

# Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL MAI 2016 N° 102

## EDITORIAL

### L'art de donner d'une main ce que l'on reprend de l'autre...

Les établissements publics de santé ont l'habitude de devoir assumer le poids financier de décisions prises par les pouvoirs publics. Dans le nouvel environnement semi-concurrentiel créé par la T2A, ces décisions sont pour le moins malvenues. Le cas de la hausse du point d'indice fonction publique est à cet égard un exemple très intéressant. En effet, si personne ne remet en cause le principe d'un « dégel » de la rémunération des fonctionnaires, laquelle est bloquée depuis près de 6 ans, son impact financier est loin d'être négligeable. Dans le contexte de tension budgétaire que nous connaissons, et par rapport au secteur hospitalier privé qui est épargné par cette hausse, cette nouvelle est préoccupante.

La cour des comptes avait déjà estimé qu'une hausse de 1% de la valeur du point se traduirait par un coût de 1,85 milliard d'euros pour les trois fonctions publiques. De son côté, la fédération hospitalière de France a calculé que la hausse du point entraînerait une charge supplémentaire pour les établissements de 700 M€, soit 150 M€ en 2016 et 550 M€ en année pleine sur 2017, qui s'ajoutent aux effets financiers déjà engagés du protocole PPCR.

Mais lorsque des grandeurs aussi importantes sont annoncées, les chiffres tendent à devenir abstraits. Essayons donc de nous placer à un niveau plus modeste : celui d'un établissement hospitalier type. Ainsi – et en prenant en compte seulement l'effectif non médical – les conséquences de la hausse de 0,6 % du point indiciaire en juillet prochain pour un établissement de 3000 agents (effectif moyen annuel en ETP rémunérés) sera de près de 400.000 € en masse salariale chargée pour l'année 2016. Il s'agit là uniquement de l'effet de masse : à cette somme déjà conséquente, il faudra ajouter l'effet de report sur 2017 qui alourdira la facture du même montant soit un effet en année pleine d'environ 800.000 €. Si l'on additionne l'effet de la hausse de février 2017, l'impact sera également de près de 800.000 € en année pleine soit une variation globale de la masse salariale d'environ 1,6 M€ entre 2016 et 2018, toutes choses égales par ailleurs ! Si l'on applique la même méthodologie de calcul à l'AP-HP et ses 75.000 ETP non médicaux, l'impact de la mesure sera d'environ 9 M€ en 2016 et de près de 40 M€ pour les années 2016 à 2018 soit presque autant que l'économie attendue du fait de la modification du décompte du temps de travail... Et tout ça pour une augmentation rarement supérieure à 30 euros brut par mois sur la fiche de paye des agents.

Comme l'indique la fédération hospitalière de France, « si un dispositif de compensation de cet impact n'était pas rapidement déployé, c'est la soutenabilité des projets d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients et la capacité des établissements à atteindre les objectifs portés dans le cadre du Plan triennal qui seraient significativement fragilisés. »

On ne saurait mieux dire...

Jérôme LARTIGAU

Maître de conférences en sciences de gestion  
Conservatoire National des Arts et Métiers  
Ancien directeur d'hôpital

## SOMMAIRE

### RECETTES & FACTURATION

Liste en sus des médicaments  
Parution du décret relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques facturables en sus des GHS ..... page 2

### FIDES ACE

Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation ..... page 5

### ACHATS & MARCHÉS PUBLICS

Nouveau code des marchés  
Décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics : Les points clefs à retenir pour les EPS et les ESPIC ..... page 12

### Concessions

Impossibilité depuis le 1er avril 2016 pour un EPS ou un ESPIC de recourir à une centrale d'achat pour passer une concession de service ..... page 15

### GESTION FINANCIÈRE

#### Trésorerie

Les délais de paiement en 2015 . page 16

#### Financement

Les billets de trésorerie : un financement à taux négatifs pour l'AP-HP ..... page 19

### COMPTABILITÉ & AUDIT

#### Fiscalité

Mise à disposition de personnels entre établissements de santé : suppression de la tolérance administrative en matière de TVA ..... page 21

### JURIDIQUE

#### Recouvrement

Le recouvrement des frais d'hospitalisation et l'émission du titre exécutoire . page 25

### PARUTIONS - AGENDA

..... page 28

# Parution du décret relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques facturables en sus des GHS

**La publication du décret sur les procédures d'inscription et de radiation de produits pharmaceutiques de la liste en sus permet de préciser la doctrine de l'administration. Un communiqué du Ministère en charge de la santé (assorti d'une foire aux questions) complète cette publication qui avait suscité beaucoup de craintes.**

Roland CASH

(1) En cas de radiation, le produit est alors « réintégré » dans les GHS, dont les tarifs sont alors en principe réévalués au prorata du nombre de séjours concernés par la prescription du produit

### Le contexte

Depuis le début de la T2A, les médicaments particulièrement coûteux et innovants sont inscrits sur une liste de produits que les établissements ont la possibilité de facturer en sus des GHS, à l'euro l'euro, sous réserve de remplir certaines conditions inscrites dans le contrat de bon usage conclu avec l'ARS.

Les procédures et conditions d'inscription et de radiation de cette liste<sup>1</sup> ont été fixées par le Conseil de l'hospitalisation (commission comprenant principalement des administrations de l'État et l'Assurance Maladie), qui avait en charge cette responsabilité. Ces procédures faisaient l'objet de décisions de ce Conseil, par référence à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, sans qu'il ait paru nécessaire jusqu'à présent de placer ces procédures à un niveau réglementaire.

Or, « à la suite d'un contentieux lancé par certains laboratoires pharmaceutiques, le Conseil d'État a imposé au gouvernement de définir dans un décret les règles selon lesquelles les médicaments bénéficient ou non de ce financement, ce qui instaure un système plus encadré », ceci afin de répondre aux exigences de la directive européenne dite de « transparence ».

C'est maintenant chose faite avec ce décret du 24 mars 2016.

### Les objectifs

« Ce décret décrit la procédure d'inscription, de refus d'inscription et de radiation de la liste, dite « liste en sus », des médicaments facturés en plus des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité, ainsi que les critères d'inscription des spécialités sur cette liste. »

En pratique, le texte reprend les critères de la dernière recommandation du Conseil de l'hospitalisation sur le sujet, en date du 20 février 2015, en ajoutant les précisions sur le circuit global de la procédure d'inscription qui avaient été déjà publiées dans un décret du 20 avril 2015.

En particulier, le principe d'un dossier remis par l'industriel au ministère en charge de la santé pour solliciter une inscription sur la liste avait été à cette occasion officialisé (alors que cela était auparavant non formalisé). Il est aussi rappelé que le délai de réaction du ministère (i.e. publication au Journal Officiel ou refus d'inscription) ne doit pas excéder 180 jours. Des possibilités de recours en cas de non inscription ou de radiation sont aussi évoquées.

## Les critères de gestion de la liste

Sont associés les critères suivants :

- L'usage attendu du médicament : il faut que le produit ait un usage majoritairement hospitalier ;
- Le niveau de SMR (service médical rendu) dans la ou les indications considérées : il faut que celui-ci soit majeur ou important ;
- Le niveau d'ASMR (amélioration du service médical rendu) dans la ou les indications considérées : il faut qu'il soit majeur, important ou modéré (i.e. niveau I, II ou III) ; donc en principe, il ne devrait pas y avoir d'inscription en cas d'ASMR IV ou V, mais deux situations dérogent à cette règle :
  - Il peut être mineur (IV) si l'indication considérée présente un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur pertinent ;
  - Il peut être mineur (IV) ou absent (V) lorsque les comparateurs pertinents sont déjà inscrits sur la liste (selon le principe d'égalité de traitement entre produits comparables).
- L'estimation du coût de traitement moyen par séjour de la spécialité dans l'indication considérée : il faut que le rapport entre ce coût et les tarifs de la majorité des GHS concernés soit supérieur à 30%.

Par ailleurs, sont inscrits les génériques, biosimilaires, nouvelles présentations ou nouveaux dosages, dès lors que le produit princeps est déjà inscrit sur la liste en sus.

A l'inverse, il peut être procédé à des radiations de la liste en sus si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, mais deux situations complémentaires sont évoquées :

- Le cas où, pour chacun des GHS qui, en cumul, représentent 80% des prescriptions du produit dans l'indication considérée, le produit est prescrit dans au moins 80% des séjours (dans un tel cas, le produit peut en effet être aisément réintégré dans les GHS avec revalorisation de ceux-ci) ;
- « *La ou les indications de la spécialité pharmaceutique entraînent des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.* »

On notera la nouveauté et la relative imprécision de ce dernier alinéa.

## Les conséquences

A court terme, il ne devrait pas y avoir de conséquences liées à cette publication, et le communiqué du Ministère est d'ailleurs très prudent sur ce point, dans la mesure où les critères indiqués étaient déjà en application avant ce décret : celui-ci « *ne crée aucune restriction sur la possibilité pour les médicaments en question de bénéficier de ce financement. Il n'a pas vocation, par exemple, à sortir de la liste des médicaments qui y auraient été inscrits précédemment.* »

Toutefois, le fait d'inscrire à un niveau réglementaire le fait que l'ASMR est un des critères de l'inscription peut dans l'avenir s'avérer contraignant. Il est d'ailleurs symptomatique que ce décret croit bon de rappeler la définition de l'ASMR et le fait que c'est la commission de transparence de la HAS qui établit l'évaluation nécessaire pour apprécier le SMR et l'ASMR.

La crainte, maintes fois exprimée par les professionnels, notamment les professionnels de l'oncologie, est que soient radiés de la liste des produits utiles pour les patients (même s'ils sont cotés en ASMR IV ou V), ce qui à leurs yeux serait équivalent à un déremboursement.

Il faut cependant rappeler que le principe de la radiation de produits de la liste en sus est appliqué depuis des années, et qu'il ne s'agit pas d'un véritable déremboursement. Comme le rappelle le communiqué du Ministère, le décret « porte sur les règles de remboursement aux hôpitaux (et non aux patients) des médicaments qu'ils administrent aux patients ». De fait, le patient ne subit pas de déremboursement et n'aura pas à payer davantage ; au pire, c'est l'établissement qui constate un écart entre les recettes et les charges en sa défaveur pour ce séjour précis : « Ainsi les établissements peuvent-ils toujours les prescrire mais plus les facturer en sus. Ils sont encouragés, pour un bénéfice clinique identique, à utiliser les molécules les moins coûteuses, et les laboratoires à abaisser les prix de vente des molécules qui ne sont plus considérées comme innovantes. »

Dans la foire aux questions mise en ligne par le Ministère, une précision importante est donnée vis-à-vis du calendrier des radiations par indication<sup>2</sup> : des avis de la commission de transparence sont attendus en avril et en juillet 2016 sur la question de la réévaluation des indications au regard des évolutions des stratégies thérapeutiques.

Une autre conséquence pratique est que ce n'est plus le Conseil de l'hospitalisation qui est en charge de cette procédure, mais pour les établissements, cela ne change rien.

