

ANALYSE DES DOCUMENTS DU GT HÔPITAL ET ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DU 30 JUIN 2026

Une demi-journée pour étudier 7 documents et 23 pages de documents relève d'une imposture en groupe de travail (GT). C'est encore plus vrai lorsque l'on découvre que tous les documents fournis par la Direction Générale sont estampillés comme « éléments de langage » à l'attention des syndicats. La volonté de dialogue social à la DGFIP n'est désormais plus qu'un élément de langage de plus aussi la CGT Finances Publiques ne s'est pas rendue à ce pseudo GT.

Mais cela n'empêche pas la CGT Finances Publiques de fournir une analyse des documents du GT.

FICHE N°1

L'organisation du réseau des trésoreries hospitalières et les résultats obtenus en matière de recouvrement et de dépenses en 2025

La fiche présente l'organisation du réseau des trésoreries hospitalières de la DGFIP et les résultats obtenus en 2025. Fin 2025, le réseau compte 148 trésoreries hospitalières, 13 antennes, 5 trésoreries hospitalières et amendes, pour un total de 3 368 emplois.

Le document insiste sur les expérimentations de services facturiers, principalement sur la dépense : AP-HP, CHU de Poitiers, établissements hospitaliers de Haute-Saône et des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) Grand Paris Nord Est. L'administration affirme que la spécialisation du réseau permet d'atteindre les objectifs fixés.

Sur les résultats, la difficulté majeure concerne les délais de paiement : plus de 51 % des dépenses hospitalières sont payées au-delà du délai réglementaire de 50 jours, très loin de l'objectif du COM de 20 %.

ANALYSE DE LA CGT FINANCES PUBLIQUES

Présenter un réseau spécialisé sans analyser les moyens humains, c'est faire comme si l'organisation suffisait à produire la performance.

La satisfaction des ordonnateurs, même élevée, ne peut pas être le seul thermomètre du bon fonctionnement du réseau.
La DGFIP met en avant la qualité du service rendu, mais elle évite soigneusement de poser la question du prix payé par les personnels pour l'atteindre !

Le contraste entre les bons résultats en recouvrement et les très mauvais délais de paiement est particulièrement révélateur. Le réseau parvient à encaisser efficacement, mais plus de la moitié des dépenses hospitalières sont payées hors délai. Cela traduit une chaîne financière sous tension, dans un secteur hospitalier lui-même fragilisé par des problèmes de trésorerie, de sous-financement et d'organisation. Aujourd'hui aucun hôpital français ne dispose d'un budget suffisant pour fonctionner « normalement ». Une grande partie de l'année, il est simplement impossible de payer les fournisseurs, faute d'argent dans la caisse ! Cette fausse pudeur sur les choix politiques (en résumé une privatisation et un transfert de charge sur les malades) concernant la santé et la politique hospitalière empêche tout débat contradictoire fructueux... la DG glose sur des éléments sans caractériser le tableau dans sa globalité.

La modernisation et la réorganisation du réseau sont mises en avant : spécialisation, regroupement départemental, (avec comme corollaire la fin du réseau dans les directions entraînant un isolement notamment dans les formations) services facturiers, mutualisation, bonnes pratiques. Tout cela est présenté comme rationnel et moderne. Mais du point de vue syndical, il faut interroger ce que ces transformations produisent : éloignement des établissements, concentration de la charge, perte de proximité, dépendance accrue à des outils et procédures standardisés, risque de déqualification ou au contraire de surcharge experte pour certains agents.

Le document ne dit quasiment rien des conditions de travail des agents. On connaît le nombre d'emplois, mais pas son évolution, ni la charge réelle, ni les suppressions éventuelles, ni les vacances de postes.

Enfin, le recours aux SFACT est présenté comme une innovation, mais sans bilan critique. Là encore, l'administration valorise l'expérimentation sans en documenter suffisamment les conséquences concrètes.

FICHE N°2

La qualité comptable des Établissements Publics de Santé (EPS)

Cette fiche porte sur la qualité comptable des établissements publics de santé, avec quatre axes principaux : l'apurement des créances de l'article 58, les retards dans la reddition des comptes, la certification des comptes des EPS et l'expérimentation d'une synthèse de la qualité des comptes.

