 portant diverses modifications du code de la commande publique.

[2] Arrêté du 22 décembre 2022 relatif aux données essentielles des marchés publics.

[3] <https://www.economie.gouv.fr/daj/nouvelle-fiche-technique-sur-la-publication-des-donnees-essentielles-de-la-commande-publique>

[4] Le présent article concentre toutefois son analyse uniquement sur les données essentielles des marchés publics.

[5] Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

des données essentielles concernant les marchés d'un montant supérieur à 25 000 euros HT, données dont la liste actuelle est fixée par l'arrêté du 22 mars 2019<sup>[7]</sup>.

Actuellement, l'obligation de publication des données essentielles coexiste avec l'obligation de transmission des données de recensement économique, faisant peser sur les acheteurs une double contrainte en ce qui concerne la gestion et la saisine des données.

En effet, en plus de la publication des données essentielles, les acheteurs sont également tenus de transmettre à l'observatoire économique de la commande publique (OECF), par le biais de l'application REAP, une fiche de recensement pour les contrats d'un montant supérieur à 90 000 € HT, ainsi que leurs avenants ou actes de sous-traitance. Ces données de recensement économique, dont la liste actuelle a été fixée par arrêté du 22 mars 2019<sup>[8]</sup>, constituent des données n'ayant pas vocation à être publiées directement sous leur forme brute mais sont destinées à des fins statistiques. Dans ce cadre, l'OECF réalise un travail d'analyse à partir des données transmises par les acheteurs et publie annuellement un rapport reprenant les données consolidées<sup>[9]</sup>.

Le Plan de Transformation Numérique de la Commande Publique de 2018<sup>[10]</sup>, fixant les grands objectifs attendus en matière de données de marchés sur la période 2017-2022, a entamé le mouvement de convergence entre les données essentielles et celles de recensement des marchés publics, dans son Action 16 : « *Enrichir et faire converger les données essentielles avec les données du recensement des marchés publics* ».

Cette Action précise que la convergence est devenue nécessaire dans la mesure où les deux types de données se recoupent à 50 % et qu'il est aujourd'hui opportun « *de ne plus avoir qu'un format unique de données structurées pour la commande publique, conforme aux normes internationales utilisées pour l'open data* ».

Cette étape supplémentaire sera franchie le 1er janvier 2024 avec l'entrée en vigueur du décret du 2 mai 2022 et de l'arrêté du 22 décembre 2022 qui modifie l'annexe 15 du code de la commande publique.

Cet arrêté opère la fusion des données essentielles avec les données de recensement communiquées par l'acheteur, en abrogeant les arrêtés du 22 mars 2019 relatifs aux données essentielles dans la commande publique d'une part, et au recensement économique de la commande publique d'autre part.

## Les nouvelles règles relatives à la publication des données essentielles issues de l'arrêté du 22 décembre 2022

A compter du 1er janvier 2024, l'acheteur devra offrir un accès libre, direct et complet à 45 données essentielles, listées à l'article 1er de l'arrêté du 22 décembre 2022 et classées en quatre catégories :

- Les données relatives aux marchés publics (27 données) ;
- Les données relatives à la déclaration d'un sous-traitant (7 données) ;
- Les données relatives aux modifications des marchés publics (6 données) ;
- Les données relatives à la modification de l'acte spécial de sous-traitance (5 données).

Parmi ces données, on peut distinguer 24 données obligatoires, qui sont systématiques (comme l'objet du marché, son code CPV, son montant, le lieu d'exécution, la technique d'achat utilisée ou la date de notification) et 21 données conditionnelles, n'existant, comme leur nom l'indique, que dans certains cas (comme le numéro d'identification d'un marché subséquent ou encore toute donnée relative à la sous-traitance ou aux modifications de contrat). Sont classiquement exclues de l'exigence de publication les données essentielles dont la divulgation violerait un secret protégé par la loi ou qui porterait atteinte à la sûreté de l'État ou à la sécurité publique.

[6] Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.

[7] Arrêté du 22 mars 2019 relatif aux données essentielles dans la commande publique.

[8] Arrêté du 22 mars 2019 relatif au recensement économique de la commande publique. Cet arrêté a abrogé l'arrêté du 21 juillet 2011 relatif au recensement économique de l'achat public qui fixait une liste plus réduite de données à communiquer.

[9] Les rapports annuels sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.economie.gouv.fr/daj/oecf-recensement-economique-commande-publique>

[10] <https://www.economie.gouv.fr/daj/plan-transformation-numerique-commande-publique2>

A cela s'ajoute une contrainte de délai : l'acheteur disposera d'un délai de deux mois suivant la notification du marché public au titulaire ou suivant une modification pour publier les données essentielles concernées. C'est donc le délai le plus contraint qui a été retenu ici, puisque les données de recensement peuvent être transmises sur une période s'étendant de la notification du marché au 30 avril de l'année suivante pour la transmission par fichier pré-formaté ou au 31 mai pour la transmission en saisie directe.

Fort heureusement, la publication des données devra toujours se faire par l'intermédiaire du profil d'acheteur ou par tout autre moyen technique présentant des fonctionnalités de publication des données essentielles identiques à celles exigées par l'arrêté du 22 mars 2019 relatif aux fonctionnalités et exigences minimales du profil d'acheteur<sup>[11]</sup>. Les données seront versées automatiquement dans le portail national des données ouvertes (<https://www.data.gouv.fr>). Les plateformes devront donc connaître quelques ajustements techniques pour que les données soit versées sans qu'il soit nécessaire de les ressaisir.

Ces dispositions s'appliqueront à tous les marchés d'un montant maximum supérieur à 40 000 euros HT. Pour les marchés d'un montant compris entre 25 000 et 40 000 euros HT, une obligation de publication allégée pèsera sur l'acheteur qui pourra se contenter de mettre à disposition sur le support de son choix, au premier trimestre de chaque année, la liste des marchés conclus l'année précédente en précisant seulement leur date de conclusion, leur objet, leur montant, le nom de l'attributaire et sa localisation.

Les données essentielles pourront être consultées sur le site [data.economie.gouv.fr](http://data.economie.gouv.fr) qui permet de filtrer les informations communiquées selon plusieurs critères de tri : mot clé, code CPV, année de publication, procédure, nom du titulaire, nom de l'acheteur. Les données peuvent également être mises à disposition dans un format lisible par une machine notamment aux formats CSV, XLSX ou JSON<sup>[12]</sup>.

Il convient enfin de relever qu'aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect de cette obligation de publication des données essentielles.

## Vers la prise en compte de données présentant un intérêt au titre des politiques publiques

Si les données essentielles issues de l'arrêté du 22 décembre 2022 sont pour la plupart faciles à identifier et identiques à celles issues des dispositions précédemment en vigueur, l'accent mérite d'être mis sur deux types de données nouvellement introduites : les données relatives à l'origine des produits d'une part et aux considérations sociales et environnementales d'autre part.

Concernant en premier lieu l'origine des produits, les données essentielles devront dorénavant préciser la part des produits issus de l'Union européenne, dont la part de produits français, pour quatre catégories de produits : les denrées alimentaires, les véhicules, les produits de santé et l'habillement. Dans sa nouvelle fiche technique, la DAJ liste les codes CPV des marchés concernés par cette obligation.

Cette information sera à demander au titulaire, au cours du premier mois d'exécution du marché. L'insertion d'une clause en ce sens dans le cahier des charges est recommandée par la fiche technique de la DAJ qui en propose une rédaction<sup>[13]</sup>.

Pour déterminer l'origine du produit, le titulaire pourra se fonder sur le code des douanes de l'Union européenne, les labels publics (IGP, AOP, etc.) ou les labels privés.

La DAJ précise que si un produit ne comporte aucun marquage ou label, le titulaire devra fournir une information « sur la base de sa connaissance du lieu où le produit a tiré une part significative de sa valeur ou a subi sa dernière transformation substantielle ».