(2) Les produits étant inscrits sur la liste en sus par indication et non a priori pour toutes leurs indications, comme c'était le cas avant la LFSS 2014



PARIS  
HEALTHCARE  
WEEK

CONSTRUIRE • EQUIPER  
ACCUEILLIR • MANAGER

**24 > 26 MAI 2016**

PARIS - PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 1

Commandez

vos badges visiteurs gratuits sur

[parishealthcareweek.com](http://parishealthcareweek.com)



## FIDES ACE

## Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation

**Cet article a pour objectif de mettre en exergue la valeur ajoutée du contrôle interne dans la maîtrise et l'amélioration continue des processus de facturation notamment dans le cadre des enjeux du passage à FIDES ACE. Après quelques généralités concernant les enjeux de performance liés au passage à FIDES ACE et la valeur ajoutée du contrôle interne, nous illustrerons quelques points de contrôle mis en place au sein du CHRU de Nancy avant d'explicitier les modalités de pilotage déployés au sein de la direction de la facturation du CHRU de Nancy.**

### Les enjeux de performance de FIDES

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2004 et avant le passage à la facturation individuelle des établissements de santé sur les actes et consultations externes (FIDES ACE), les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif percevaient le produit de leur activité via des acomptes versés par l'Assurance Maladie. Chaque établissement de santé effectuait alors une déclaration d'activité mensuelle et anonymisée via la plateforme e-PMSI. Ces déclarations, envoyées chaque mois sous forme de fichier RSF, pouvaient être rectifiées les mois suivants jusqu'à clôture de l'exercice. Avec le passage à FIDES, chaque acte réalisé sur un patient dans le cadre d'une prise en charge en externe est facturé directement à l'Assurance Maladie « au fil de l'eau » et les modifications ne peuvent plus s'effectuer aussi simplement.

Ce contexte oblige les établissements de santé à revoir leur processus de facturation afin de s'assurer de la qualité des dossiers à facturer tout en répondant aux enjeux de production ayant un impact notamment sur le niveau de trésorerie. Ces nouvelles exigences induisent ainsi de nécessaires adaptations des organisations, une formation en continue des équipes pour une amélioration de la fiabilité des données de facturation. En FIDES ACE, toute facture présentant une anomalie est rejetée et non payée par l'Assurance maladie, obligeant les établissements à refacturer (coût de la non qualité) tout en détériorant la trésorerie de l'établissement. Assurer un contrôle efficace des données sur l'ensemble des étapes de la chaîne de facturation devient donc nécessaire et permet de limiter les rejets de facturation tout en identifiant les actions d'amélioration. En ce sens, la mise en place d'un contrôle interne efficace permet de cibler les points critiques sur l'ensemble des activités du processus.

### Le contrôle interne : un outil créateur de valeur

Depuis 2011, les ministères chargés de l'économie et des finances, du budget et de la santé par l'intermédiaire des ARS et des directions régionales et départementales des finances publiques ont engagé une démarche globale d'amélioration continue de la qualité des processus comptables. Cette démarche associée à la certification des comptes des établissements publics de santé, dont la phase finale réside dans la mise en place d'un dispositif de contrôle interne, a pour objectif de consolider la performance des processus de gestion interne des établissements de santé. Elle est en ce sens complémentaire des projets de performance pilotés par la DGOS au travers de divers programmes comme SIMPHONIE et PHARE.

Vincent GERVAISE

**Directeur de la facturation  
au CHRU de Nancy  
Avec la collaboration de son  
encadrement et les conseils  
de Mmes SCHREINER  
et SAMMOUR**

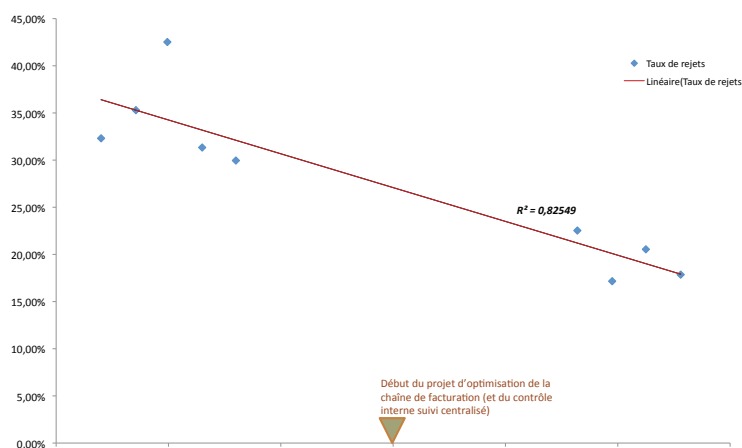
Ces obligations réglementaires ont rendu indispensable la mise en place d'un contrôle interne performant c'est-à-dire permettant la maîtrise et le pilotage des activités. En ce sens, les points de contrôle doivent donner une vue précise sur la qualité des processus et leur niveau de maîtrise. Ils contribuent ainsi à la performance globale de l'organisation.

La démarche de contrôle interne engagée sur les processus de facturation au CHRU de Nancy a été pensée dans une perspective d'efficacité en analysant le rapport coût / valeur ajoutée du contrôle. Le ciblage préalable des risques opérationnels a été un facteur d'efficacité en impliquant fortement des opérationnels dans les travaux menés.

Ainsi, chaque point de contrôle du processus de facturation permet à ce jour à chaque niveau opérationnel (cadre et non cadres) de déceler les actions d'amélioration à engager pour se conformer aux enjeux de performance financière et de qualité.

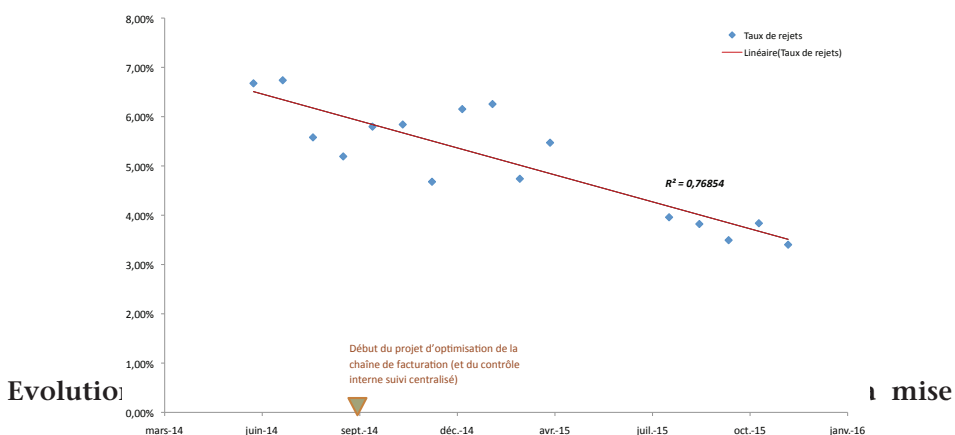
Au travers trois exemples, nous illustrerons la valeur ajoutée du contrôle interne sur les processus de facturation dans le cadre d'un passage à FIDES ACE qui a permis à l'établissement de diminuer d'un tiers ses taux de rejets sur les flux 1 € en un an et demi, d'afficher des taux de rejets en production FIDES inférieurs à 4 %, de diminuer notablement les restes à recouvrer tout en gagnant en efficacité (10 % d'économie sur les effectifs en ETP).

## Evolution du taux de rejets 1€

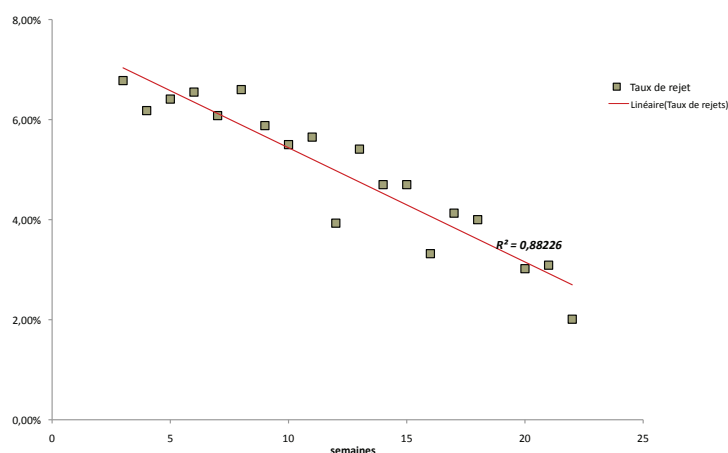


A noter qu'en 2015, les données s'expliquent réciproquement par l'absence d'envoi des données par la CPAM pour des raisons techniques et par le passage en test FIDES ACE au dernier semestre 2015.

## Evolution du taux de rejets B2



## en production



### Mise en place d'un contrôle embarqué depuis le logiciel d'admission

L'objectif de contrôler la facturabilité d'un dossier à la source dès l'admission a été défini comme prioritaire afin d'améliorer la qualité des dossiers et donc limiter les taux de rejets de facture. Un travail a été mené en ce sens avec notre éditeur de logiciel et les équipes des bureaux des admissions afin de mettre en place pour les agents des listes de travail sur le logiciel de gestion administrative (GAM) recensant pour chacun d'entre eux l'ensemble des dossiers qui ne sont pas facturables suite à des anomalies détectées lors de la création du dossier administratif associé à la venue d'un patient en soins externes.

L'outil, mis à jour toutes les heures, permet de lister les dossiers et d'accéder directement à la synthèse du dossier administratif sans avoir à ressaisir le numéro du dossier pour le dossier. Cette gestion en ligne présente un gain de temps pour les agents et évite également l'édition papier de listes de travail similaires.

Ces listes de travail embarquées dans la GAM permettent de responsabiliser et d'attirer l'attention des admissiionnistes sur leurs anomalies de création :

- incompatibilités entre les données saisies dans GAM et les données de la carte vitale : soit la carte vitale n'est pas conforme à la consultation des droits des patients (CDR) auquel cas la carte vitale doit être supprimée via une procédure de déstockage, soit les données saisies dans GAM sont effectivement non conformes à la lecture CDR et aux données de la carte vitale et méritent d'être corrigées
- absence de contrat avec une mutuelle
- date de fin de droits ou de prise en charge dépassée au niveau de la sécurité sociale ou de la mutuelle
- parcours de soins saisis de façon incorrecte.

Au-delà d'une gestion individuelle des anomalies de création, l'outil permet également aux cadres de proximité des admissions d'avoir un suivi global des dossiers non facturables, et ce, de façon instantanée et ainsi de cibler les dossiers qui méritent une gestion spécifique par les spécialistes des soins externes.

## Un contrôle rigoureux avant facturation

---

Le CHRU de Nancy a fait le choix, au moment de la mise en place de la GAM, de contrôler les dossiers avant facturation pour les hospitalisations mais aussi pour les externes par le processus de pré-facturation (ceci n'est pas fait dans tous les établissements en particulier sur les dossiers externes). Lors d'un lancement d'une facturation des dossiers d'hospitalisation ou de soins externes, un état recense tous les dossiers susceptibles d'être facturés avec l'indication du nom et du montant facturé pour chacun des débiteurs. Ce listing est contrôlé suivant des modalités décrites dans une procédure dédiée listant les contrôles à réaliser par les gestionnaires en soins externes et hospitalisation :

### Contrôle sur les mutuelles

- saisie d'une mutuelle sans tiers payant;
- erreur sur la codification d'une mutuelle.

