



Guide de contentieux tarifaire devant les TITSS et la CNTSS

*à l'usage des établissements sanitaires, sociaux
et médico-sociaux*

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
INTRODUCTION.....	4
I – LES JURIDICTIONS.....	5
A – Les TITSS.....	5
B – La CNTSS.....	7
II – DANS QUELS CAS SAISIR LE TITSS ?	8
III – QUI PEUT SAISIR LE TITSS ?.....	8
IV – QUELLES SONT LES CHANCES DE SUCCES DU RECOURS ?.....	9
V – DANS QUELS DELAIS AGIR ?.....	10
VI – QUEL CONTENU POUR LE DOSSIER DE RECOURS ?.....	11
VII – QUEL EST LE DEROULEMENT DE LA PROCEDURE DEVANT LE TITSS ?.....	13
VIII – QUELS EFFETS ?.....	14
IX – QUELS RECOURS ?.....	16
X – L’EXECUTION DES DECISIONS.....	16
FICHE N°1 : Procédure et documents obligatoires visant à l’obtention de l’arrêté de tarification, relative aux établissements médicaux sociaux.....	17
FICHE N°2 : Procédure relative aux établissements de santé.....	21
FICHE N°3 : Articulation entre le Code de l’action sociale et des familles, et le Code de la santé publique.....	24
FICHE N°4 : Exemple n° 1 de mémoire introductif de recours contentieux.....	28
FICHE N°5 : Exemple n°2 de mémoire introductif de recours contentieux.....	31
FICHE N°6 : Textes applicables.....	35
FICHE N°7 : Liste des directeurs d’établissements publics siégeant aux TITSS et à la CNTSS.....	36

REMERCIEMENTS

Ce guide de contentieux tarifaire a été réalisé par Annabelle MALNOU et Murielle JAMOT du Pôle organisation sanitaire et médico-sociale de la Fédération hospitalière de France grâce à l'aide d'un groupe de travail d'experts de la FHF que nous tenons vivement à remercier pour leur participation :

Alain BONNIERE, Directeur du CH de Ham et de l'EHPAD de Nesle (80),

Bernard DEIXONNE, Directeur des affaires financières au CH Charles Perrens de Bordeaux (33),

Eric-Alban GIROUX, Directeur des affaires financières au CHI de Meulan les Mureaux (78),

Séverine HUGUENARD, Directrice des affaires financières au CH de Houdan (78),

Christian MOLLER, Directeur du CH de Mortagne sur Sèvre (85),

Jean-Luc YRONDY, Directeur des affaires financières au CH de Courbevoie/ Neuilly sur Seine / Puteaux (92).

INTRODUCTION

« Qui veut la fin, prend les moyens »

En 1995, la Fédération Hospitalière de France avait réalisé un guide (paru dans la RHF, n° 2, mars-avril 1995), grâce à un groupe de travail, à l'attention des établissements sanitaires et médico-sociaux publics pour les aider à engager des recours tarifaires.

Le présent document propose une mise à jour de ce guide car le contentieux tarifaire n'a pas perdu de son actualité. En effet, les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires pour leurs activités financées hors T2A (SSR, psychiatrie, MIG AC) voient leurs budgets de plus en plus impactés par des réductions de moyens qui, de ce fait, ne leur permettent plus de mener à bien leur mission dans des conditions de qualité et de sécurité suffisantes. C'est notamment pour cette raison que les établissements ont de plus en plus intérêt à engager des recours contentieux contre leur autorité de tarification s'ils ont respecté les procédures, lorsque toutes les autres voies de négociation auront été épuisées.

Ce guide a pour objet d'aider les établissements à préparer leur contentieux tarifaire en leur expliquant les grands principes et les grandes étapes à respecter afin de leur apporter un éclairage suffisant sur les enjeux d'une telle démarche.