[11] Conformément à l'article 3 de l'arrêté du 22 décembre 2022 relatif aux données essentielles des marchés publics.

[12] Conformément à l'article 7 de l'arrêté du 22 décembre 2022 relatif aux données essentielles des marchés publics.

[13] Dans sa fiche technique sur la publication des données essentielles, la DAJ propose la rédaction suivante : « Lorsque le marché public a pour objet la fourniture de produits de denrées alimentaires, de véhicules, de produits de santé et d'habillement dont la liste figure en annexe II de l'arrêté du 22 décembre 2022 relatifs aux données essentielles des marchés publics, le titulaire fournit à l'acheteur un mois après la notification du marché, sous format électronique, dans un standard ouvert librement réutilisable et exploitable par un système de traitement automatisé, et dans le respect du secret des affaires et des droits de propriété intellectuelle détenus par des tiers, les données relatives à la part des produits issus de l'union européenne, dont la part de produits français, avec laquelle le marché sera exécuté ».

Également, en cas de marché portant sur plusieurs produits, l'acheteur devra indiquer la part des produits fabriqués dans l'Union européenne et en France sous la forme d'un nombre décimal dont le séparateur est un point, en se fondant, là encore, sur les informations transmises par le titulaire.

Il faut relever, concernant ces deux derniers points, que l'acheteur ne pouvant s'appuyer que sur les déclarations du titulaire, il n'y a pas d'engagement de sa part concernant les données communiquées au titre de cette obligation.

S'agissant en second lieu des données essentielles portant sur les considérations sociales et environnementales, celles-ci serviront d'indicateurs de suivi du Plan national d'achats durables prévoyant et permettront de renforcer « la visibilité des achats durables » (cf. actions 21 et 22 du plan précité).

L'acheteur devra renseigner si le marché comporte des considérations sociales en complétant précisément l'une des valeurs suivantes dans le champ dédié : « clause sociale », « critère social », « marché réservé » ou, si le marché ne comporte pas de considération sociale « pas de considération sociale ».

Il en va de même concernant les données environnementales, avec les valeurs « clause environnementale », « critère environnemental » ou « pas de considération environnementale ».

## L'exploitation des données essentielles : un levier d'action pour les acteurs de la commande publique

Par la publication des données essentielles, l'acheteur participe à l'exigence de transparence nécessaire à la commande publique et si les données à l'état brut n'ont que peu de valeur, leur exploitation constitue une précieuse aide à la décision pour l'ensemble des acteurs de l'achat public.

En effet, elle représente, pour les acheteurs, un moyen efficace de piloter leurs achats en mettant à leur disposition des indicateurs d'optimisation, en comparant par exemple les marchés qu'ils passent avec ceux passés par d'autres acheteurs de même type.

L'open data permet aux entreprises de cibler les marchés selon leur statut, leur zone géographique, leur nature, leur objet, leur durée, leur montant, l'avantage étant que ces données peuvent être visualisées sous forme de tableau, de graphique ou encore de cartes. Les entreprises pourront donc mieux répondre aux besoins des acheteurs, que ce soit en développant de nouveaux services ou en découvrant de nouvelles opportunités.

Dans cette perspective, l'open data constitue un véritable outil à saisir pour les acteurs de la commande publique, même si cela nécessite pour eux de développer en interne les compétences métier nécessaires à l'utilisation de ces données.

Envisageant l'impact de l'open data sur la commande publique, le projet SCOPE (Source de la Commande publique Ouverte Pour les Entreprises) a publié en 2020 un livre blanc, en partenariat avec des collectivités de la région Occitanie<sup>[14]</sup>, duquel émerge une série de préconisations sur le développement de l'open data ainsi qu'une projection sur les utilisations possibles de ces données « ouvertes » en commande publique par le biais notamment du développement d'outils et d'applications facilitant la prise de décision, à destination tant des acheteurs que des entreprises.

---

[14] <https://dataactivist.coop/scope-occitanie/#main>

## ANALYSE FINANCIÈRE

## La situation financière des établissements publics de santé en 2021

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie comme chaque année un dossier sur les établissements de santé<sup>[1]</sup>. Un chapitre y est consacré à la situation financière des établissements publics de santé (EPS) en 2021 dont les principaux constats sont présentés ci-après<sup>[2]</sup>.

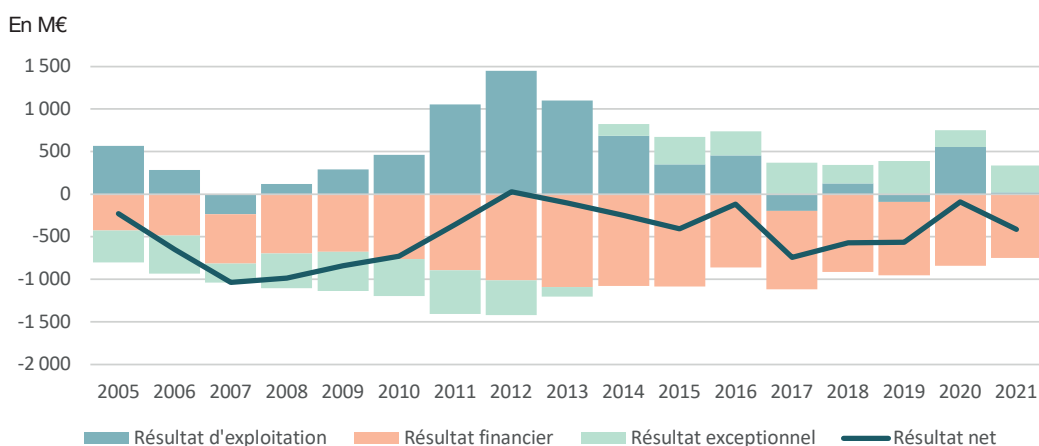
Jean-Claude DELNATTE

### Les résultats se dégradent à nouveau

Après l'amélioration constatée en 2020, grâce aux dispositifs exceptionnels de soutien pour faire face à la crise sanitaire, le résultat des EPS se dégrade à nouveau en 2021 pour atteindre - 415 millions d'€ (M€), soit -0,4 % des produits ( - 0,1 % en 2020) mais reste cependant supérieur à son niveau des deux dernières années précédant la crise (-0,7 % en 2019 et 2018)<sup>[3]</sup>.

La détérioration de la situation financière est largement imputable au résultat d'exploitation, qui passe de 555 M€ en 2020 à seulement 21 M€ en 2021. Le résultat financier, structurellement déficitaire en raison du paiement des intérêts des emprunts, est de -751M€ (-842 M€ en 2020) et le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2013, se rapproche de son niveau d'avant crise (315 M€ en 2021, contre 388 M€ en 2019), après une forte baisse en 2020 (196 M€).

### Evolution du résultat des EPS et de ses composantes



Source : DGFIP traitement DREES<sup>[4]</sup>



## Les charges et les produits augmentent fortement

La forte progression des produits des EPS, déjà constatée en 2020 (+7,0 %), se poursuit en 2021 (+ 6,4 %) alors que l'évolution annuelle n'était que de + 2,5 % en moyenne entre 2006 et 2019.

Les charges suivent la même tendance et augmentent fortement en 2021 (+6,8 %) comme en 2020 (+ 6,4 %). Contrairement à 2020, la croissance des charges en 2021 est supérieure à celle des produits, ce qui explique la détérioration du résultat. Les mêmes tendances s'observent pour le compte de résultat principal :

### Evolution des produits et des charges du comptes de résultat principal

En milliards d' € (Md€)	2018	2019	2020	2021	Variation 2021/2020
<b>Total des produits, dont :</b>	<b>76,2</b>	<b>77,6</b>	<b>83,4</b>	<b>88,9</b>	<b>6,6%</b>
Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	56,9	58,3	64,5	68,9	6,8%
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	5,5	5,5	4,9	5,2	6,1%
Titre 3 : autres produits	13,8	13,7	14,0	14,8	5,7%
<b>Total des charges, dont :</b>	<b>74,1</b>	<b>75,5</b>	<b>80,2</b>	<b>85,9</b>	<b>7,1%</b>
Titre 1 : charges de personnel	46,9	47,6	51,3	54,9	7,0%
Titre 2 : charges à caractère médical	13,1	13,5	14,1	15,7	11,3%
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,3	7,5	7,7	8,2	6,5%
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,8	6,9	7,2	7,1	-1,4%

Source : DGFIP, traitements DREES.