### Contrôle sur les patients

- Vérification du bienfondé d'une facturation à 100;
- Vérification du bienfondé d'une facturation d'un ticket modérateur supérieur à 200 euro.

### Contrôle de cohérence entre les débiteurs du Régime obligatoire et du régime complémentaire au niveau du Régime local ou de la CMUC complémentaire

Ce contrôle avant facturation a permis de réduire sensiblement les réclamations de patients ou de mutuelles ainsi que le nombre de rejets en télétransmission sur des erreurs évitables (cf. graphique x, y, sur taux de rejet).

## Un contrôle qualité renforcé sur la gestion des restes à recouvrer (RAR)

---

Le contrôle des RAR est réalisé à partir d'un fichier issu d'Hélios, l'application informatique de la DGFIP, mis à jour tous les 2 mois par le Trésor Public. Ce fichier présente à une date précise un récapitulatif des titres qui ont été émis par le CHRU et qui ne sont pas réglés par les débiteurs à cette date. Ce fichier est retraité et permet de distinguer les RAR selon différents critères (USLD, Budget H, personnes morales, mutuelles, etc.).

Suivant la nature du débiteur, le traitement des RAR est différent. Ainsi, pour les RAR mutuelles, un processus de contrôle et de gestion a été clairement identifié :

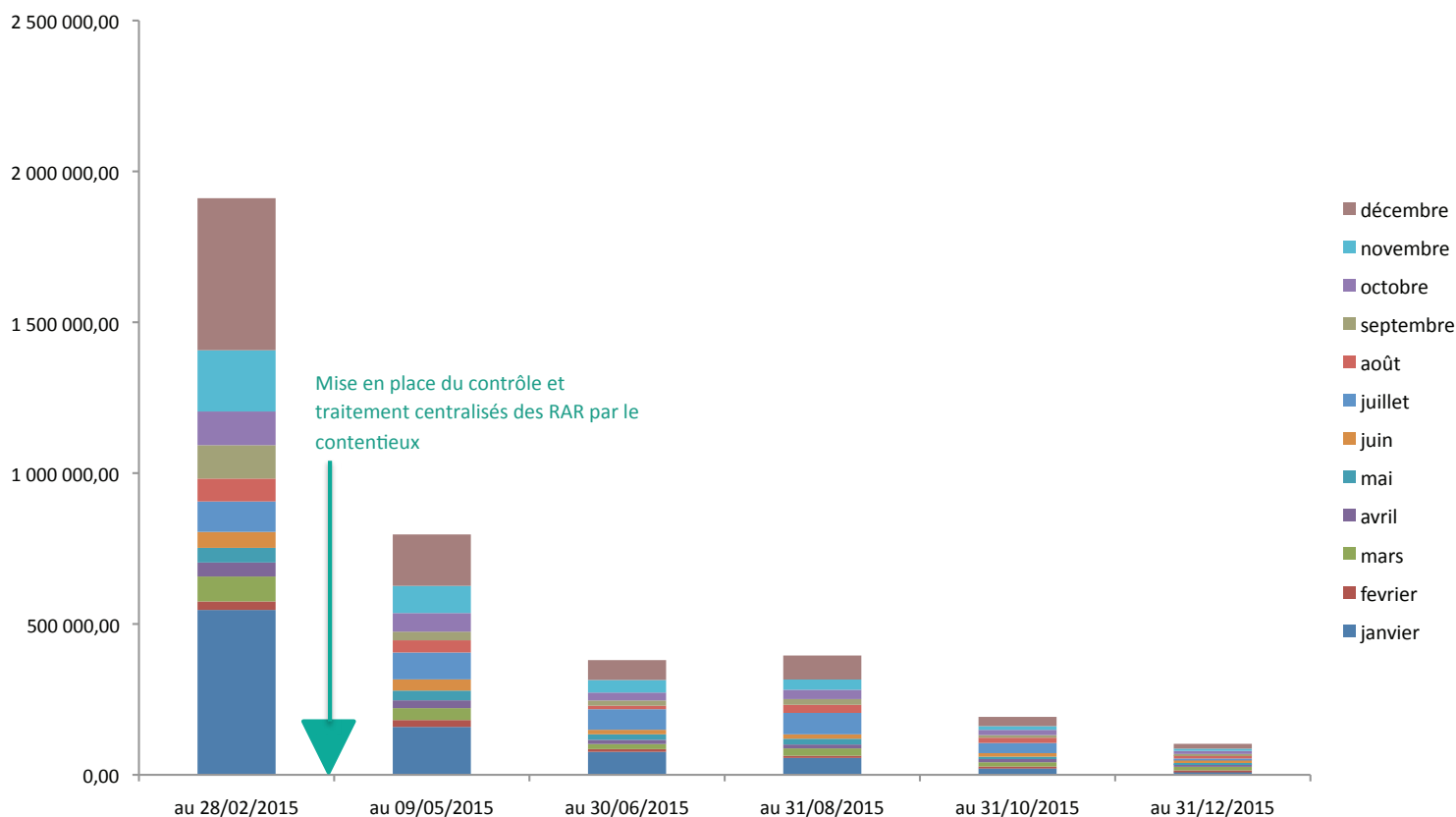
1. à partir du fichier RAR, le service contentieux centralisé sélectionne les titres non soldés dont la date d'édition est supérieure à 2 mois
2. le service contentieux analyse le bienfondé de la facture émise
3. si le bien fondé du titre est établi, un courrier est envoyé par la direction de la facturation du CHRU de Nancy à la mutuelle comprenant les titres à charge du débiteur ainsi que les pièces justificatives avec information faite au Trésor Public



4. si le règlement n'est pas obtenu, la direction de la facturation et le Trésor Public étudient la possibilité de mettre en place une procédure d'opposition à tiers détenteur (OTD) pour obtenir le règlement.

Ce contrôle renforcé et centralisé des RAR mis en place en avril 2015 a permis de réduire notablement les RAR de l'établissement sur l'exercice précédent, tant sur les mutuelles que sur les CPAM.

## Evolution des RAR sur mutuelles des mois 2014 réalisés en 2015

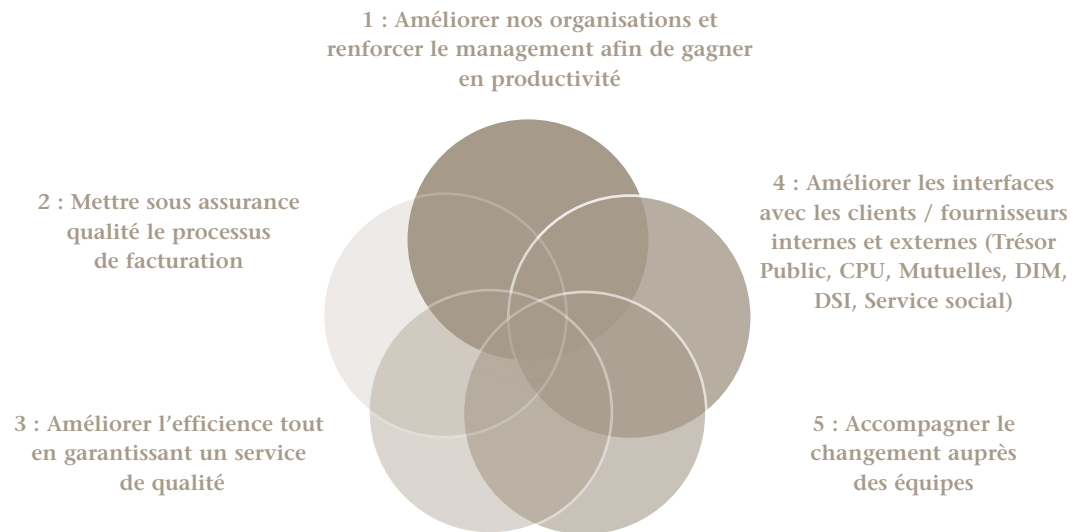


## Conclusion : un contrôle interne performant nécessite une organisation spécifique et une démarche qualité globale

Les exemples précédents démontrent que la valeur ajoutée du contrôle interne réside dans le traitement qui sera fait de l'information recueillie. Toute information pertinente et fiable non suivie d'actions n'aura aucune valeur ajoutée et peut être même destructrice de valeur (le contrôle ayant un coût). La création de valeur est donc dépendante de l'organisation qui sera mise en place pour porter le contrôle interne et en faire un outil d'amélioration de la performance globale de l'organisation.

Au sein de la direction de la facturation du CHRU de Nancy, la mise en place du contrôle interne des processus de facturation a été intégrée dans une démarche globale de mise en place d'un système de management de la qualité. Depuis novembre 2014, c'est l'ensemble des services de la direction de la facturation qui a été repensé dans une perspective d'amélioration globale de la performance de la chaîne de facturation (voir les axes du projet de performance).

Focus sur les 5 axes du projet d'optimisation de la chaîne de facturation



**AXE 1 : Améliorer nos organisations et renforcer le management afin de gagner en productivité en**

- Centraliser le traitement des rejets de facturation et des RAR au sein d'un même service : gestion de la non qualité
- Renforçant le service qualité facturation de deux nouveaux métier : un chargé de mission qualité et formation et un chargé de mission technique
- Favorisant les échanges de pratiques entre admissions, gestion et facturation : des équipes communes
- Renforçant le management, en véhiculant les bonnes pratiques et en mettant à disposition des outils de pilotages de l'activité

**AXE 2 : Mettre sous assurance qualité le processus de facturation en :**

- Mettant en place des tableaux de bord de pilotage à tous les niveaux de l'encadrement et en transmettant l'information aux équipes
- Définissant un planning annuel du fonctionnement de la chaîne de facturation
- Améliorant la gestion documentaire et en adaptant les outils aux usages
- Formant les agents en continue
- Renforçant le système qualité sur les admissions décentralisées (contrôle, formation)

**AXE 3 : Améliorer l'efficacité tout en garantissant un service de qualité en :**

- Dématérialisant le dossier administratif dès l'admission
- Adaptant le fonctionnement des bureaux des admissions pour mieux gérer les pics d'activité

- Offrant aux usagers la possibilité de payer en ligne leur facture
- Améliorer les délais d'attente au sein des bureaux des admissions : optimisation du parcours patient

AXE 4 : Améliorer les interfaces avec les clients / fournisseurs internes et externes (Trésor Public, CPU, Mutuelles, DIM, DSI, Service social) en:

- établissant une véritable gouvernance (GCL, groupes techniques thématiques)
- planifiant les travaux
- partageant les mêmes outils.

AXE 5 : Accompagner le changement auprès des équipes en :

- Ayant une véritable politique de gestion prévisionnelle des compétences définie avec la DRH
- Formant en continue les agents sur site
- Construisant le projet avec les agents
- Multipliant les relais sur le terrain : suppléant aux cadres de proximité, des référents / experts par bureau des admissions
- Développant une communication efficace et valorisante pour les agents

Ainsi un secteur qualité renforcé a vu le jour rassemblant l'ensemble des compétences nécessaires à l'amélioration continue de la qualité du processus de facturation. Ce secteur intègre des services comme le contentieux qui a en charge le suivi de la non qualité de la chaîne de facturation (traitement des rejets et RAR) mais également de nouveaux métiers comme celui de chargé de mission qualité – formation. C'est à ce nouveau métier que revient la charge de s'assurer du déploiement du plan de contrôle interne (et de la mise en place d'actions correctives et préventives), d'accompagner les services de la direction de la facturation à la mise sous assurance qualité du processus de facturation et de former les agents aux bonnes pratiques.