- 1• Le premier point concerne l'apurement définitif de la créance dite "article 58", issue de l'ancien système de financement hospitalier. Initialement évaluée à 3 milliards d'euros, cette créance résiduelle est aujourd'hui estimée entre 700 et 800 millions d'euros.
- 2• Le deuxième point souligne un problème majeur : le calendrier de reddition des comptes des EPS reste très tardif. Alors que les comptes financiers doivent être adoptés au plus tard le 30 juin N+1, seuls un peu plus de 12 % des comptes étaient rendus, et seulement 7,5 % des balances d'entrée reprises.
- 3• Le troisième point concerne la certification des comptes des EPS. Elle est obligatoire pour les établissements dont les produits dépassent 100 millions d'euros sur trois exercices. En 2024, 192 EPS sont concernés, soit 24 % des EPS.
- 4• Enfin, la fiche présente l'expérimentation de la synthèse de la qualité des comptes des EPS, lancée depuis 2023 auprès d'établissements volontaires.

ANALYSE DE LA CGT FINANCES PUBLIQUES

Cette fiche montre à la fois des avancées techniques réelles et les limites profondes du pilotage actuel de la qualité comptable hospitalière. L'apurement des créances de l'article 58 est présenté comme une bonne nouvelle, mais il faut relever que l'administration règle en 2026 un sujet hérité de 1983. Autrement dit, ce qui est présenté comme une opération de clarification traduit surtout la lenteur historique de l'État à solder des dispositifs devenus illisibles.

L'apurement est également justifié par une dégradation budgétaire inédite en 2023 et 2024. La qualité comptable est donc ici indissociable de la crise de financement de l'hôpital public.

Le passage sur la reddition tardive des comptes est le plus préoccupant. Les chiffres sont très mauvais : à peine plus de 12 % de comptes rendus au 21 mai, contre plus de 95 % dans les collectivités locales. Rien n'évoque le manque de moyens, ni les surcharges des trésoreries hospitalières ou l'insuffisance des effectifs comptables. Après sur la sortie des comptes cela est du aussi aux difficultés chez les ordonnateurs avec des équipes avec des forts taux de remplacements (comme les

EHPAD par exemple) nous laissant très peu d'emprise sur l'amélioration des chiffres même si nous avons les effectifs adéquats

La CGT Finances publiques voit également apparaître une logique très DGFiP : lorsqu'un problème persiste, la DG annonce un renforcement des consignes. Mais est-ce qu'on règle un problème de moyens et d'organisation par davantage de contrôle ?

Le taux de certification est élevé, mais seulement 24 % des EPS sont dans le périmètre. Les établissements non certifiés restent donc largement majoritaires.

FICHE N°3

La situation financière des EPS en 2025

Cette fiche présente la situation financière des établissements publics de santé en 2025. Le message général de l'administration est que la situation des EPS s'améliore par rapport à 2024, mais reste très dégradée par rapport à 2019, c'est-à-dire avant la crise sanitaire.



Le premier constat porte sur l'évolution comparée des recettes et des dépenses de fonctionnement.



Le deuxième constat concerne le recours accru à l'emprunt.

La fiche attire ensuite l'attention sur les dettes fisca-lo-sociales (2,2 Md€ à fin mars 2026) et les dettes fournisseurs (4,3 Md€ en 2025, contre 3,6 Md€ à la même date en 2024) des EPS.

ANALYSE DE LA CGT FINANCES PUBLIQUES

L'administration commence par parler d'"amélioration", mais les chiffres racontent surtout une dégradation durable de la situation financière de l'hôpital public.

Le léger mieux des recettes et de l'épargne brute ne permet absolument pas de revenir au niveau d'avant crise. Le document souligne lui-même que l'épargne nette reste négative : l'hôpital public continue de fonctionner avec des équilibres financiers profondément fragiles.

Le recours accru à l'emprunt est aussi préoccupant. L'administration le présente comme un constat financier, mais faute de financement suffisant, les EPS doivent davantage s'endetter. Cela ne peut pas constituer une stratégie saine de long terme. De plus, la dette fisca-lo-sociale en hausse de 30 % sur un an et une dette fournisseur en hausse de 19 %, sont le signe d'une tension de trésorerie massive.

FICHE N°4

Le développement des partenariats dans le secteur hospitalier

Cette fiche porte sur le développement des partenariats dans le secteur hospitalier, essentiellement autour de deux axes : le partenariat avec les agences régionales de santé et le partenariat avec les établissements publics de santé.