## Des situations contrastées par catégorie d'établissements

Si globalement le taux de résultat (résultat rapporté aux produits) est négatif pour l'ensemble des EPS et se dégrade en 2021 par rapport à 2020, la situation par catégorie d'établissements<sup>[5]</sup> est plus contrastée, comme le montre le tableau ci-dessous :

### Résultats en % des produits par catégorie d'établissements

En % des produits	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Ensemble des EPS</b>	<b>0,0%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,7%</b>	<b>-0,7%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>-0,4%</b>
AP-HP	-0,3%	-0,1%	-0,1%	0,5%	0,7%	-2,3%	-1,6%	-2,1%	-3,0%	<b>-2,7%</b>
Autres CHR	0,2%	-0,3%	-0,6%	-1,1%	-0,4%	-0,1%	0,2%	0,5%	0,8%	<b>0,3%</b>
CH spécialisés en psy.	0,3%	-0,1%	0,0%	0,3%	0,8%	0,9%	0,7%	0,8%	1,2%	<b>1,3%</b>
CH ex-hôpitaux locaux	1,2%	0,4%	0,4%	0,3%	0,9%	0,1%	-0,3%	-0,4%	1,2%	<b>0,4%</b>
Très grands CH	0,2%	0,0%	-0,2%	-0,5%	0,1%	-0,6%	-0,3%	-0,4%	0,0%	<b>-0,4%</b>
Grands CH	0,0%	-0,6%	-0,7%	-0,6%	-0,9%	-1,7%	-1,5%	-1,3%	-0,7%	<b>-0,7%</b>
Moyens CH	-0,6%	-0,4%	-0,6%	-0,6%	-0,9%	-1,5%	-1,7%	-1,5%	-0,4%	<b>-0,5%</b>
Petits CH	1,0%	0,8%	0,5%	0,1%	0,6%	-0,5%	-0,4%	-0,9%	0,7%	<b>-0,1%</b>

Source : DGFIP, traitements DREES.

[1] Les établissements de santé en 2021 > Les Dossiers de la DREES n° 111 - juillet 2023, drees.solidarites-sante.gouv.fr et data.drees.solidarites-sante.gouv.fr.

[2] Les données, issues des comptes financiers produits par la direction générale des finances publiques (DGFIP), [2] portent, sauf indication contraire, sur les comptes des établissements toutes activités confondues.

[3] La DREES précise que les données de 2019 et 2020 ont été révisées et la valeur de certains indicateurs économiques et financiers diffère de celles publiées dans son édition précédente car une évolution de la nomenclature budgétaire et comptable M21 a généré des anomalies dans la transmission des données de ces deux exercices par le logiciel de consultation des données comptables.

[4] La DREES indique que les valeurs du résultat avant 2011 diffèrent de celles présentées dans ses publications antérieures à 2022, car une correction a été apportée au compte 7071 (rétrocession de médicaments) de l'AP-HP de 2005 à 2010.

Le compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie) est exclu du résultat exceptionnel et inclus dans le résultat d'exploitation, contrairement à ce qui était fait dans les publications de la DREES antérieures à 2022.

[5] La DREES distingue les très grands CH (plus de 150 M€ de produits toutes activités confondues), les grands CH (plus de 70 M€), les CH moyens (entre 20 et 70 M€) et les petits CH (moins de 20 M€).

## La proportion d'établissements déficitaires augmente de nouveau

La proportion d'établissements déficitaires est de 52 % en 2021 (après 42 % en 2020 et 58 % en 2019). Le déficit cumulé des établissements déficitaires, qui s'était résorbé en 2020, retrouve un niveau proche de celui constaté en 2019 : -1 070 M€ en 2021, après - 882 M€ en 2020, et -1 047 M€ en 2019. Mais il est moins concentré qu'en 2020 : près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 24 établissements alors qu'ils étaient 12 en 2020 et L'AP-HP représente à elle seule 22 % du déficit cumulé en 2021 (28 % en 2020). L'excédent cumulé des établissements excédentaires diminue légèrement et s'établit à 655 M€ en 2021, après 791 M€ en 2020, et il reste aussi concentré qu'en 2020: la moitié de cet excédent est obtenue grâce à 26 établissements (22 en 2020).

## Une baisse sensible de la capacité d'autofinancement

Après trois années de hausse, le taux de capacité d'autofinancement (CAF), qui est le rapport de la CAF sur le total des produits, se replie pour atteindre 4,0 % en 2021, après 4,9 % en 2020, en cohérence avec la dégradation du résultat. La baisse du taux de CAF s'observe en 2021 sur toutes les catégories d'EPS, à l'exception de l'AP HP, qui présente cependant le taux le plus bas de tous les établissements. Cette baisse n'est pas sans incidence sur les ratios d'endettement (Cf. infra).

### Taux de CAF

En % des produits	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Ensemble des EPS</b>	<b>5,7</b>	<b>5,3</b>	<b>4,8</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>3,8</b>	<b>3,9</b>	<b>4,9</b>	<b>4,0</b>
AP-HP	5,9	4,7	3,7	4,0	2,5	1,2	2,4	2,6	2,1	<b>2,2</b>
Autres CHR	5,8	5,6	4,8	4,4	4,3	4,5	4,4	5,0	6,0	<b>4,8</b>
CH spécialisés en psychiatrie	5,0	4,4	4,5	4,8	5,4	4,9	5,3	5,3	6,1	<b>5,7</b>
CH ex-hôpitaux locaux	7,2	6,4	5,8	5,9	6,8	5,6	5,2	5,3	7,0	<b>5,9</b>
Très grands CH	5,9	5,6	4,9	4,5	4,4	3,8	4,0	4,2	5,1	<b>4,0</b>
Grands CH	5,4	4,4	4,4	4,3	3,9	2,9	3,2	3,1	4,2	<b>3,8</b>
Moyens CH	5,3	4,8	4,3	4,2	4,0	3,2	3,1	3,2	4,7	<b>4,1</b>
Petits CH	6,9	6,6	6,0	5,6	6,2	5,0	4,8	4,4	5,9	<b>5,2</b>

Source : DGFIP, traitements DREES.

## L'effort d'investissement augmente légèrement

L'effort d'investissement des EPS, soutenu au début des années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, a ensuite baissé puis a été relancé grâce aux aides prévues par le Ségur. Les investissements s'élèvent à 4,4 Md€ en 2021 (3,9 Md€ en 2020), représentant 4,7 % des produits (4,4 % en 2020).

Le taux de vétusté des constructions atteint 55,5 % en 2021 (53,9 % en 2020), tandis qu'il diminue légèrement, pour la première fois depuis 2015, pour les équipements soit 80,4 % en 2021, après 80,8 % en 2020).

## Une baisse relative de l'encours de dette et une diminution de la proportion d'établissements surendettés

L'encours de la dette des EPS atteint en 2021 son niveau le plus élevé depuis 2005 : 31,1 Md€, après 30,0 Md€ en 2020. Rapporté aux produits, il poursuit une tendance baissière lente et régulière depuis le point haut de 2013 (41,6 %) pour s'établir à 33 % en 2021, après 33,9 % en 2020. Il en est de même du ratio dit d' « indépendance financière », qui après une progression continue depuis 2005, s'est stabilisé à 52,4 % en 2018, pour diminuer ensuite : 52,0 % en 2019, 51,1 % en 2020 et 46,8 % en 2021. La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % baisse nettement : 21,7 % en 2021, après 31,3 % en 2020 et 31,9 % en 2019. L'amélioration de ce ratio, qui rapporte l'encours de dette aux capitaux permanents, doit beaucoup aux aides allouées pour la restauration des capacités financières

(Art. 50 de la LFSS pour 2021), qui viennent abonder les capitaux permanents.