L'efficacité de cette démarche tient naturellement à l'engagement et dynamisme dont ont fait preuve les agents de la direction de la facturation mais également à la qualité des travaux conduits d'une part avec les équipes de la trésorerie de l'établissement et de la DDFIP et d'autre part les interlocuteurs de la CPAM, réunis régulièrement au sein du groupe de coordination locale (GCL) qui perdure depuis la mise en production FIDES ACE. Ce sont aussi ces modalités de gouvernance qui nous ont permis aussi d'atteindre nos objectifs et d'améliorer au jour le jour la qualité de notre facturation.

# Décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics : Les points clefs à retenir pour les EPS et les ESPIC

**L'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics a été complétée par le décret n°2016-360 du 25 mars 2016. Ces textes sont applicables à tous les marchés publics hospitaliers dont la procédure de passation a été lancée postérieurement au 31 mars.**

Dominique LEGOUGE  
RESAH

### **Un alignement quasi total de la réglementation applicable aux établissements publics de santé (EPS) et aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)**

Les règles applicables au secteur hospitalier public et privé non lucratif sont désormais strictement identiques à l'exception des éléments suivants :

#### *- S'agissant des règles de procédures*

- Absence d'obligation pour les ESPIC de publication au BOAMP des avis de marché et des avis d'attribution relatifs aux procédures formalisées (une publication au JOUE est suffisante). Cette dispense de publication au BOAMP (articles 33 et 104 du décret) permet aux ESPIC de réaliser des économies significatives en matière de frais de publicité par rapport aux EPS.
- Absence d'obligation pour les ESPIC de publier sur un profil acheteur les documents relatifs aux marchés d'un montant compris entre 90 000 euros HT et 209 000 euros HT (fournitures et services) ou 5 225 000 euros HT (travaux). Cette spécificité, par rapport au régime de mise à disposition des documents de consultation applicable aux EPS, disparaîtra cependant à partir du 1er octobre 2018 (article 39 du décret).
- Absence d'obligation pour les ESPIC d'accepter les candidatures et les offres par voie électronique dans toutes les procédures de marché. Cette spécificité disparaîtra aussi, comme la précédente, à partir du 1er octobre 2018.

#### *- S'agissant des règles contractuelles*

Les marchés publics passés par les ESPIC ayant le caractère de contrat de droit privé, ne sont pas soumis à certaines règles applicables aux marchés passés par les EPS, qui eux ont toujours un caractère administratif. Les ESPIC sont donc logiquement exonérés des règles suivantes : actualisation et révision des prix (article 18 du décret), avances, acomptes et régime des paiements (articles 110 à 131).

*A noter :* Dans l'arrêt n°549 du 17 février 2016, la chambre criminelle de la cour de cassation a rappelé que le délit de favoritisme régi par l'article 432-14 du Code pénal s'appliquait à l'ensemble des marchés publics et non seulement aux marchés régis par le code des marchés publics. Le risque de sanction pénale applicable en cas d'infraction aux règles de passation des marchés publics est donc exactement le même pour les EPS et les ESPIC.

## **La possibilité de recourir à un marché négocié sans publicité et sans mise en concurrence pour tous les marchés répondant à un besoin dont la valeur estimée est inférieure à 25 000 euros HT**

L'article 30-8° du décret prévoit cependant que l'acheteur doit, s'il décide de recourir à cette procédure, veiller à choisir une offre pertinente, à faire une bonne utilisation des deniers publics et à ne pas contracter systématiquement avec un même opérateur économique lorsqu'il existe une pluralité d'offres susceptibles de répondre à son besoin.

*A noter :* Le seuil de 25 000 euros HT pourra continuer à être apprécié par EPS lors de la mise en œuvre des GHT, ces dernières n'ayant pas la personnalité morale.

## **Un élargissement des cas de recours à la négociation ou au dialogue**

Les acheteurs hospitaliers peuvent désormais avoir recours à la négociation dans de très nombreuses situations d'achat en utilisant la nouvelle procédure concurrentielle avec négociation (article 25 du décret). Celle-ci peut notamment être utilisée dans tous les cas où le besoin ne peut être satisfait sans adapter une solution immédiatement disponible. Il en va de même pour ce qui concerne l'élargissement de la possibilité pour l'acheteur de recourir à la procédure de dialogue compétitif.

## **L'encadrement juridique du sourçage**

Le caractère régulier des discussions qu'ont les acheteurs avec les fournisseurs lors des études de marché qui précèdent le lancement des procédures de mise en concurrence est reconnu (article 4 du décret). Ceux-ci doivent cependant s'assurer que le déroulement de ces discussions n'ait pas pour effet de fausser la mise en concurrence et n'entraînent pas une violation des principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures. Il leur est notamment demandé dans les procédures formalisées, lors de la rédaction du rapport de présentation, de décrire les mesures qui ont été prises pour s'assurer que la concurrence n'a pas été faussée par les échanges préalables qu'ils ont eus avec les fournisseurs (article 105 du décret).

## **Une réduction de la liste des prestations de service pouvant relever, quel que soit le montant des achats à réaliser, de la mise en œuvre d'une procédure adaptée**

La liste des marchés publics de services, publiée au Journal officiel de la République française du 27 mars 2016, en vertu de l'article 28 du décret précité a réduit la possibilité pour les EPS et ESPIC d'être dispensé de recourir à une procédure formalisée pour l'achat de certains services spécifiques. Continuent cependant à relever d'une procédure adaptée quel que soit le montant des achats à réaliser : les prestations de formation et les prestations de mise à disposition de personnel infirmier ou médical (intérim).

## **L'élargissement du lien pouvant exister entre l'objet du marché et les critères de choix**

Le décret (article 62 et 63) valide la possibilité de prendre en compte des considérations d'ordre environnemental ou social. Il introduit aussi les externalités environnementales (ex : émissions de gaz à effet de serre) comme élément pouvant être intégré lors du calcul du coût global d'une offre. Il ajoute, par ailleurs, de nouveaux exemples de critères de choix pouvant être utilisés par un acheteur : apprentissage, diversité, conditions de production et de commercialisation, garantie de rémunération équitable des producteurs, biodiversité, bien-être animal, l'interopérabilité, etc.

## **L'obligation de motiver dans le dossier de consultation les raisons d'un non allotissement dans toutes les procédures non formalisées**

L'acheteur qui décide de ne pas allotir un marché répondant à un besoin dont la valeur est inférieure aux seuils de procédure formalisée doit motiver son choix dans les documents de la consultation (article 12 du décret). Il peut retarder l'expression de cette motivation au moment de la rédaction du rapport de présentation du marché pour les procédures formalisées.

## **La possibilité de régulariser les offres irrégulières**

Une offre est irrégulière lorsqu'elle ne respecte pas les exigences formulées dans les documents de la consultation, notamment parce qu'elle est incomplète ou parce qu'elle méconnaît la réglementation applicable en matière sociale ou environnementale. Il est désormais possible (article 59 du décret) pour les acheteurs d'autoriser tous les soumissionnaires concernés à régulariser les offres irrégulières dans les procédures d'appels d'offres et les procédures adaptées sans négociation à condition cependant qu'elles ne soient pas anormalement basses. Il en va de même pour ce qui concerne les offres finales remise dans le cadre d'une procédure concurrentielle avec négociation ou d'un dialogue compétitif.

## **La réduction du délai minimal de réception des plis en appel d'offres ouvert**

Le délai de réception des candidatures et des offres est désormais fixé à 35 jours et non plus 52 jours à compter de la date de l'envoi de l'avis de marché (article 67 du décret).

## **La possibilité d'examiner les offres avant les candidatures dans les procédures d'appel d'offres ouverts**

Les acheteurs peuvent désormais décider dans les procédures d'appel d'offres ouverts d'examiner les offres avant les candidatures (article 68 du décret). Cela leur permet notamment de limiter l'analyse des candidatures à celle du soumissionnaire dont l'offre apparaît comme économiquement la plus avantageuse.

## **La possibilité de rendre obligatoire la présentation de variantes**

Les acheteurs ont désormais la possibilité d'exiger des candidats la présentation de variantes dès lors qu'ils mentionnent dans les documents de la consultation les exigences minimales que celles-ci doivent respecter (article 58 du décret). Il s'agit d'une nouvelle règle dont l'intérêt pratique paraît très limité dans la mesure où il est préférable dans la plupart des cas de laisser l'initiative aux candidats de présenter ou non des variantes.

## **Le remplacement des marchés à bons de commandes par l'accord-cadre exécuté par l'émission de bons de commandes**

Le terme de marché à bons de commandes est supprimé pour être remplacé par celui d'accord-cadre exécuté par l'émission de bons de commandes. Ce dernier se distingue de l'accord-cadre exécuté par la conclusion de marchés subséquents par le fait qu'il fixe toutes les stipulations contractuelles. A noter, le fait qu'un accord-cadre peut être exécuté en partie par la conclusion de marchés subséquents et en partie par l'exécution de bons de commandes.

## **La dématérialisation obligatoire des procédures de marché à compter du 1er octobre 2018**

A compter du 1er octobre 2018 (1er avril 2017 pour les centrales d'achat comme celles du RESAH, de l'UGAP et d'UNIHA par exemple), tous les EPS et ESPIC devront:

- Mettre en ligne sur un profil acheteur, les documents de la consultation, quelle que soit la procédure (article 39 du décret).

- Rendre obligatoire la remise sous forme électronique des candidatures et des offres dans toutes les procédures (article 41 du décret).

*A noter :* Il est possible d'imposer aux candidats pour les procédures de passation de marché lancées depuis le 1er avril de présenter leur offre sous la forme d'un catalogue électronique devant être conforme aux spécifications techniques et au format défini par l'acheteur (article 86 du décret).

## **Une définition précise des conditions de recours aux avenants**

Le décret (article 139) définit les conditions de recours aux avenants en élargissant les règles définies par la jurisprudence. Il institue, notamment, une franchise à l'intérieur de laquelle l'acheteur peut librement recourir à un avenant pour modifier un marché. Les modifications inférieures aux seuils de procédures formalisées (209 000 euros HT pour les fournitures et services et 5 225 000 euros HT pour les travaux) et à 10% du montant du marché initial pour les fournitures et services (15% pour les marchés de travaux) sont ainsi désormais réputées régulières.

*A noter :* Ces dispositions relatives aux avenants ne sont applicables qu'aux marchés dont la procédure de passation a été lancée à partir du 1er avril.