Il s'accompagne de différents documents d'appui comme par exemple la procédure budgétaire à respecter pour l'obtention d'un budget, une fiche relative à l'articulation entre le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et des familles, ou encore une trame de mémoire de recours.

Bien que le recours contentieux ne soit pas un conflit mais un arbitrage, il est toujours délicat pour un établissement d'entamer une procédure contentieuse à l'encontre de son autorité de tarification, notamment car cette démarche induit parfois une tension des relations entre les parties. Cependant, lorsque les établissements ont respecté les différentes étapes de la procédure budgétaire contradictoire et de la procédure contentieuse, le juge statue souvent en leur faveur, notamment lorsqu'ils ont fourni leur rapport d'activité détaillé. Malgré la difficulté d'une action collective, la réalisation d'un contentieux par plusieurs établissements ensemble évitera la stigmatisation d'un établissement ou d'un directeur, ainsi que la dégradation des relations. La FHF apportera son soutien si cela s'avérait nécessaire.

Par ailleurs, les juridictions du contentieux tarifaire sont actuellement peu sollicitées et statuent en général dans l'année. Le contentieux tarifaire pouvant être extrêmement efficace s'il est employé dans le respect des textes, nous vous incitons vivement à faire des recours eu égard aux chances de succès d'une telle démarche.

La réalisation d'un recours contentieux ne doit pas faire peur aux directeurs d'établissements qui sont à même de réaliser eux-mêmes une telle procédure, sans l'aide d'un avocat. En effet, le mémoire de recours ne nécessite pas de formalisme particulier, les juges s'attachant beaucoup plus au fond qu'à la forme. Cependant, si vous rencontrez des doutes ou des difficultés particulières, vous pouvez vous faire assister d'un conseil.

Les juridictions du contentieux étant des juridictions spécialisées, les requérants ne doivent pas hésiter à utiliser le vocabulaire technique spécifique.

I. Les juridictions

A – Les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale (TITSS)

Les juridictions de la tarification sanitaire et sociale sont des juridictions échevinales : elles associent des magistrats professionnels et des juges non professionnels.

Ces tribunaux sont compétents en premier ressort pour juger les recours tarifaires contre les arrêtés pris par les autorités de tarification. Ils ont remplacé les commissions interrégionales de la tarification depuis la loi du 2 janvier 2002. Ces tribunaux sont au nombre de 5 répartis selon le tableau suivant :

Nom de la Juridiction	Ressort	Adresse du secrétariat
1^{ère} instance		
TITSS de Bordeaux	Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes	103 bis rue Belleville BP 952 33063 Bordeaux cedex Tél : 05.57.01.97.51
TITSS de Lyon	Auvergne, Corse, PACA, Rhône-Alpes	107 rue Servient 69418 Lyon cedex 03 Tél : 04.72.84.78.59
TITSS de Nancy	Alsace, Bourgogne, Champagne Ardennes, Franche-Comté, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Picardie	4 rue Bénit Case spéciale n° 10011 54035 Nancy cedex Tél : 03.83.17.36.62
TITSS de Nantes	Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Saint-Pierre-et-Miquelon	MAN 6 rue René-Viviani BP 86218 44262 Nantes cedex 02 Tél : 02.40.12.87.97
TITSS de Paris	Île-de-France, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	58 à 62, rue de Mouzaïa 75935 PARIS Cedex 19
Appel		
CNTSS	France entière	1, place du Palais Royal 75100 Paris Cedex 01 Tél : 01 40 20 89 31 / 32

Suite à la réforme entrée en vigueur le 2 mars 2006, la composition des TITSS a été modifiée. Chaque TITSS est présidé par un conseiller d'Etat ou par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel ayant au moins le grade de Président, en activité ou honoraire, nommé par le vice-président du Conseil d'Etat. Un président suppléant est nommé dans les mêmes conditions.