En revanche la durée apparente de la dette, exprimant le nombre d'années de CAF qui seraient nécessaires pour rembourser la totalité de l'encours, est passée de 6,9 ans en 2020 à 8,3 ans en 2021, sous le double effet d'une augmentation de l'encours et d'une baisse de la CAF, rompant ainsi avec une tendance à l'amélioration depuis le point haut atteint en 2017 (10,6 ans).


Au regard des critères définis par l'article D.6145-70 du code de la santé publique, la part d'établissements jugés surendettés n'est plus que de 26,1 % en 2021 (31,4 % en 2020), alors que 47,4 % des établissements n'atteignent aucun des seuils réglementaires de surendettement en 2021 (46,5 % en 2020).

## Le guide indispensable pour gérer votre EHPAD

- Connaître le financement des établissements, les enjeux et les acteurs
- Comprendre le modèle de tarification et les bases de l'analyse financière
- Remplir les maquettes EPRD et ERRD et suivre les indicateurs financiers

Par Pauline LEBRET-SIMONNEAUX, Émilie SAVARIAU-SÉGUÉLA et Jacques GROLIER.



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

	HT	TTC
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> , Je commande ..... exemplaire(s) du livre « <i>Les financements publics des EHPAD : comprendre et agir</i> » par Pauline Lebre-Simonneau, Émilie Savariau-Séguela et Jacques Grolier, 270 pages - (ISBN 978-2-9559203-8-1) 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
<b>Total</b>		

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  
courriel : infodium@infodium.fr

# RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE

## Comment se prémunir à court terme des risques qui pèsent sur les Gestionnaires publics hospitaliers à la suite de la réforme du régime de responsabilité financière ?

La réforme du régime de responsabilité financière des gestionnaires publics mise en application depuis le 1er janvier 2023 s'inscrit dans une démarche d'unification de la responsabilité de l'ordonnateur et du comptable. Sa mise en application amène les directions des établissements à se questionner sur les impacts de cette réforme et les nouveaux risques qui peuvent en résulter.

Patrick AUMERAS

Commissaire aux comptes- Associé Exco

Bénédicte BRUZZI

Manager cabinet GovHe

En effet, cette réforme est encore relativement récente<sup>[1]</sup> et certains critères précis de mise en œuvre de cette responsabilité n'ont pas été intégrés dans la réforme et vont donc dépendre de l'interprétation que vont en faire les juges et la jurisprudence qui en résultera.

Notamment il conviendra d'observer avec attention comment les magistrats apprécieront les notions de « faute grave » et de « préjudice financier significatif » ainsi que la rétroactivité avec laquelle les actes pourront être justiciables. Pour illustrer cette relative incertitude, l'arrêt récent de la Chambre des contentieux de la Cour des comptes « Alpexpo » est instructif, le jugement initial à l'encontre de la Directrice générale par transition étant contesté par le Parquet Général de la Cour des comptes qui demande des sanctions plus sévères.

C'est dans ce cadre que les Hôpitaux Champagne-Sud (HCS) ont pris l'initiative de nous faire réaliser un audit réglementaire dès le premier semestre de l'année 2023 afin de répondre aux enjeux de cette réforme et vérifier si ses processus de recettes et de dépenses couvraient bien les risques en partie nouveaux issus de ces textes. Mener cet audit à l'échelle des établissements en direction commune du GHT était une volonté forte, notamment dans les établissements de plus petite taille ne faisant pas l'objet d'une certification de leurs comptes et n'ayant pas toujours l'organisation et les ressources pour assurer un contrôle interne adéquat.

Cette mission a été l'occasion d'appréhender sous un nouveau prisme les risques relatifs à l'organisation et aux processus, à la fois sur le plan du respect strict de la réglementation que de l'existence des bonnes pratiques en matière d'organisation et de contrôle.

A notre avis, les principaux sujets sur lesquels il faut se pencher sont les suivants :

De manière générale, tous processus confondus :

[1] « Le positionnement et les contrôles du comptable public dans le nouveau régime de responsabilité financière des gestionnaires publics » par Paul HERNU, *Finances Hospitalières* n°182, septembre 2023.

"L'ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022 relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics : l'application aux hôpitaux" par Jean-Bernard MATTRET *Finances Hospitalières* n°169, juin 2022

## Quelles sont les nouvelles responsabilités pour l'ordonnateur directement issues de ce texte ?

En effet, antérieurement, seul le comptable public portait l'obligation de certaines actions. Qu'en sera-t-il maintenant aux yeux du Juge ?

A titre d'exemple la question des diligences effectuées pour le recouvrement des créances, notamment sur les usagers se pose. A notre avis, une réponse à minima est d'établir une convention claire des responsabilités réciproques d'exécution des tâches entre Ordonnateur et Comptable, laquelle précise l'ensemble du processus. En sus l'Ordonnateur devra s'assurer que les actions de recouvrement sont effectivement réalisées par le Comptable. A défaut, il faudra probablement qu'il pallie une défaillance dans les services du Trésor public.

### Les délégations de signature.

A ce sujet, le ministère de l'économie, des finances et de la relance précise dans la FAQ qu'il a publié qu'« il convient de rappeler que le contrôle de la qualité de l'ordonnateur qu'opère le comptable se limite au contrôle du signataire du mandat (CE, ENFA, 04/05/2018, n° 410880) : Il résulte de ces dispositions qu'au titre du contrôle de la qualité de l'ordonnateur que les comptables sont tenus d'exercer s'agissant des ordres de payer, il leur incombe de s'assurer que le signataire de cet ordre a la qualité d'ordonnateur de la personne morale concernée ou a reçu de ce dernier une délégation lui donnant qualité pour agir en son nom. Ces dispositions ne sauraient, en revanche, être interprétées comme mettant, à ce titre, à la charge des comptables l'obligation de vérifier la compétence de l'autorité ayant pris la décision qui constitue le fondement juridique de la dépense, les comptables n'ayant, d'ailleurs, pas le pouvoir de se faire juges de la légalité de cette décision ». Il relève donc de la responsabilité de l'ordonnateur d'établir les délégations nécessaires pour sécuriser les processus de dépenses. Une vérification de l'exhaustivité de celles-ci et de leur cohérence précise par rapport aux tâches assignées nous paraît s'imposer.

### L'existence de cartographies des risques et de procédures formalisées ainsi que d'organigrammes fonctionnels<sup>[2]</sup>.

Le cas échéant, dans le cadre de son instruction, le juge financier analysera le processus en cause pour déterminer les responsabilités. Ceci implique que chacun des acteurs est responsable au regard de son rôle dans la chaîne financière. L'absence de cartographie des risques et d'organigrammes fonctionnels induit que l'identification de la chaîne de responsabilité est insuffisante et que la continuité de service, notamment en termes de contrôle, pourrait être défaillante en cas d'absence ou de départ d'un agent. L'ordonnateur pourrait ainsi être incriminé pour un manquement au devoir général de contrôle et/ou de surveillance d'un organisme public.

### Un défaut de sécurisation des habilitations informatiques.

Les cartographies des droits et habilitations dans les différents applicatifs ne sont souvent pas régulièrement auditées. Aussi, en l'absence de suivi et pilotage des habilitations, des droits inadaptés peuvent être attribués. Cela peut impliquer qu'un agent puisse, volontairement ou non, mener des actions qui ne relèvent pas de son champ de responsabilité ou modifier des données sans être habilité à le faire du fait de sa fonction. Ainsi, en cas de préjudice constaté, la responsabilité de l'ordonnateur pourrait la aussi être engagée pour manquement au devoir général de contrôle et/ou de surveillance d'un organisme public.