## CONCESSIONS

# Impossibilité depuis le 1er avril 2016 pour un EPS ou un ESPIC de recourir à une centrale d'achat pour passer une concession de service

**Les EPS et ESPIC qui souhaitent passer une concession de service ou d'ouvrage ne peuvent pas bénéficier d'une exonération de mise en concurrence en passant par une centrale d'achat.**

L'ordonnance du 29 janvier 2016 réglementant les concessions, qui est entrée en vigueur depuis le 1er avril 2016, ne prévoit pas la possibilité, comme c'est le cas en matière de marché, de recourir au mécanisme de la centrale d'achat public pour passer un contrat de concession. L'ordonnance ne rend possible qu'un recours à la formule du groupement d'autorités concédantes (équivalent du groupement de commandes) pour mutualiser la commande publique en matière de concession (article 26).

Sont, par exemple, concernées par cette impossibilité de recourir depuis le 1er avril 2016 au mécanisme de la centrale d'achat : les concessions relatives à la mise à disposition de téléviseurs et de prestations de téléphonie, les conciergeries d'hôpital, les kiosques et cafétérias.

*A noter :* une concession de service se distingue d'un marché de service par le fait que l'essentiel du risque financier d'exploitation est laissé à la charge de l'entreprise concessionnaire. Un contrat prévoyant une rémunération du fournisseur par l'hôpital est une concession de service

---

Dominique LEGOUGE  
RESAH

## Les délais de paiement en 2015

**Un tiers des entreprises françaises sont concernées par des retards de paiement. Selon le rapport annuel de l'Observatoire des délais de paiement<sup>(1)</sup> remis le 7 mars 2016, ces pratiques représentent une perte de trésorerie de 12 milliards d'euros<sup>(2)</sup>. Si l'Etat a fait de nets progrès pour réduire ses délais de paiement, on ne peut pas en dire autant des hôpitaux et du secteur public local<sup>(3)</sup>.**

Jean-Bernard MATTRET

### Les délais de paiement excessifs entre entreprises

Paul Fabra estimait que « *la régularité des paiements est l'une des conditions les plus importantes pour la bonne marche des affaires. Pendant longtemps, ce fut l'une des forces de l'économie allemande, où régnait la plus naturelle et la plus stricte des disciplines : celle du règlement comptant. Un critère d'excellence trop simple pour venir spontanément à l'idée des technocrates! Encore aujourd'hui, les délais de paiement sont nettement plus courts et mieux respectés en Allemagne et aux Etats-Unis qu'en France. A l'intérieur de chaque pays, la situation peut à cet égard varier d'une profession à l'autre. D'une façon générale et pour des raisons évidentes, toute dégradation du climat des affaires se fait d'abord sentir de ce côté-là...* »<sup>(4)</sup>.

(2) [www.lesechos.fr](http://www.lesechos.fr)

(3) [www.lesechos.fr](http://www.lesechos.fr)

(1) Rapport annuel 2015 de l'observatoire des délais de paiement – Les délais de paiement en France : point sur la période 2014 – 2015. Publié en février 2016, le texte du rapport, 76 pages, peut être consulté à l'adresse.

(4) Paul Fabra - Le capitalisme sans capital, prologue, p.17, *Les Echos éditions et Eyrolles*, novembre 2009.

(5) [www.lesechos.fr](http://www.lesechos.fr)

Selon le rapport susvisé, si les délais de paiement légaux entre clients et fournisseurs fixés à soixante jours par la loi de modernisation de l'économie de 2009 étaient respectés, la trésorerie qui serait libérée est estimée à 12 milliards d'euros. Ventilée par taille, cette différence représente des transferts de trésorerie importants entre catégories d'entreprises. Le transfert s'effectuerait en faveur des PME pour 16 milliards d'euros et des ETI pour 4 milliards, alors que les grandes entreprises, les sociétés financières et la sphère publique se verraient, elles, amputées de 8 milliards d'euros<sup>(5)</sup>. Ces données sont issues du rapport de l'Observatoire des délais de paiement.

Les 16 milliards (par an) sont à mettre en regard des 40 milliards d'euros du pacte de responsabilité qui s'étalent, eux, sur quatre années. Il s'agit bien d'une somme colossale, qui montre l'ampleur du manque à gagner en termes de trésorerie dont sont victimes les PME. Ces retards s'expliquent par le rapport de force qui joue en faveur des grandes entreprises clientes, dont un grand nombre ont d'ailleurs intégré le fait de payer avec retard leurs fournisseurs dans leur fonctionnement comptable. Plus d'une grande entreprise sur deux règle ses fournisseurs avec retard. Et les « grands retards » (supérieurs à deux mois) sont proportionnellement deux fois plus nombreux chez les grandes entreprises que chez les PME, révèle le rapport de l'Observatoire. « *Les comportements des grandes entreprises restent non satisfaisants. Il y a bien sûr des effets de rapport de force entre gros client et petits fournisseurs, mais c'est aussi le fait, dans certains cas, d'une mauvaise gestion de la chaîne de paiement* », estime Jeanne-Marie Prost, présidente de l'observatoire des délais de paiement.

Les retards ont été très longtemps tolérés, même si les délais ont singulièrement baissé ces sept dernières années. « *On revient de très loin, il faut s'en souvenir. Et la loi LME de 2008 a été suivie d'effets très positifs* », poursuit Jeanne-Marie Prost.

Pour autant, 32 % des entreprises ont toujours un délai moyen de paiement supérieur au délai légal de soixante jours, alors même que cette situation peut être délétère pour les entreprises victimes.



Le cabinet Altares, qui étudie les délais de paiement, estime que la probabilité de défaillance augmente de façon exponentielle à partir de trente jours de retard. Le risque de faire faillite pour une entreprise est multiplié par 6 à partir de trente jours de retard de paiement. La construction fait partie des secteurs d'activité les plus touchés par le phénomène. De même que les activités de soutien aux entreprises (conseil, avocats, experts-comptables...), souvent considérées comme secondaires.

Le ministère de l'Economie compte toutefois sur une amélioration de ces données grâce au renforcement des contrôles de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et au renforcement des sanctions contre les mauvais payeurs qui devrait être adopté dans la loi Sapin 2.

### Des délais de paiement contrastés dans le secteur public<sup>(6)</sup>

(6) [www.lesechos.fr](http://www.lesechos.fr)

La comparaison sera limitée à l'Etat et aux hôpitaux.

#### La situation de l'Etat

Le délai global de paiement (DGP) mesure le délai séparant la date de réception de la facture par les services de l'Etat de la date de sa mise en paiement par le comptable. Il englobe donc l'ensemble de la chaîne de la dépense publique : des délais d'ordonnancement aux délais d'intervention des comptables publics. Il s'agit de l'indicateur le plus pertinent et le plus explicite pour les créanciers de l'Etat.

Depuis 2006, l'Observatoire des délais de paiement note, concernant les services de l'Etat, que des efforts ont permis de réduire considérablement le délai global moyen de règlement aux fournisseurs : celui-ci est ainsi passé de 41 jours en 2006 à vingt jours en 2009. Si les chiffres se sont détériorés en 2010 et 2011, le délai a recommencé à fortement baisser à compter de l'année 2012 pour atteindre 18,3 jours à la fin 2014.

Le délai global de paiement pour l'Etat est de 30 jours - à comparer aux 60 jours qui prévalent pour les entreprises. Par ailleurs, le taux des dépenses payées en moins de 30 jours reste à un niveau très élevé de 85,3% au 31 décembre 2015. Cette bonne performance a été rendue possible par plusieurs facteurs, notamment la montée en compétences des services facturiers avec les gains d'efficacité qui en découlent. La dématérialisation des factures est aussi pour beaucoup dans la réduction des délais. Au 31 décembre 2015, le délai moyen de paiement de l'Etat est remonté légèrement à 19 jours, mais le ministère de l'Economie garde son objectif de passer au - dessous des 17 jours d'ici 2017.

#### La situation des hôpitaux

S'agissant du secteur public hospitalier, le délai global de paiement est, de manière dérogatoire, porté à 50 jours, un délai scindé en deux sous-ensembles : 35 jours attribués à l'ordonnateur (établissement public hospitalier) et 15 jours attribués au comptable public assignataire.

Les délais de paiement des établissements publics de santé (EPS), qui représentent près du quart des lignes de mandat entrant dans le calcul du DGP du secteur public local, s'allongent de trois jours en 2014 : entre 2013 et 2014, les délais passent de 39,8 à 43 jours. Pour l'année 2015, au 30 novembre, le DGP s'établit à 47,1 jours pour les grands établissements de santé et à 40,4 jours pour les autres établissements de santé. Ces délais sont conformes au plafond réglementaire. Une partie de ces accroissements de délais est à relier aux difficultés financières éprouvées par certains hôpitaux publics.

Le tableau qui figure ci-après récapitule le délai global de paiement dans le secteur public local :

**Tableau 1 : le délai global de paiement dans le secteur hospitalier (2014-2015)**

	Moyenne		Médiane		Dernier décile	
	31/12/2014 Sur 12 mois	30/11/2015 Sur 11 mois	31/12/2014 Sur 12 mois	30/11/2015 Sur 11 mois	31/12/2014 Sur 12 mois	30/11/2015 Sur 11 mois
Délai légal : 50 jours						
Grands établissements publics de santé*	45,6	47,1	41,5	42,3	59,1	64,0
Autres établissements publics de santé**	38,8	40,4	30,0	30,4	52,6	55,7

*Note : Les données présentées sont issues de l'infocentre Delphes, adossé à l'application comptable Hélios de la DGFIP.*

*Les données 2014 sont définitives. Les données 2015 sont provisoires (situation au 30 novembre 2015).*

*\* Désigne les établissements publics de santé dont les recettes d'exploitation sont supérieures à 70 millions d'euros.*

*\*\* Désigne les établissements publics de santé dont les recettes d'exploitation sont inférieures à 70 millions d'euros.*

*Source : Infocentre DGFIP Delphes, novembre 2015.*

Le tableau qui figure ci-après récapitule le délai moyen de paiement par les comptables dans le secteur public local apparaît ci-dessous :

**Tableau 2 : le délai de paiement du comptable public**

	Moyenne		Médiane		Dernier décile	
	31/12/2014 Sur 12 mois	30/11/2015 Sur 11 mois	31/12/2014 Sur 12 mois	30/11/2015 Sur 11 mois	31/12/2014 Sur 12 mois	30/11/2015 Sur 11 mois
Délai légal : 15 jours						
Grands établissements publics de santé*	10,9	11,7	8,2	7,8	16,7	16,6
Autres établissements publics de santé**	8,2	7,7	4,7	4,8	11,4	11,7

*Note : Les données présentées sont issues de l'infocentre Delphes, adossé à l'application comptable Hélios de la DGFIP.*

*Les données 2014 sont définitives. Les données 2015 sont provisoires (situation au 30 novembre 2015).*

*\* Désigne les établissements publics de santé dont les recettes d'exploitation sont supérieures à 70 millions d'euros.*

*\*\* Désigne les établissements publics de santé dont les recettes d'exploitation sont inférieures à 70 millions d'euros.*

*Source : Infocentre DGFIP Delphes, novembre 2015.*

## Les voies d'amélioration

Le rapport signale plusieurs pistes pour optimiser les délais de paiement, notamment :

- **dans le cadre des conventions de partenariat nouées entre les ordonnateurs et les comptables**, l'inscription d'actions partagées, d'une part, pour la mise en place de la dématérialisation des procédures de traitement de la dépense de bout en bout (dématérialisation des pièces justificatives, contrôle hiérarchisé de la dépense, contrôle allégé en partenariat) et, d'autre part, pour faire la promotion des moyens modernes de paiement de la dépense locale (carte d'achat, prélèvement automatique) ;
- **des engagements peuvent être pris spécifiquement sur les délais d'intervention de l'ordonnateur et du comptable ainsi que sur les modalités pratiques de leur coopération afin de respecter le délai de paiement fixé.** L'arrêté du 20 septembre 2013 relatif au délai de règlement conventionnel propose un modèle de convention aux ordonnateurs et aux comptables afin de prévoir les modalités d'intervention de chacun dans la maîtrise des délais.