Les TITSS sont composés de :

- Quatre membres nommés par le président de la Cour administrative d'appel du siège du tribunal, au sein d'une liste établie par le Préfet de région de ce siège, dont deux en qualité de membre suppléant.
- Deux membres nommés par le président de la Cour administrative d'appel du siège du tribunal, au sein d'une liste proposée par le collège formé par certains membres de la commission spécialisée des accompagnements médico-sociaux de la CRSA (usagers, établissements), dont un en qualité de membre titulaire et un en qualité de membre suppléant ; à ce titre, la FHF peut avoir des représentants dont les coordonnées figurent en annexe 7.
- Deux membres nommés par le président de la Cour administrative d'appel du siège du tribunal au sein d'une liste proposée par le collège formé par certains membres de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA (usagers, établissements), dont un en qualité de membre titulaire et un en qualité de membre suppléant.

Les membres sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable. Ils sont choisis parmi les personnes qui présentent les garanties d'indépendance et d'impartialité nécessaires, et que leur compétence ou leur expérience qualifie particulièrement pour l'exercice de leur mission.

Lorsque l'un des membres titulaires d'un tribunal interrégional de tarification sanitaire et sociale se trouve dans l'impossibilité d'exercer son mandat ou lorsqu'avant l'expiration de son mandat, il démissionne ou cesse de remplir les conditions requises pour exercer ses fonctions, il est remplacé par un membre suppléant.

Les tribunaux fonctionnent également grâce à des rapporteurs auxquels sont confiés l'analyse des dossiers, charge à eux d'en faire une synthèse, de la présenter au tribunal et de lui proposer un sens de jugement. Les fonctions de rapporteur sont exercées soit par des membres de la juridiction, soit par des personnes choisies, pour une durée définie par décret en Conseil d'Etat, par le président de la juridiction et présentant les garanties mentionnées au septième alinéa. Le rapporteur a voix délibérative.

Le secrétariat est assuré par les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

Les commissaires du gouvernement dont les fonctions sont exercées par un ou plusieurs membres du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, en activité ou honoraires, nommés par le vice-président du Conseil d'Etat, établissent des conclusions dans lesquelles ils exposent les points de droit et proposent une solution. Ils ne participent pas aux délibérés.

Le président du tribunal peut, par ordonnance, régler les affaires dont la nature ne justifie pas l'intervention d'une formation collégiale.

Les décisions rendues par les TITSS peuvent faire l'objet d'un appel devant la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale (CNTSS), dans le mois suivant leur notification. Enfin, ces jugements peuvent être déférés pour cassation devant le Conseil d'Etat.

Le contentieux de la tarification sanitaire et sociale est un contentieux de pleine juridiction. Le tribunal ne se contente pas d'annuler la décision attaquée mais peut s'il en est saisi fixer lui-même une nouvelle dotation globale ou un nouveau prix de journée.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les TITSS et la CNTSS peuvent saisir pour avis le Conseil d'Etat d'une question de droit nouvelle présentant une difficulté sérieuse et se posant dans de nombreux litiges.

B – La Cour Nationale de la Tarification Sanitaire et Sociale

Elle est présidée par le président de la section sociale du Conseil d'Etat ou, en son absence, par un des conseillers d'Etat désignés à cet effet par le vice-président du Conseil d'Etat.

Les membres du collège sont réunis à la demande du président de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale par le président du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale dans le délai d'un mois au moins avant la date de renouvellement du mandat des membres de la cour.

Le collège délibère des candidatures déposées auprès du président du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale et communiquées aux membres du collège cinq jours au moins avant la date de la réunion. Il est, le cas échéant, procédé par vote au scrutin uninominal majoritaire sur chacune des candidatures présentées. Le vote est secret.

La nomination des personnalités retenues intervient après avis du président de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale.

Lorsque l'un des membres titulaires de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale se trouve dans l'impossibilité d'exercer son mandat ou lorsqu'avant l'expiration de son mandat, il démissionne ou cesse de remplir les conditions requises pour exercer ses fonctions, il est remplacé par un membre suppléant.