---

[2] Organigramme fonctionnel : document qui décrit les missions et responsabilités de chacun des postes du poste service

Au niveau des cycles principaux :

## À l'échelle des ressources humaines.

Les risques sont principalement liés à des défauts dans l'organisation et la traçabilité des contrôles menés dans le cadre du processus de paie, à des manquements dans la gestion et le suivi du temps de travail du personnel, à l'attribution injustifiée de primes ou d'éléments de rémunération, à des manquements dans le suivi et la gestion des mouvements de personnel ainsi qu'au non-respect de la réglementation Réglementation Générale sur la Protection des Données (RGPD). Le respect des dispositions de la loi RIST doit aussi être traité.

## Pour les achats et les investissements.

Le sujet principal est dans ces domaines le respect de la réglementation concernant les marchés publics. Au-delà des processus appliqués pour les marchés, il convient de mettre en place un processus de surveillance des achats « hors marchés ».

A titre anecdotique mais pas que... on peut citer le risque lié à l'emploi de cartes de crédit en dehors d'un processus de contrôle ad hoc.

La protection des actifs, précisément les stocks et immobilisations, doit être maîtrisée, notamment par des inventaires physiques réguliers et correctement réalisés. Un sujet peut aussi exister dans certains établissements. Il s'agit de la décentralisation du mandatement. Souvent le dernier point de contrôle, au sein d'un processus achat ou paye présentant une absence de séparation de fonction, réside dans la validation des bordereaux par un directeur adjoint. Or ce contrôle peut se révéler complexe à réaliser car ceux-ci n'ont souvent ni le temps ni les outils adaptés pour réaliser un contrôle précis des mandats émis. Une solution peut être (notamment à l'échelle d'un GHT) de mettre en place une cellule indépendante de mandatement, partagée entre l'ordonnateur et le comptable public. Dans le cadre de la réforme, les deux parties y trouveraient un avantage.

## S'agissant des recettes.

Les sujets principaux sont relatifs au recouvrement des créances, au respect du récent *Décret relatif au traitement des données à caractère personnel nécessaires à l'analyse de l'activité médicale des établissements de santé*<sup>[3]</sup>, notamment pour la partie concernant l'élaboration d'un plan d'assurance qualité sur l'ensemble des recettes et aussi à la régularité de la facturation des chambres particulières. La correcte facturation des mises à disposition de personnels (en lien avec les process RH) nous paraît aussi particulièrement important.

Nous estimons vraiment nécessaire de mener ces investigations au niveau du GHT. En effet, les processus, les pratiques et les outils déployés varient d'un établissement à l'autre. Il convient donc d'étudier les risques encourus dans chaque établissement, que la direction soit territorialisée ou non, pour mettre en place des plans d'actions spécifiques par établissement.

## Exemple de démarche pouvant être suivie pour mener l'étude :

A titre d'exemple, le visuel ci-dessous reprend la démarche déployée aux HCS :



Figure 1 : Démarche réalisée dans le cadre de l'audit réglementaire des HCS en lien avec la réforme des gestionnaires publics

[3] Décret n° 2023-498 du 22 juin 2023



La méthodologie déployée pour mener cette démarche d’audit réglementaire implique une forte mobilisation, au niveau du GHT, des directeurs mais aussi des équipes opérationnelles en charge des principaux processus de recettes et de dépenses afin d’identifier les pratiques pouvant engager la responsabilité de l’ordonnateur.

1. La construction et l’envoi de questionnaires ciblés aux directions en charge des principaux processus de recettes et de dépenses, centrés sur les risques règlementaires en lien avec la réforme de la responsabilité des gestionnaires publics et les bonnes pratiques en matière de contrôle interne :

	Quelles sont les actions mises en place afin de minimiser le risque ?	Comment l’application de ces actions est-elle vérifiée ?
<b>Organisation générale</b>		
Absence de cartographie des risques		
Délégations de gestion incohérentes avec l’organisation opérationnelle		
Organigramme fonctionnel non formalisé		
<b>Risques financiers liés à la paie</b>		
<b>Généralités</b>		
Versement de salaire sur un RIB erroné, ne correspondant pas au bénéficiaire		
Discordance entre ce qui a été versé en paie et les états financiers et comptables		
Octroi injustifié d’avantages en nature		

Figure 2 : Extrait du questionnaire ciblé ressources humaines transmis aux établissements des HCS, juin 2023

L’objectif de cet envoi et sa complétion préalables permet à chacune des équipes auditées (DRH, achats, DSIO, pharmacie, DAF...) de se questionner sur ses pratiques et sur les actions de sécurisation des risques mises en place.

2. Après cette phase d’autodiagnostic, des entretiens et visites sur site au sein de chacun des établissements du GHT peuvent être organisées afin de comprendre l’organisation des établissements et préciser les premiers risques identifiés à la suite de l’analyse des questionnaires. Les visites sur site ont également donné l’occasion d’approfondir les différents processus et fonctionnement, qu’ils soient territorialisés ou gérés en local, afin d’identifier des points de risques supplémentaires ;

3. L’état des lieux doit être formalisé dans un rapport et les actions à conduire à la suite des visites et donner lieu à une restitution à l’ensemble des directeurs pour favoriser l’appropriation des résultats et des axes de travail identifiés ;

4. Enfin, les recommandations doivent être consolidées au sein d’un plan d’actions précis qui pourra être piloté à court et moyen termes pour vérifier la mise en œuvre des actions correctives éventuelles.

## Conclusion

Cette réforme est récente et sa mise en application présente encore des points à préciser, notamment sur la définition tant de la faute grave que du caractère significatif du préjudice financier pouvant entraîner une sanction de l’ordonnateur. Celui-ci peut, à juste titre, s’inquiéter de cette incertitude.

La jurisprudence est très attendue par les établissements publics. Actuellement des initiatives sont prises par les pouvoirs publics pour préciser le sujet (par exemple le Colloque organisé le 8 novembre 2023 par la Cour des Comptes et l’INSP).

A notre avis, il est préférable de ne pas attendre les premières jurisprudences pour vérifier si les risques majeurs en matière de respect de la réglementation sont couverts et si les bonnes pratiques de contrôle interne sont effectivement en place et engager un travail spécifique au niveau de chaque établissement d’un GHT.

# Jurisprudence

Muriel TREMEUR

## LITIGES

### **La transaction solutionne un différend rapidement et efficacement**

Une transaction peut porter sur l'autorisation délivrée par l'agence régionale de santé en matière d'installation d'équipements matériels lourds pour mettre fin à tout litige né de cette décision ou de prévenir ceux qui pourraient y naître. Un établissement public de santé ayant sollicité cette autorisation peut donc transiger et ce, y compris pendant l'instruction de la demande par l'agence régionale de santé.

**CE, 7 novembre 2022, n° 454495,  
Sté Centre havrais d'imagerie médicale nucléaire**

La transaction est un mode de règlement non juridictionnel des différends avec l'administration définie aux articles L. 421-1 et suivants du Code des relations entre le public et l'administration. Il est donc possible de recourir à une transaction pour terminer une contestation née ou - comme au cas d'espèce - de prévenir une contestation à naître avec l'administration. La transaction doit alors comporter des concessions réciproques consenties par les parties. Ces concessions peuvent consister dans le renoncement de l'une des parties à saisir le juge ou dans l'abandon d'une instance en cours en contrepartie de l'engagement pris par l'autre partie de réparer son préjudice.