## FINANCEMENT

## Les billets de trésorerie : un financement à taux négatifs pour l'AP-HP

**Appartenant au cercle restreint des 5 établissements publics de santé habilités à émettre des titres de créances négociables (TCN)<sup>(1)</sup>, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris émet depuis le début de l'année ses premiers billets de trésorerie. Dans le contexte actuel de taux d'intérêt très bas, ce mode de financement semble recevoir un accueil favorable des investisseurs.**

### Une pratique éprouvée des émissions obligataires

L'AP-HP est déjà présente sur le marché obligataire depuis 2006. Celui-ci finance près des deux-tiers d'une dette de 2,16 milliards d'euros, permettant ainsi d'emprunter sur des durées longues. La maturité de la dette de l'AP-HP, qui ne comprend pas d'emprunt toxique, s'établit à plus de neuf ans et demi. Plusieurs émissions ont été réalisées en devises étrangères, converties en euros pour ne pas supporter de risque de change.

Pour remédier à ses besoins de trésorerie à court terme, l'AP-HP a choisi, parmi les TCN qui lui sont autorisés depuis mars 2015<sup>(2)</sup>, d'émettre des billets de trésorerie.

### Les différents intervenants

#### L'arrangeur

Après consultation par appel d'offre, c'est la banque HSBC qui a été sélectionnée comme « Arrangeur », un rôle qui consiste à

- Mettre en place le programme, à savoir principalement la documentation de présentation financière et le contrat d'agent placeur
- Concevoir et le lancer le programme, en communiquer les pièces aux institutions régulatrices et aux investisseurs, organiser la rencontre avec la Banque de France.
- Assurer le suivi des différentes phases et le respect du calendrier prévisionnel
- Mettre en place la communication financière

L'arrangeur se rémunère par une commission fixe.

#### L'agent domiciliataire

Il s'agit du teneur du compte de l'émission, par qui transitent les fonds levés et remboursés. Il inscrit les titres, gère le service financier (flux d'intérêts) et fournit les statistiques à la Banque de France. Dans le cas de l'AP-HP, cette fonction est tenue par Natixis. L'agent domiciliataire se rémunère par une commission fixe par émission.

#### Les agents placeurs

Ils valident les caractéristiques de chaque émission, (montant, la valeur nominale, prix de souscription, date et date de remboursement) pour ensuite placer les billets de trésorerie auprès des investisseurs. Dans cette opération, les agents placeurs sont HSBC, BRED (BPCE), Natixis, Société Générale et Crédit agricole CIB.

(1) Certains centres hospitaliers régionaux sont autorisés à émettre des titres de créances négociables, Jean-Claude Delnatte, *Finances Hospitalières* n°91, mai 2015.

(2) Article 49 de la loi n° 2013-672 du 26 juillet 2013 de séparation et de régulation des activités bancaires, décret n° 2015-353 du 27 mars 2015

## **Les agences de notations**

Liées à la communication du programme auprès des investisseurs, les agences Fitch Rating et Standard & Poor's ont respectivement accordé les notations F1+ et A-1+. Elles se rémunèrent directement auprès de l'émetteur sur des critères d'analyse financière, ce qui était déjà le cas à l'occasion des émissions obligataires.

## **L'émetteur**

L'AP-HP s'est organisée en interne avec un gestionnaire sur le court terme qui négocie directement les conditions avec les agents placeurs. Lors de l'émission, il est demandé à chaque agent placeur de faire une proposition ; il est retenu le meilleur taux.

## **Les conditions obtenues**

---

Le mode d'émission choisi, sur les conseils de l'arrangeur est le taux fixe précompté, assorti ou non d'un swap EONIA OIS, ce dernier servant comme benchmark pour le pricing.

Les différentes maturités retenues sont comprises entre une semaine et trois mois, ce qui permet d'obtenir des conditions avantageuses, les coupons obtenus sur les premières opérations du début d'année 2016 sont entre -0,24% et -0,21%.

Les investisseurs qui ont souscrit à ces opérations ont pour la plupart d'entre eux déjà participé aux émissions obligataires. L'intérêt pour eux est de trouver des conditions « moins mauvaises » que celles proposées par la BCE, laquelle propose actuellement des taux de prise en pension de -0,4%.

Assez rapidement, l'encours s'est établi sur un montant de 170 millions d'euros avec 5 titres, le plafond défini dans le programme Billet de trésorerie est de 300 millions d'euros (le plafond autorisé par le décret du 27 mars ne doit pas excéder 5% des produits de l'établissement, soit 380 millions d'euros pour l'AP-HP).

Les recettes générées uniquement par les taux négatifs se sont montées à près de 50 000 euros depuis le début l'année, et cela sans compter les économies de marge s'il avait fallu mobiliser les lignes de trésorerie.

## FISCALITÉ

## Mise à disposition de personnels entre établissements de santé : suppression de la tolérance administrative en matière de TVA

**Depuis le 1er janvier 2016, la tolérance administrative élargissant à certains organismes la portée du dispositif d'exonération de TVA prévu à l'article 261 B du Code général des impôts pour les groupements de moyens, est supprimée. Les établissements de santé qui mettent à disposition leur personnel auprès d'autres établissements vont devoir adapter leur pratique**

Dans le cadre de leur activité courante, et conformément aux dispositions en vigueur, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux sont amenés à mettre leur personnel à disposition de différents organismes.

Des praticiens, des cadres administratifs ou financiers (directeurs, ingénieurs...) des agents administratifs (secrétaire médicale, agent d'accueil...) exercent ainsi leurs fonctions en dehors de leur établissement de rattachement au sein d'autres établissements, mais également d'administrations ou de collectivités territoriales ou d'établissements publics de l'Etat, de syndicats inter hospitalier<sup>(1)</sup>, de groupements de coopération sanitaire ou de groupements de coopération sociale et médico-sociale et de diverses organismes privés d'intérêt général ou de caractère associatif assurant des missions d'intérêt général dans le domaine de la santé.

Ces mises à dispositions sont encouragées par les pouvoirs publics car elles permettent de mutualiser les ressources humaines sur un territoire. Elles s'inscrivent également, fréquemment, dans le cadre d'une coopération entre établissements de santé, coopération mise en place en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

Elles devraient même s'accroître dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire, ceux-ci ayant notamment pour objet la gestion des fonctions transversales (systèmes d'information, fonction achat, plan de formation...) de ses membres.

Or, les établissements publics hospitaliers, tout comme les établissements privés de santé, ne sont exonérés de TVA que pour leur activité principale de soins. Ils peuvent en revanche être imposés au titre de leurs autres opérations réalisées moyennant contrepartie et qui ne sont pas étroitement liées à l'hospitalisation.

Tel est le cas des mises à disposition de personnel, au titre desquelles l'organisme d'accueil doit rembourser à l'établissement d'origine la rémunération de l'agent mis à disposition ainsi que les cotisations et contributions y afférentes.

**Une activité de mise à disposition de personnel est par principe assujettie à TVA sauf à pouvoir bénéficier d'une mesure d'exonération.**

La majorité des mises à disposition de personnel réalisées par les établissements de santé bénéficiait d'une telle exonération jusqu'au 31 décembre 2015.

**Valéry BRISSON**  
(Avocat Associé),  
**Yannick FRANCIA**  
(Avocat Associé),  
**Daphné DELBURY-BOSSET**  
(Avocat Counsel)  
**CMS Bureau Francis**  
**Lefebvre Lyon**

(1) Nous rappelons que l'article 23-III de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dispose que les syndicats interhospitaliers (SIH) doivent se transformer, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, soit en groupement de coopération sanitaire (GCS), soit en groupement d'intérêt public (GIP).

Une mise en conformité avec le droit communautaire a conduit l'administration fiscale française à modifier sa lecture des règles d'exonération de TVA dont bénéficiaient ces établissements pour leur activité de mise à disposition de personnel et les contraint aujourd'hui à adapter leur pratique afin de continuer, dans la mesure du possible, à bénéficier d'une exonération de TVA pour cette activité.

## **Les dispositions applicables jusqu'au 31 décembre 2015**

Jusqu'au 31 décembre 2015, pour leur activité de mise à disposition de personnel, les établissements de santé bénéficiaient d'une exonération de TVA fondée sur une tolérance administrative.

Cette tolérance administrative, qui figurait au Bulletin Officiel des Finances Publiques<sup>(2)</sup> sous la référence BOI-TVA-CHAMP-30-10-40 n°220 et suivants, concernait les mises à disposition de personnels<sup>(3)</sup> consenties :

(2) BOFIP

(3) La tolérance concernait également les mises à disposition de biens mobiliers et immobiliers.

- soit pour les besoins de l'activité non soumise à la TVA d'une personne morale de droit public ou d'un organisme sans but lucratif bénéficiant d'une exonération en application du 9° du 4 de l'article 261 du Code général des impôts ou du 1° du 7 de l'article 261 du Code général des impôts ;
- soit en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Les mises à disposition visées dans ces situations étaient celles qui étaient consenties en dehors de tout groupement.

Deux conditions étaient par ailleurs requises pour bénéficier de l'exonération de TVA :

- la facturation à prix coûtant
- le motif d'intérêt public ou social de la mise à disposition.

La très grande majorité des mises à disposition de personnel réalisées par les établissements de santé était couverte par cette tolérance.

## **Les dispositions applicables depuis le 1er janvier 2016**

### **Suppression de la tolérance administrative : une simple mise en conformité à la loi et au droit communautaire**

Par une décision publiée au BOFIP le 4 novembre 2015 (BOI-TVA-CHAMP-30-10-40) l'Administration fiscale a déclaré rapporter sa doctrine antérieure selon laquelle pouvait bénéficier de l'exonération de TVA prévue par les dispositions de l'article 261 B du Code général des impôts la mise à disposition, à prix coutant, de personnels ou de biens effectuée au profit de certains organismes pour des motifs d'intérêts public ou social.

Cette décision a surpris par son absence de concertation préalable et par l'absence de délai laissé aux organismes concernés pour modifier leur pratique.

Elle n'est en revanche guère surprenante sur le fonds.

En effet, la Cour de Justice des Communautés Européenne opère de longue date une distinction en matière d'interprétation entre les différentes exonérations.