- 1• Sur le premier volet, la DGFIP met en avant le rôle des DRFIP dans les relations avec les ARS. La DGFIP est appelée à travailler avec les comptables hospitaliers, notamment dans le cadre des COREVAT, les comités régionaux de veille active sur la trésorerie des EPS.
- 2• Le second volet concerne le partenariat entre ordonnateur et comptable. Jusqu'au 31 décembre 2025, deux dispositifs coexistaient : les conventions de services comptable et financier pour les établissements à fort enjeu. Au 31 décembre 2025, 135 conventions actives étaient recensées au niveau national.

La fiche indique ensuite que la démarche a été renouvelée au 1er janvier 2026, avec une volonté de simplification : un seul document de référence, suppression des seuils d'éligibilité, diminution du nombre minimum d'axes à intégrer dans une convention, etc.

Autre évolution importante : la prise en compte de la démarche partenariale à l'échelle du groupement hospitalier de territoire.

ANALYSE DE LA CGT FINANCES PUBLIQUES

Cette fiche montre une logique administrative de pilotage par le partenariat : la DGFIP affiche une volonté de coordination, de simplification et de performance, mais sans interroger suffisamment les moyens réels, les rapports de force entre acteurs et les conséquences concrètes pour les services.

La mention des COREVAT est importante. Mais la fiche ne dit rien de la charge de travail induite pour les agents DGFIP, ni des marges réelles dont ils disposent. La DG demande aux services d'accompagner, d'expertiser, de sécuriser, de suivre, de relancer, mais sans jamais poser la question des effectifs. C'est de la pensée magique !

La réforme semble en partie conçue pour produire un meilleur affichage statistique. Le document dit d'ailleurs clairement que la prise en compte à l'échelle du GHT vise à favoriser l'atteinte d'un meilleur taux de partenariat. Autrement dit, la DG tripatouille le thermomètre pour obtenir un résultat plus favorable. Cela ne veut pas dire que la réforme est totalement inutile, mais cela mérite d'être interrogé.

La question du recouvrement des créances est également importante. Le risque serait de faire du recouvrement sur des publics très fragiles un indicateur de performance supplémentaire, sans prendre en compte les réalités sociales, administratives et humaines derrière ces créances. Servir largement les multinationales et les très riches par des baisses d'impôts et la privatisation des services publics et faire payer davantage aux pauvres et aux malades, c'est un objectif politique assumé depuis quelques années déjà ! Après le financement de l'hôpital se fait par la cotisation sociale et moins par l'impôt.

FICHE N°5

Le développement des moyens modernes de paiement à l'hôpital

La DGFIP inscrit les EPS dans sa stratégie générale de modernisation des encaissements publics : réduire le recours au chèque, promouvoir les paiements dématérialisés, sécuriser les encaissements et diminuer les coûts. L'objectif affiché est une diminution forte du chèque à l'horizon 2028, avec une étape décisive en 2027, liée à la fin du traitement industriel des chèques à la DGFIP. Tous les moyens de paiements sont énumérés, y compris chez les 16000 buralistes et partenaires agréés.

ANALYSE DE LA CGT FINANCES PUBLIQUES

La DGFIP présente le développement des moyens de paiement modernes comme une évolution naturelle, efficace et sécurisée. Mais derrière cette modernisation, il y a aussi une réduction des canaux traditionnels, une pression accrue sur les établissements, et un risque réel d'exclusion pour certains usagers...au point que la CGT se demande parfois s'il ne s'agit pas d'un de ses objectifs inadmissibles.

La sortie progressive du chèque est très problématique. Cela signifie que les EPS, les patients et les agents vont devoir absorber rapidement un changement important. Or le chèque reste encore utilisé par des publics âgés, précaires, éloignés du numérique ou peu à l'aise avec les outils bancaires en ligne (notamment chez les résidents des EHPAD). Le discours sur "l'inclusion de tous les usagers" ne peut pas être entendu. Supprimer toute référence au chèque début 2027 et ne plus valider les factures PDF après le 1er janvier 2027 suppose que tous les EPS soient prêts techniquement.

La question des coûts est également importante. Si PAYFIP est gratuit pour les EPS pour certains moyens comme le prélèvement unique ou le virement simplifié, le paiement par carte bancaire entraîne des commissions à la charge de l'établissement.