### **Un contrat écrit**

La transaction sera à formaliser par un contrat écrit étant noté que la transaction doit porter sur un objet licite et contenir des concessions réciproques et équilibrées. Ce dispositif reprend ainsi le principe déjà posé à l'article 2044 du Code civil, lequel prévoit également, dans son article 2052, que la transaction fait obstacle à l'introduction ou à la poursuite entre les parties d'une action en justice ayant le même objet.

### **Transaction sur l'autorisation de l'ARS**

Ces principes rappelés, la décision rendue le 7 novembre 2022 par le Conseil d'Etat ajoute des précisions intéressantes s'agissant du domaine hospitalier. Elle indique qu' « aucune disposition législative ou réglementaire applicable aux autorisations délivrées par les agences régionales de santé en matière d'équipements matériels lourds en vertu de l'article L. 6122-1 du Code de la santé publique, ni aucun principe général du droit, ne fait obstacle à ce que l'administration conclue avec une personne ayant sollicité une telle autorisation, une transaction par laquelle, dans le respect des conditions précédemment mentionnées, les parties conviennent de mettre fin à l'ensemble des litiges nés de l'édiction de cette décision ou de prévenir ceux qu'elle pourrait faire naître, incluant la demande d'annulation pour excès de pouvoir de cette décision ». L'installation des équipements matériels lourds sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6122-2 du Code

de la santé publique. La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixé par décret. De fait, la vigilance s'imposera dans la rédaction de la transaction à commencer notamment par le rappel de la description précise des faits, des dates et de la nature du litige que la transaction entend régler. La renonciation à un recours ultérieur sera explicite. Les concessions réciproques doivent être équilibrées et s'il est saisi, le juge administratif procédera à une appréciation souveraine des concessions consenties au regard des circonstances propres à chaque affaire, sur la teneur et l'équilibre des concessions indépendamment de la qualification qui leur a été donnée par les parties. Les concessions n'ont pas nécessairement à être d'ampleur équivalente ou de même nature, elles doivent seulement représenter un sacrifice réel et appréciable pour chacune des parties.

## La transaction durant l'instruction par l'ARS

En l'espèce, un litige est né entre des structures publiques et privées à la suite d'une dissolution et un Groupe hospitalier. Ce litige a conduit à s'interroger sur le droit d'accéder à certaines installations notamment les matériels médicaux dont la propriété était partagée entre médecins et hôpital. L'agence régionale de santé a alors lancé un appel à candidatures pour l'octroi d'une autorisation d'installation d'un des matériels médicaux. Une société d'imagerie médicale nucléaire et médecins associés, et le Groupe hospitalier, ont décidé de conclure une transaction par laquelle ils convenaient de renoncer tous deux à toute contestation de l'autorisation d'exploiter un appareil de tomographie à émission de positons qui serait accordé à l'un d'entre eux, tandis que l'instruction par l'agence régionale de santé des candidatures à cette autorisation était en cours. L'arrêt du Conseil d'Etat est intéressant en ce qu'il précise que la transition d'un établissement public de santé peut intervenir entre cet établissement ayant sollicité une autorisation en matière d'installation d'équipements matériels lourds et une personne ayant formulé une demande concurrente. Dans une telle hypothèse ajoute-il, la transaction peut être conclue durant l'instruction par l'agence régionale de santé des candidatures à cette autorisation en vue de prévenir toute contestation à naître entre les candidats sur la décision octroyant l'autorisation.

Rappelons in fine que l'homologation de la transaction donne force exécutoire à l'accord ainsi conclu, à l'image d'un jugement rendu, avec un intérêt à souligner : le règlement du litige est plus rapide, avec une solution consentie.

## JUGEMENT FINANCIER

### Ne pas exécuter un jugement risque de coûter de chères amendes !

Un centre hospitalier peut être condamné à une astreinte en raison de l'inexécution totale ou partielle ou de l'exécution tardive d'une décision de justice antérieure. Il s'agit d'une infraction qui peut même être imputée aux responsables de l'établissement qui exerçaient leurs fonctions de gestion pendant la période où elle s'est produite. L'obligation d'exécution de décisions de justice ayant force de chose jugée, peu importe la situation financière de l'établissement.

#### Cour des comptes, 10 juillet 2023, n° S-2023-0858

Le tribunal administratif avait rendu le 17 juin 2013 un jugement à l'encontre d'un centre hospitalier. Le litige concernait la reconnaissance d'une maladie professionnelle d'un ancien directeur de l'établissement. Le juge avait procédé à l'annulation de la décision implicite de refus de reconnaître l'imputabilité au service de la maladie dont il était atteint. Neuf mois après, par une lettre enregistrée le 13 mars 2014, l'intéressé a saisi le tribunal administratif en vue de la fixation de mesures d'exécution du jugement de 2013. D'ailleurs, à plusieurs reprises, il n'a pas hésité à saisir cette juridiction en vue de la fixation de mesures d'exécution de la décision. En vain, puisqu'il n'a obtenu aucun début d'exécution avant 2022.

#### Une inaction bien longue

Aussi, par un jugement du 21 mars 2016, le tribunal administratif constatant l'inexécution du jugement initial, a prononcé une astreinte à l'encontre du centre hospitalier fixée à 30 euros par jour de retard à compter de

l'expiration du délai d'un mois suivant la notification du jugement. C'est là l'application des dispositions de l'article L. 911-4 du Code de la justice administrative. Elles prévoient, en cas d'inexécution d'une décision de justice, que la partie intéressée peut demander d'en assurer l'exécution. La juridiction saisie peut alors fixer un délai d'exécution et prononcer une astreinte, laquelle est indépendante des dommages et intérêts. L'article L. 911-7 dudit code ajoute qu'en cas d'inexécution totale ou partielle ou d'exécution tardive, la juridiction peut procéder à la liquidation de l'astreinte qu'elle avait prononcée.

En l'espèce, par un nouveau jugement rendu le 23 octobre 2018, le tribunal administratif a considéré que ce défaut d'exécution justifiait la liquidation de l'astreinte prononcée par le jugement du 21 mars 2016, notifié le 12 mai 2016, pour la période du 12 mai 2016 au 23 octobre 2018. Toujours en vain... Par un jugement du 7 juillet 2022, le tribunal administratif condamne le centre hospitalier à payer les sommes en liquidation de l'astreinte.

## Quelles responsabilités ?

Lorsqu'une décision de justice prononce une condamnation à l'encontre d'un centre hospitalier au paiement d'une somme d'argent, cette somme doit être mandatée ou ordonnancée dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision rendue. A défaut, ce manquement est constitutif d'une infraction, plusieurs faits étant qualifiables d'infractions prévues et définies aux articles L. 131-9 à L. 131-14 du Code des juridictions financières. La juridiction financière peut alors prononcer à l'encontre des personnes dont elle a retenu la responsabilité une amende d'un montant maximal égal à six mois de sa rémunération annuelle à la date de l'infraction.

Le paiement des astreintes et frais irrépétibles dus à l'ancien directeur n'est intervenu qu'en août 2022, et le retard réitéré à exécuter les décisions de justice antérieures a été à l'origine de la liquidation d'astreintes prononcée par le tribunal administratif. Dans cette affaire, la Cour des comptes a étudié les périodes durant lesquelles les infractions se sont produites pour rechercher les fonctionnaires dont la nature des fonctions et leurs conditions d'exercice pouvaient engendrer d'éventuelles responsabilités. Les responsabilités ont été imputées à trois personnes ayant exercé des fonctions à hautes responsabilités à compter des faits ayant conduit au jugement litigieux de 2013. Tout d'abord, deux ordonnateurs que sont la directrice du centre hospitalier à la tête de l'établissement entre le 16 août 2012 jusqu'en mars 2021, ainsi que le directeur ayant assuré l'intérim à compter du 8 mars 2021 jusqu'à sa nomination en qualité de directeur à compter du 4 janvier 2022 jusqu'au 16 février 2023. Ensuite, la chargée des affaires générales et de la qualité en poste jusqu'au 15 mai 2022, puisque ces fonctions comportaient notamment le suivi des dossiers contentieux. Il convient de rappeler que la liquidation d'astreintes par le tribunal administratif a inéluctablement engendré des charges supplémentaires pour l'établissement pour une décision de justice inexécutée pendant près de dix années. Ce sont autant de circonstances qui vont légitimer la sévérité de la décision rendue par la Cour des comptes.