Seuls les dispositifs répondant à un objectif d'intérêt général, telle que l'exonération prévue en matière de prestations de soins par les dispositions

de l'article 132-1-c de la directive TVA n°2006/112/CE du 28 novembre 2006 peuvent, dans certaines circonstances, être interprétées de manière assez libérale, l'objectif étant d'éviter que la TVA ne vienne renchérir le coût des soins.

Les autres doivent être interprétés de manière stricte et il en est ainsi, en particulier, des dispositions de l'article 261 B du Code général des impôts qui transposent les dispositions de l'article 132, 1 f, de la directive TVA dont le seul objet est de permettre à des entités exonérées de la TVA ou n'ayant pas la qualité d'assujetti à raison de leur activité principale, de coopérer sans entraîner d'effet de rémanence en matière de TVA (CJUE, 20 novembre 2003, aff C-8/01, Taksatorrigen).

Le Conseil d'Etat a eu l'occasion, à plusieurs reprises, de rappeler ce principe (par exemple sur l'article 261 B du Code général des impôts transposant l'article 132 1f. de la directive TVA, CE 10 juillet 2012, n° 345595, Médéric Prévoyance).

Or, on cherchera en vain dans les termes de l'article 261 B du Code général des impôts les dispositions exonérant la mise à disposition directe de personnels ou de biens entre deux assujettis, fut-elle réalisée à prix coûtant entre des organismes chargés d'une mission de service public.

Le rapport de la tolérance administrative antérieure, dont l'existence était critiquable au regard du principe d'unicité d'interprétation des normes issues du système commun de TVA, constitue donc une simple mise en conformité à la loi et au droit communautaire.

### **Les dispositions applicables depuis le 1er janvier 2016**

Depuis le 1er janvier 2016, les mises à disposition de personnel consenties par les établissements de santé sont susceptibles d'être soumises à la TVA, à moins de s'inscrire dans le dispositif de droit commun de l'article 261 B du Code général des impôts.

Ainsi, les mises à disposition de personnel consenties directement (essentiellement celles consenties entre établissements de santé), ne bénéficient plus de l'exonération de TVA, **sauf à pouvoir établir que les services que se rendaient antérieurement entre eux les établissements sont rendus, en réalité, non directement mais à un groupement de fait constitué entre eux.**

En effet, il arrive fréquemment que les services rendus trouvent mutuellement leur source dans l'organisation d'une coopération entre deux établissements de santé ou organismes sans but lucratif, avec la constitution d'une équipe commune et l'utilisation de moyens communs pour les besoins d'un projet précis ou, plus structurellement, d'une discipline, d'une activité.

Dans une telle hypothèse, l'exonération de TVA prévue pour les groupements par l'article 261 B du Code général des impôts pourrait trouver à s'appliquer, celle-ci concernant tant les groupements de droit que les groupements de fait.

La mise en œuvre de cette solution nécessite toutefois, outre une analyse in concreto des mises à disposition de personnel consenties, que les conditions d'application de l'article 261 B du Code général des impôts soient remplies et le respect d'un formalisme rigoureux.

### **La mise en œuvre pratique de la solution**

Les établissements de santé vont devoir, préalablement, procéder à une

analyse au cas par cas des mises à disposition de personnel consenties à d'autres établissements ou organismes.

Pour celles de ces mises à disposition qui relèveraient d'une véritable coopération ayant pour objet la mise en commun de ressources, l'existence d'un groupement sera alors susceptible d'être caractérisée.

Dans ce cas, l'établissement de santé devra faire procéder, conformément à la doctrine administrative, à la rédaction d'une convention écrite formalisant l'existence du groupement et précisant :

- L'objet de la coopération / du partenariat ;
- Les moyens humains et matériels affectés à la coopération envisagée ;
- La nature des services rendus par le groupement à ses membres ;
- Les modalités de facturation des services rendus.

Une attention toute particulière devra être portée à l'objet de la coopération ou du partenariat envisagé : il ne devra pas apparaître comme se limitant à des services croisés entre les parties à la convention. Au contraire il devra faire apparaître clairement le but de la coopération (par exemple, l'utilisation par les coopérants de personnels « d'intérêt commun » employés par l'un quelconque d'entre eux afin d'améliorer la prise en charge des patients par l'organisation d'une gestion coordonnée d'une filière de soins...).

Ce groupement de fait, formalisé par une convention écrite, pourra bénéficier de l'exonération de TVA pour les mises à disposition de personnel consenties à ses membres pour autant que les conditions d'application pour la mise en œuvre de l'article 261 B du Code général des impôts soient réunies :

- Condition relative à l'identité de ses membres : seules doivent être membres, des entités exonérées de TVA ou des assujettis à la TVA dont les activités comprises dans le champ d'application de la TVA sans en être exonérées n'excèdent pas 20% ;
- Condition relative à la nature et à l'utilisation des services rendus à ses membres par le groupement : seules les prestations de services utilisées et affectées à la réalisation des opérations exonérées des membres peuvent être elle-même exonérées ;
- Condition relative aux modalités de rémunération des services rendus par le groupement : aucune marge ne doit pas être réalisée.
- Les coûts concourant aux services rendus dans le cadre du groupement devront être identifiés et calculés avec soin. En particulier, il n'est pas possible de forfaitiser les coûts, ceux-ci doivent être actualisés afin de correspondre aux coûts réels. A titre d'illustration, en cas d'augmentation salariale en cours d'année, le coût horaire doit être régulièrement actualisé. Une fois ces coûts identifiés, leur répartition entre les différents membres du groupement doit être opérée en imputant à chaque membre le coût exact des dépenses afférentes aux services qui lui sont rendus (par exemple, une mise à disposition exclusive à un membre du groupement d'un employé affecté à la coopération formant l'objet du groupement).

Le groupement doit par ailleurs souscrire annuellement une déclaration 2036 relatant la répartition des dépenses opérée entre ses membres. La déclaration du groupement est souscrite pour son compte par l'un de ses membres.



## RECOUVREMENT

## Le recouvrement des frais d'hospitalisation et l'émission du titre exécutoire

**La procédure d'opposition à tiers détenteur est un des moyens de recouvrer une créance impayée par un usager. Un établissement de santé a engagé une procédure judiciaire en urgence pour demander au juge le versement d'une provision afin de rendre plus efficace les modalités du recouvrement. L'arrêt rendu permet de faire des rappels sur la procédure de recouvrement.**

Conseil d'État, 3 février 2016, n° 388643

La personne hospitalisée dans un établissement public de santé est un usager d'un service public administratif, et le rapport né de cette situation est un rapport de droit public. C'est pourquoi les litiges susceptibles de s'élever entre l'établissement hospitalier et la personne hospitalisée au sujet du paiement des frais de son hospitalisation relèvent de la juridiction administrative. Or, un établissement hospitalier a le pouvoir d'assurer l'exécution forcée du recouvrement de ses créances par l'émission de titres de recette pouvant donner lieu à recouvrement forcé, notamment par voie d'opposition à tiers détenteur. La procédure pour le recouvrement d'une créance impayée par un usager est prévue à l'article L. 6145-9 du Code de la santé publique.

### Opposition à tiers détenteur

En vertu de l'article L. 6145-9 du Code de la santé publique, le recouvrement des créances d'un établissement public de santé est effectué selon les modalités définies au Code général des collectivités territoriales (CGCT). Or, l'article L. 1617-5 du CGCT prévoit que le titre de recettes émis par l'établissement public permet, en l'absence de contestation et à la suite d'une mise en demeure restée infructueuse, d'engager des poursuites contre le débiteur et d'assurer le recouvrement forcé de la créance, notamment par la voie de l'opposition à tiers détenteur au-delà d'un certain seuil.

### Contestation par le débiteur

Il convient de rappeler qu'en vertu des dispositions de l'article L. 6145-9

du Code de la santé publique, seules sont applicables au recouvrement des créances des établissements publics de santé les dispositions de l'article L. 1611-5 et de l'article L. 1617-5 du CGCT. En conséquence, un débiteur ne saurait utilement invoquer la méconnaissance des dispositions du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique pour contester les titres émis à son encontre par un centre hospitalier<sup>(1)</sup>.

En outre, si le débiteur souhaite contester la créance, il doit apporter des éléments de preuve tangible à l'appui de sa contestation. Il peut ainsi contester avoir été hospitalisé... mais à charge pour l'établissement de démontrer l'existence d'un séjour à l'appui du recouvrement des frais de soins et d'hospitalisation, ce qui ne devrait pas poser de difficultés en produisant le dossier du patient et les dates d'hospitalisation<sup>(2)</sup>. Le débiteur peut aussi contester l'absence de certaines mentions obligatoires des bases de la liquidation pour demander au juge d'annuler l'acte exécutoire. Par exemple, un état exécutoire doit indiquer les bases de liquidation, et le juge n'a pas à rechercher si des correspondances précédemment adressées par l'établissement à l'intéressé contenaient les éléments de ces bases de liquidation<sup>(3)</sup>.

Dans le même sens, les bases de liquidation de la créance pour le recouvrement de laquelle il est émis, ne peuvent pas avoir été portées à la connaissance du débiteur postérieurement à celui-ci<sup>(4)</sup>.

Le titre exécutoire émis à l'encontre d'un obligé alimentaire d'une personne hospitalisée qui ne dispose pas de ressources lui permettant de s'acquitter personnellement de ses frais de séjour

Muriel TREMEUR

(1) Cour administrative d'appel de Bordeaux, 30 juin 2015, n° 13BX01945.

(2) Cour administrative d'appel de Paris, 8 juin 2015, n° 14PA01806 : le comptable de la trésorerie des centres hospitaliers spécialisés de Paris a émis à l'encontre d'un débiteur un commandement de payer des soins, somme majorée des frais de poursuite. L'intéressé contestait le bien-fondé de la créance. Le centre hospitalier a transmis au juge son bulletin de sortie, comportant sa date de naissance et son adresse, ainsi que son numéro de dossier et les dates de son hospitalisation. Ce document permet d'établir que, contrairement à ce que soutenait l'intéressé, celui-ci avait bien effectué un séjour dans cet hôpital d'une durée de 10 jours.

(3) Conseil d'Etat, 15 mai 1995, n° 132928.

(4) Cour administrative d'appel de Marseille, 13 mai 2007, n° 05MA01604 : deux titres de recettes ont été émis afin de permettre le recouvrement des frais de son hospitalisation, tandis que par un acte dénommé « Zahlungsbefehl » daté postérieurement, le Trésorier du centre hospitalier a entendu recouvrer la somme litigieuse mise à la charge de l'intéressé. Le juge constate que le « Zahlungsbefehl » litigieux ne mentionne pas lesdites bases, lesquelles n'ont été communiquées que postérieurement.

doit être motivé de façon à permettre à cet obligé de contester utilement le montant de sa dette. Le juge prononce l'annulation du titre qui ne mentionne pas les sommes récupérées sur les ressources, en particulier les pensions de la personne hospitalisée<sup>(5)</sup>.

(5) Cour administrative d'appel de Nantes, 30 juin 1994, n° 92NT00004.

## Provision et procédure en référé

L'article R. 541-1 du Code de justice administrative permet au juge des référés d'accorder une provision à l'établissement de santé qui agit en tant que créancier. L'article précise que le juge peut l'accorder même en l'absence d'une demande au fond, lorsque l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable. De plus, le juge peut, d'office, subordonner le versement de la provision à la constitution d'une garantie.