FICHE N°6

La modernisation de la chaîne de la recette et du recouvrement et le déploiement de la facturation électronique dans le secteur hospitalier

La DGFIP rappelle que le recouvrement hospitalier présente des spécificités fortes : volumétrie importante, débiteurs particuliers, sécurité sociale, organismes complémentaires, patients non assurés sociaux ou résidant à l'étranger.

- 1 • Le premier axe concerne la dématérialisation des pièces justificatives et des factures, notamment via le protocole PES ASAP. Les EPS dont les recettes de fonctionnement dépassent 20 M€ doivent transmettre les pièces sous format dématérialisé.
- 2 • Le deuxième axe porte sur les dispositifs FIDES et ROC. FIDES, destiné à la facturation directe à l'assurance maladie obligatoire, est présenté comme un dispositif désormais opérationnel. En revanche, le dispositif ROC, destiné aux organismes complémentaires, est décrit comme dysfonctionnel : le circuit est complexe, les anomalies augmentent, etc. Il est surtout particulièrement chronophage pour les agents.
- 3 • Le troisième axe concerne le recouvrement des créances des patients non assurés sociaux en France : seuls environ 10 % des titres sont recouverts dans les pays soumis à visa.
- 4 • Enfin, la fiche évoque le déploiement de la facturation électronique à compter du 1er septembre 2026 pour les EPS assujettis à la TVA au titre d'activités commerciales.

ANALYSE DE LA CGT FINANCES PUBLIQUES

Cette fiche est probablement l'une des plus révélatrices de la tension entre le discours de modernisation et la réalité du travail dans les postes comptables hospitaliers car la fiche montre que cette évolution est loin d'être stabilisée. Les taux de déploiement restent partiels : seulement **49 % des factures des EPS** sont mises en ligne dans l'espace numérique des usagers.

Le document insiste sur la nécessité de sensibiliser les établissements et les éditeurs. Cela confirme que la DGFIP dépend fortement de la qualité des systèmes hospitaliers, des logiciels métiers, des données transmises et de l'identification correcte des redevables. Or ces éléments échappent en grande partie aux comptables, qui se retrouvent pourtant en bout de chaîne à traiter les anomalies, relancer, corriger, expliquer et absorber les dysfonctionnements.

ROC est décrit en creux comme une usine à gaz. La fiche reconnaît que le dispositif est complexe, que les anomalies

augmentent, que les mutuelles ne sont pas suffisamment engagées et que cela mobilise de nombreux agents. Le risque est donc de faire porter aux trésoreries hospitalières les coûts humains de dispositifs encore imparfaits.

Le passage sur les patients non assurés sociaux est sensible. La fiche montre un durcissement potentiel de la logique de recouvrement.

FICHE N°7

Les délais de paiement dans le secteur public hospitalier et l'optimisation du traitement de la chaîne dépense

La DGFIP rappelle que la maîtrise des délais de paiement constitue une priorité gouvernementale. Dans le secteur hospitalier, le délai réglementaire global est de **50 jours**, réparti entre l'ordonnateur, qui dispose de **35 jours**, et le comptable, qui dispose de **15 jours** pour effectuer ses contrôles et payer.

Pour l'administration, les retards de paiement dans le secteur hospitalier seraient principalement liés à l'ordonnateur et aux difficultés structurelles des établissements publics de santé, notamment les tensions de trésorerie.

La fiche présente ensuite les leviers d'optimisation : contrôle hiérarchisé de la dépense, contrôle allégé en partenariat, assouplissement des seuils de contrôle, visa a posteriori dans Hélios et développement des **services facturiers**. Les SFACT sont présentés comme un moyen de supprimer les contrôles redondants, fluidifier la chaîne de la dépense et offrir un interlocuteur unique aux fournisseurs.

ANALYSE DE LA CGT FINANCES PUBLIQUES

Malgré le fait que le document fait état du bon travail des agents de la DGFIP, le délai global de paiement explose : 74 jours en moyenne ; c'est très au-delà des 50 jours réglementaires. Mais le document reconnaît que les retards de paiement ne sont pas seulement un problème de procédure ou d'organisation, ils sont aussi le symptôme d'un sous-financement durable de l'hôpital public. Dès lors, les solutions organisationnelles proposées : contrôle hiérarchisé, contrôle allégé en partenariat, assouplissement des seuils, SFACT ne peuvent pas être des moyens adaptés au problème. Si l'argent magique n'existe certes pas, les réorganisations de la DGFIP ne remplaceront jamais les budgets (des recettes surtout), qui manquent aux ordonnateurs !