## 1000 à 7000 euros d'amende

L'attachée d'administration chargée des dossiers contentieux a été condamnée à une amende d'un montant fixé à 1 000 euros. Son arrêt de longue maladie a été pris en considération. Néanmoins, il lui est notamment reproché qu'eu égard à ses responsabilités inhérentes à son grade et aux fonctions qu'elle exerçait dans l'établissement, elle aurait dû, à la réception des deux jugements du tribunal administratif de 2016, puis de 2018, alerter la direction sur les conséquences prévisibles de l'inaction de l'établissement. Quant aux deux autres protagonistes, ils se sont vu infliger des amendes plus élevées.

En tout premier lieu, la Cour fixe à 7 000 euros d'amende la sanction prononcée à l'encontre de la directrice de l'établissement qui prétendait que l'inexécution des décisions était essentiellement due à une « situation financière désastreuse » de l'établissement. Que nenni, rétorque la Cour. En effet, d'une part, cet argument ne saurait constituer une cause d'exemption de l'obligation d'exécution de décisions de justice ayant force de chose jugée, surtout pendant une période aussi longue. D'autre part, les sommes dues à l'ancien directeur consécutives au litige initial ont finalement été mandatées sur l'exercice 2022, alors que l'établissement avait dégagé cette année-là un résultat net déficitaire. Et dans la continuité de son analyse, la Cour des comptes lui reproche son comportement qui aurait dû être « *plus diligent et respectueux des décisions de justice* » (...) « *surtout pendant une période aussi longue* ». « *Il lui incombait, en effet, en sa qualité de supérieure hiérarchique, de surveiller la bonne exécution par ses services des décisions de justice concernant le centre hospitalier.* » La Cour des comptes relève qu'elle n'a procédé à aucun mandatement des sommes dues par le centre hospitalier dans le cadre du litige qui l'opposait à l'ancien directeur, en dépit des décisions juridictionnelles intervenues et

ce, pendant toute la durée au cours de laquelle elle a exercé les fonctions d'ordonnateur, soit plus de huit ans. C'est là une circonstance aggravante, considère les magistrats financiers.

En second lieu, le directeur intérimaire - puis en fonctions - soutenait que la crise sanitaire devait être regardée comme un élément de force majeure susceptible de l'exonérer de sa responsabilité. La Cour des comptes estime que cet argument doit être rejeté, tout en constatant que l'état d'urgence sanitaire avait été prorogé à plusieurs reprises sur le territoire, ce qui avait particulièrement touché l'organisation des services hospitaliers. Cette situation exceptionnelle constitue, selon la haute juridiction financière, une circonstance atténuante, tout en observant qu'un mandatement un an et demi après la prise de ses fonctions avait été émis. L'amende prononcée à son encontre s'élève à 2 000 euros.

Enfin, la Cour des comptes tient à souligner la gravité des faits, leur caractère répété et continu sur une longue période, l'importance du préjudice causé à l'organisme et l'ensemble des circonstances de cette affaire, pour motiver davantage l'appréciation faite du montant des trois amendes prononcées. En parallèle, la décision rendue se veut d'autant plus sévère que la Cour prononce en guise de « peine complémentaire » la publicité de l'arrêt par sa publication au Journal officiel.

## VEILLE RÉGLEMENTAIRE & DOCUMENTAIRE

### Réforme de la tarification des soins infirmiers à domicile

Pour accompagner les établissements et services dans la réforme du financement des soins infirmiers à domicile, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico sociale (ANAP) publient une brochure qui en présente les points clés (<https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-loffre-des-services-domicile> et <https://anap.fr/s/article/reforme-tarification-soins-infirmiers-a-domicile>) (Voir aussi DELNATTE J.C. « Les nouvelles modalités de financement des soins infirmiers à domicile sont fixées par voie réglementaire », *Finances hospitalières*, n° 180 - Juin 2023).

### Informations médicales - Expérimentation de la classification en hospitalisation à domicile (HAD)

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) met en ligne le 24 août 2023 (<https://www.atih.sante.fr/presentation-nouvelle-classification-had-0>) un document qui présente des informations utiles à la compréhension de la nouvelle classification en HAD et formule des recommandations pour le codage des situations cliniques.

### Publication des comptes de 2022 de la branche autonomie

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) met en ligne les états financiers de la branche autonomie de l'exercice 2022, dite « 5ème branche », dont elle assure la gestion ([https://www.cnsa.fr/documentation/annexe\\_aux\\_comptes\\_annuels\\_2022\\_cnsa-vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/annexe_aux_comptes_annuels_2022_cnsa-vf.pdf)). Ces comptes, certifiés par la Cour des comptes, font apparaître, pour la 2ème année consécutive, un résultat excédentaire de 239,6 millions d'euros (M€) obtenu grâce à un bon rendement des produits (36,852 milliards d'euros - Md€) qui couvre des charges (36,612 Md€) en hausse de 8,6 % par rapport à 2021, du fait des revalorisations salariales résultant du « Ségur », de la protection contre l'inflation, du soutien renforcé aux services à domicile et de l'aide aux investissements immobilier et numérique du secteur médico-social.

### Remise du rapport de la mission « Financement et régulation des produits de santé »

La mission chargée par la Première ministre en janvier 2023 d'identifier les pistes d'amélioration possibles du système de financement et régulation des produits de santé a remis le 29 août 2023 son rapport au ministre de la santé et de la prévention, au ministre délégué chargé de l'industrie ainsi qu'au ministre délégué aux comptes publics (<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/mission-regulation-des-produits-de-sante-note-presentation-aout-2023.pdf>).

Ce rapport contient un diagnostic sur les difficultés que pose le système de régulation actuel et formule des recommandations et des grandes orientations pour concilier l'accès aux soins, les enjeux de souveraineté industrielle et les préoccupations financières de soutenabilité de notre système de protection sociale. Ces propositions ont déjà commencé à servir de base à la préparation, par le Gouvernement, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 notamment afin de mieux maîtriser les volumes, par exemple en accroissant le recours aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), de développer activement le recours aux biosimilaires ou encore afin de faciliter les demandes d'inscription d'actes innovants par les industriels auprès de la Haute Autorité de santé.

## Annnonce de mesures pour l'amélioration de l'accès aux soins et des conditions de travail des acteurs de santé

Un communiqué de l'hôtel de Matignon du 31 août 2023 présente les annonces faites par la Première ministre afin d'améliorer l'accès aux soins et les conditions de travail des acteurs de santé (<https://www.gouvernement.fr/communique/annonce-des-mesures-pour-lamelioration-de-lacces-aux-soins-et-des-conditions-de-travail-des-acteurs-de-la-sante>)

Il sera proposé d'ouvrir la possibilité de consulter directement un pharmacien, qui après un test rapide de diagnostic, pourra donner un traitement antibiotique des angines et les cystites.

Le travail de nuit sera à partir de janvier prochain, rémunéré 25% de plus que le jour. Pour le travail du dimanche et les jours fériés, l'indemnité actuelle sera majorée de 20%.

Pour les médecins, la revalorisation de 50% des gardes est pérennisée et élargie au secteur privé tandis que la rémunération des astreintes sera revue pour permettre un alignement par le haut sur le système qui existe dans le secteur privé.

La Première ministre a également rappelé que l'attractivité de l'hôpital passe aussi par une modernisation de son organisation et des conditions de travail ainsi que par une meilleure proximité dans les prises de décision au quotidien. Elle a ainsi demandé aux ministres d'intensifier le travail pour attirer et fidéliser sur les métiers de la santé et du soin.