Il convient de rapprocher de cette procédure les dispositions de l'article L. 1617-5 du CGCT. Celles-ci prévoient que l'opposition formée contre un titre de recettes individuel ou collectif émis par l'établissement public fait obstacle au recouvrement de la créance. C'est pourquoi dans l'hypothèse où l'intéressé demande au tribunal administratif l'annulation d'un tel titre de recettes, sa contestation a pour conséquence que ce titre ne peut pas être exécuté. Dès lors, la demande de suspension de l'exécution de ce titre présentée au juge des référés de ce tribunal est donc sans objet et, par suite, irrecevable<sup>(6)</sup>.

(8) Conseil d'État, 30 mars 1984, n° 24621.

(6) Conseil d'État, 28 novembre 2003, n° 249737.

Dans l'affaire donnant lieu à l'arrêt du 3 février 2016, l'hôpital de Prades avait décidé de lancer une procédure d'urgence, et a donc saisi le juge des référés du tribunal administratif de Montpellier. Il sollicitait la condamnation de plusieurs personnes, à lui verser une provision de 46 411,46 euros, au titre de frais d'hébergement et de médecine restant dus. Mais par décision du 16 octobre 2014, le juge des référés saisi a rejeté cette demande considérant qu'elle avait été portée devant un ordre de juridiction incompétent pour connaître ce type de demande. L'hôpital a alors contesté l'ordonnance ainsi rendue auprès du juge des référés en appel. Mais ce dernier a rendu une décision similaire en date du 25 février 2015, plus particulièrement concernant une demande relative à Madame L.

(9) Conseil d'État, 30 mars 1984, n° 24621.

## Recours devant le conseil d'Etat

Dès lors, l'hôpital a formé un pourvoi devant la juridiction suprême qu'est le conseil d'État. Il lui demande d'annuler l'ordonnance du juge des référés de la cour administrative d'appel, et de statuer en référé pour faire droit à son appel, outre la condamnation de Madame L poursuivie à 3 000 euros au titre des frais exposés dans la procédure judiciaire<sup>(7)</sup>.

## Absence de créance et situation non contractuelle

Le conseil d'État a admis depuis longtemps la compétence du juge administratif pour connaître des litiges relatifs aux frais d'hospitalisation des malades payants admis dans les services des hôpitaux et hospices publics, en précisant que les personnes admises dans les services de ces établissements ne sont pas placées dans une situation contractuelle vis-à-vis de ces établissements<sup>(8)</sup>. En d'autres termes, lorsque les personnes hospitalisées, et de fait usagers d'un service public administratif, souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi, ces dispositions n'ont ni pour objet et ni pour effet de les placer dans une situation contractuelle. Le raisonnement est identique à l'égard de leur famille ou d'un tiers responsable qui viendrait se substituer à la personne hospitalisée décédée ou insolvable. Par voie de conséquence, le juge considère que la modification apportée par un établissement public hospitalier aux conditions financières de séjour d'un malade n'a pas à être soumise à l'accord préalable de ce dernier<sup>(9)</sup>.

En l'espèce, le conseil d'État confirme sa position de principe. L'arrêt du 3 février 2016 précise d'abord que la personne hospitalisée est usager du service public administratif dont il a la charge, sans que celle-ci ne soit placée dans une situation contractuelle à l'égard de ce service, y compris lorsqu'il a conclu un contrat d'hébergement en application de l'article L 342-1 du Code de l'action sociale et des familles (hébergement des personnes âgées). Ensuite, il ajoute qu'un hôpital qui détient une créance

sur cet usager qui n'est pas dans une situation contractuelle vis-à-vis de ce service, n'est pas recevable à demander au juge des référés, sur le fondement de l'article R. 541-1 du Code de justice administrative, de condamner l'intéressé à lui verser une provision au titre de sa créance, car « *une telle condamnation n'étant susceptible d'emporter aucun effet juridique qu'il n'avait les moyens de produire lui-même* ». Pour motiver l'impossibilité de prononcer une provision, le conseil d'État ajoute : « *ce motif, qui n'appelle l'appréciation d'aucune circonstance de fait, doit être substitué à celui, tiré de l'absence de caractère non sérieusement contestable du quantum de l'obligation dont se prévaut l'hôpital, qu'a retenu l'ordonnance du juge des référés de la cour administrative d'appel de Marseille, dont il justifie légalement le dispositif* ». En conséquence, le pourvoi formé par l'hôpital de Prades est rejeté par le conseil d'État.

### Ne pas trop attendre !

Aux termes de l'article L. 6145-11 du Code de la santé publique, les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil, ces recours relevant de la compétence du juge aux affaires familiales. Ces dispositions ont pour effet de transférer à la juridiction judiciaire la compétence pour les litiges relatifs au paiement des frais d'hospitalisation opposant les établissements publics de santé aux personnes ayant la qualité d'obligés alimentaires en vertu des articles 205, 206 et 207 du Code civil, ainsi qu'au conjoint. Dès lors, les actions engagées par ces établissements, à la suite du décès de la personne hospitalisée redevable de frais d'hospitalisation, et à l'encontre de ses héritiers, relèvent de la compétence de la juridiction administrative<sup>(10)</sup>.

Il convient par ailleurs de veiller à poursuivre l'ensemble des héritiers du patient décédé.

Monsieur X était poursuivi par un établissement hospitalier qui souhaitait recouvrer les créances concernant sa sœur décédée selon la procédure de l'opposition à tiers détenteur. Face au litige persistant avec sa Trésorerie qui

a notifié auprès de son établissement bancaire une opposition à tiers détenteur pour des créances hospitalières dues par une personne décédée, il décide de saisir le Médiateur des ministères économiques et financiers. Après examen juridique de cette affaire, le Médiateur estime que le principe de la division des dettes successorales entre les héritiers potentiels n'a pas été mis en œuvre au regard des articles 771, 870 et 1220 du Code civil. Par suite, il considère que Monsieur X ne peut être recherché seul en paiement de la dette de sa sœur, et que les créances ont été recouvrées de manière irrégulière. Dans le cadre de la médiation, la somme prélevée par opposition à tiers détenteur, ainsi que les frais bancaires occasionnés par cette opération, lui ont été remboursés. Le Médiateur a présenté les excuses de l'administration pour cette procédure inappropriée<sup>(11)</sup>. Au-delà des subtilités juridiques en termes de procédure, la prudence s'impose également sur les délais de procédure. Une illustration tirée d'un arrêt du 11 janvier 1991 est éloquent<sup>(12)</sup>. Dans cette affaire, une patiente a été hospitalisée dans un service de l'Assistance publique de Paris, puis placée dans une unité de long séjour au centre hospitalier plusieurs mois après jusqu'à son décès. L'administration générale de l'Assistance publique a engagé une procédure de recouvrement à l'encontre de sa fille d'une créance correspondant aux frais d'hébergement en long séjour pendant les périodes indiquées. Toutefois, le transfert de l'intéressée dans une unité de long séjour avait engendré une augmentation très importante des dépenses d'hospitalisation. Le conseil d'État a considéré que ces dépenses devaient rester à sa charge. En effet, si elle n'a pas été informée de ces conséquences, alors qu'aucune circonstance particulière ne faisait obstacle à cette information, cette carence, ainsi que le fait pour l'administration hospitalière d'avoir tardé près de 4 années à mettre en recouvrement les sommes dues en raison du séjour de sa mère au centre hospitalier ont été considérés comme constitutifs de fautes de nature à engager la responsabilité de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris. Le juge a laissé à sa charge la moitié de la somme réclamée au titre des frais d'hébergement.

(11) Médiateur des ministères économiques et financiers, Rapport 2010.

(12) Conseil d'État, 11 janvier 1991 n° 93348.

(10) Conseil d'État, 27 janvier 2014, n° 359582 à propos d'un commandement de payer des frais exposés pour son hospitalisation adressé à une patiente de son vivant, le recouvrement de cette somme ayant été poursuivi auprès de sa fille à la suite du décès de son décès.

## Les conflits d'intérêts au sein de l'AP-HP

**AP-HP - Avril 2016**

Ce rapport a pour objet la prévention des conflits d'intérêts publics/privés ayant des incidences financières. Dans un centre hospitalo-universitaire, un lien d'intérêt peut influencer le choix d'une prescription, d'un équipement, le contenu d'un enseignement ou d'un programme de recherche. Il est donc nécessaire d'avoir des règles claires en ce qui concerne les conflits d'intérêts, pour sécuriser les soins et la recherche et renforcer la qualité et l'indépendance de l'expertise sanitaire. Le rapport détaille la mise en œuvre des lois existantes et trace des pistes pour accroître l'indépendance des médecins, dans leur activité de soins, de formation et de recherche, de manière plus structurelle.

## Le Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social - Kit d'outils 2016

**ANAP - Mars 2016**

Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social présente de manière synthétique, sous la forme de tableaux et de graphiques, un ensemble d'indicateurs pertinents renseignés périodiquement et destinés à leur suivi. Il est commun aux champs personnes âgées et personnes handicapées enfants et adultes, peut constituer un outil de pilotage utile à la structure et un support partagé d'échange entre un ESMS, son organisme gestionnaire et ses partenaires (ARS, conseils départementaux). Il permet aux structures de se situer par rapport aux autres.

## Hopital Expo / Paris Healthcare Week

24 au 26 mai  
Paris porte de Versailles

Contact :

[www.parishealthcareweek.com](http://www.parishealthcareweek.com)

Retrouvez Finances Hospitalières sur le stand N89.

## Les soins de la personne en Europe : une comparaison par pays des performances, des stratégies et des structures des systèmes de santé.

**G. Paparella - Picker Institute International - février 2016**

Ce document donne un aperçu des différentes approches adoptées pour fournir des soins de qualité dans toute l'Europe. Abordant délibérément une approche par la « personne », notion plus large que celle du « patient », le document étudie l'Angleterre, l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne et les Pays-Bas. Il s'efforce de faire progresser la compréhension des différents systèmes de santé à partir des besoins de la population, en tenant compte des objectifs d'efficacité et des contraintes financières. (Texte en anglais).

**Finances Hospitalières** est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, [www.infodium.fr](http://www.infodium.fr) - SAS au capital de 37 000 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 - [contact@infodium.fr](mailto:contact@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](mailto:studio2A@wanadoo.fr)  
Mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements et publicité : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau  
11 numéros par an - Abonnement 410 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0421 I 88884 - ISSN 1955-642X  
Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



## BULLETIN D'ABONNEMENT

# Finances Hospitalières

A compléter et renvoyer à :

Finances Hospitalières - Infodium - 69, avenue des Ternes 75017 Paris  
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60

W102

**1 an, 11 numéros,  
et l'accès au site**

[www.finances-hospitalieres.fr](http://www.finances-hospitalieres.fr)

(consultation de la base de données)  
au prix de **410 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

- Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**  
 Je souhaite une facture justificative  
 Mandat administratif/à réception  
de facture

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

**Adresse de facturation si différent :**

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

Cachet /Date  
Signature

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 37 000 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  
2016 au 31 Décembre 2016.