## Publication d'un arrêté modifiant certaines dispositions portant sur les dotations relatives à la file active et à la qualité du codage allouées aux activités de psychiatrie.

L'arrêté du 30 août 2023 (JO du 1er septembre 2023) remplace les annexes 1, 2 et 8 de l'arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage mentionnées à l'article R. 162-31-3 du code de la sécurité sociale (CSS) dans le champ des activités de psychiatrie :

- Les annexes 1 et 2 comportent les grilles de pondération pour la prise en charge à temps complet et partiel, d'une part, pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS et d'autre part, pour ceux mentionnés aux *d* et *e* du même article.
- L'annexe 8 comporte les tarifs des suppléments transports mentionnés à l'article L. 162-21-2 du CSS transmis par l'établissement d'origine exerçant une activité de psychiatrie au titre de l'année en cours. Ces tarifs prennent effet à compter du 1er mars 2023.

## Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

L'arrêté du 30 août 2023 (JO du 2 septembre 2023) fixe :

- Les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15 du CSS ;
- La liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.

Il abroge l'arrêté du 31 décembre 2022 ayant le même objet.

Un livret pédagogique est mis en ligne, accessible sur le site de la FHF (<https://www.fhf.fr/expertises/finances/financement-la-qualite/parution-de-larrete-ifaq-2023>).



## L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales

**Les dossiers de la DREES - N° 112 - septembre 2023 - Charline Sterchele (DREES)**

A l'heure où la pression sur les urgences et besoins de soins en santé mentale sont criants et génèrent des tensions d'une ampleur nouvelle, ce travail de la DREES est particulièrement intéressant puisqu'il tire un bilan de l'offre de soin en psychiatrie. « *Premier poste de dépense de l'Assurance maladie, la psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques, avec des modalités de prises en charge variées et une pluralité de sa patientèle* » : Celle-ci repose sur les lits, bien sûr, mais aussi sur une multitude d'organisations alternatives mises en œuvre de manière remarquablement innovante lors de l'instauration de la sectorisation.

« *Entre fin 2008 et fin 2019, dans les établissements de santé autorisés pour la psychiatrie, le nombre de places (pour la prise en charge à temps partiel) a augmenté, alors que le nombre de lits (pour la prise en charge à temps complet) s'est réduit. L'activité (en nombre de journées pour la prise en charge à temps complet et de venues pour la prise en charge à temps partiel) a globalement baissé. La baisse du nombre de journées de prise en charge à temps complet baisse même plus fortement que le nombre de lits. Les taux d'occupation des lits sont ainsi également en léger recul sur la période.* » La capacité du secteur privé est restée stable ; sa part relative dans l'offre de soin a donc progressé sur la période.

En pédopsychiatrie, l'ambulatoire reste l'organisation majoritaire, mais l'acutisation des situations cliniques conduit à une augmentation des journées d'HC et une saturation de l'offre, qui s'avère insuffisante aujourd'hui, dans un contexte où il est très difficile d'armer de nouvelles unités, faute des professionnels médicaux et soignants nécessaires.

« *La situation est assez différente en psychiatrie générale : l'hospitalisation à temps plein est la forme d'activité majoritaire, mais son nombre de journées et de lits se replie nettement au cours de la période. Le volume d'activité à temps partiel est globalement stable sur la dernière décennie, avec toutefois un fléchissement en fin de période.* » Ceci induit donc une pression sur l'activité : la bascule à temps partiel n'a pas eu lieu, et l'augmentation des besoins en post covid se heurte à une restriction capacitaire saturant l'offre.

La répartition territoriale des capacités est extrêmement hétérogène en pédopsychiatrie, même si le renforcement de l'offre ambulatoire a pu les atténuer sur la période. En psychiatrie d'adulte, les disparités sont moindres, mais se sont maintenues. Le système est un peu enrayé : l'offre de formation des jeunes médecins est inégale, et induit une stabilisation des ressources médicales dans les régions de formation, creusant les déserts médicaux. Il s'ensuit, notamment sur le personnel médical, une difficulté croissante à armer de nouvelles unités, à monter des projets innovants et à attirer et fidéliser l'ensemble des soignants. Dans le même temps, l'acutisation des besoins a induit une pression constante sur le système, le mettant au bord de la rupture.

## Accessibilité géographique à l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes âgées : une approche territoriale

**Études et résultats n° 1279- septembre 2023 - Amélie Carrère (Institut des politiques publiques), Salimeh Monirjavid (DREES)**

Cette étude très intéressante recense les ressources professionnelles intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et les compare à « *la demande potentielle à proximité, approchée ici par le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus. Ce faisant, elle propose des indicateurs dits « accessibilité potentielle localisée » (APL) à l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.* » En 2019, on recense 515.000 professionnels, dont 50% exercent en établissement. « *En moyenne, 3 267 ETP exercent à moins de 60 minutes du domicile pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus* » mais avec une répartition géographique très hétérogène, laissant apparaître des faiblesses importantes dans les régions frontalières de l'IDF ou les régions montagneuses.

L'analyse qualitative, par compétence, sanitaire ou médico-sociale, ou par mode d'exercice (en établissement ou en ville) marque aussi une forte dispersion, avec trois régions bien dotées, la Normandie, l'IDF ou les Pays de la Loire. Enfin, la nature publique ou privée de l'offre est également hétérogène, mais résulte probablement plus d'un héritage historique que de pratiques vraiment conscientes.

Les indicateurs ont vocation à être affinés, et les résultats produits régulièrement afin d'être en capacité d'évaluer une évolution de l'offre et de l'accessibilité géographique.

## L'Agence française du médicament après le scandale du Mediator. Crises et travail de restauration institutionnelle

Nouguez, Etienne ; Bergeron, Henri ; Castel, Patrick ; et al. in *L'Année sociologique*, vol. 73, n°2, 2023, pp.327-357. (via Cairn)

Le scandale du Mediator a eu des effets ambivalents, d'un côté, justice a pu être faite, mais de l'autre elle a mis en relief des intérêts concordants entre l'industrie et les instances de contrôle. Les auteurs, sociologues (CNRS / Sciences Po) s'attachent à une lecture des rapports de force, y compris symboliques, en présence. De fait, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a dû restaurer son image pour restaurer son lien de confiance avec les usagers. Cela est notamment passé par un renforcement de ses liens avec ses partenaires (instances européennes, associations d'usagers, de médecins etc.), une mise à distance des lobbies de l'industrie pharmaceutique, dont la force de frappe est perçue comme bien supérieure à celle d'une instance de régulation, une meilleure association des usagers et une communication plus transparente. « *Enfin, l'Agence a intégré les risques sociopolitiques, inhérents à un environnement de plus en plus complexe, à son approche traditionnelle de la régulation des risques biomédicaux.* »

## AGENDA

### Conférence Finances hospitalières 2024 : défis, réponses et perspectives

Mercredi 18 octobre, Grant Thornton, Neuilly

**Finances Hospitalières** est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, [www.infodium.fr](http://www.infodium.fr) - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - Rédaction : [infodium@infodium.fr](mailto:infodium@infodium.fr) - [www.finances-hospitalieres.fr](http://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 : Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement - ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX [abonnement@infodium.fr](mailto:abonnement@infodium.fr) Tél : 02 31 59 25 00 - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau 11 numéros par an - Abonnement 475 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0426 T 88884 - ISSN 1955-642X Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



## BULLETIN D'ABONNEMENT

# Finances Hospitalières

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

**1 an, 11 numéros papier  
+ 1 accès numérique  
+ base documentaire sur  
[www.finances-hospitalieres.fr](http://www.finances-hospitalieres.fr)  
au prix de **475 € TTC****

Ci-joint mon règlement par :

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

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

Cachet /Date  
Signature

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  
1<sup>er</sup> Janvier 2023 au 31 Décembre 2023.