Elle est composée de :

- Six membres nommés par le vice-président du Conseil d'Etat au sein d'une liste proposée par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'action sociale, dont trois en qualité de membre titulaire et trois en qualité de membre suppléant.
- Six membres nommés par le vice-président du Conseil d'Etat au sein d'une liste proposée par le collège formé par certains membres du CNOSS (usagers et établissements), dont trois en qualité de membre titulaire et trois en qualité de membre suppléant. A ce titre, la FHF peut avoir des représentants dont les coordonnées figurent en annexe 7.

Ces membres sont nommés pour une période de cinq ans renouvelable. Ils sont choisis parmi les personnes qui présentent les garanties d'indépendance et d'impartialité nécessaires, et que leur compétence ou leur expérience qualifie particulièrement pour l'exercice de leur mission.

Les décisions de la CNTSS sont rendues en formation plénière sous la présidence du président de la section sociale ou du conseiller d'Etat.

Elles peuvent également être rendues en formation restreinte comportant, outre le président de la cour ou son suppléant, deux assesseurs.

Le président de la cour peut, par ordonnance, régler les affaires dont la nature ne justifie pas l'intervention d'une formation collégiale.

II. Dans quel cas saisir le TITSS ?

Le TITSS peut être saisi en cas d'échec d'un recours gracieux préalable ou directement par l'établissement.

Le recours contentieux peut s'exercer à l'encontre des décisions tarifaires prises par le représentant de l'Etat dans le département (le Préfet), le DG-ARS, le Président du conseil général prises séparément ou conjointement, le Président du conseil régional, le cas échéant les Ministres compétents, c'est-à-dire déterminant les dotations annuelles, le financement des MIGAC, les prix de journée, les remboursements forfaitaires et plus généralement tous les tarifs¹ applicables aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

Par conséquent, les demandes autres que celles visant à réformer une décision de tarification d'une de ces instances ne relèvent pas de la compétence du TITSS (ex : demande de dommages et intérêts, annulations d'arrêté de rejet d'autorisation,...).

Depuis la loi relative à l'aide personnalisée d'autonomie, les TITSS sont également compétents pour connaître des litiges entre les gestionnaires d'EHPAD et l'administration portant sur le classement des personnes dans un groupe iso-ressources.

Quelques exemples de causes de recours les plus fréquents :

- Dotation budgétaire insuffisante
- Absence ou confusion de reprise des résultats des années antérieures
- Opposabilité des conventions collectives
- Partage des charges entre les sections tarifaires dépendance et soins
- Contestation des modalités d'application de la convergence tarifaire dans le secteur tarifaire
- Recours des résidents et de leurs familles sur les prix de journée
- Prime des directeurs dans les établissements privés

III. Qui peut saisir le TITSS ? Qualité pour agir – Intérêt pour agir – Mandat

• La qualité à agir

Le signataire du recours doit avoir qualité à agir en justice pour engager la structure dans un contentieux tarifaire.

Pour les établissements publics médico-sociaux, le directeur a qualité pour agir après délibération de son conseil d'administration l'y autorisant.

¹ Il s'agit des tarifs spécifiques aux établissements sanitaires ; ne sont pas concernés les tarifs arrêtés au niveau national (par exemple, les tarifs des GHS).

En revanche, pour les établissements publics sanitaires, le directeur a directement qualité pour agir : il n'a pas besoin de l'autorisation de son conseil de surveillance (voir fiche n°4, pièces à joindre).

La sanction de l'absence de qualité à agir est l'irrecevabilité de la requête. Il est par conséquent indispensable de faire délibérer le conseil d'administration. Si les TITSS se montrent généralement rigoureux sur le respect du principe de la qualité pour agir, il est toutefois admis que l'erreur commise puisse être régularisée jusqu'à l'audience.

- **L'intérêt à agir**

Le recours devant le TITSS peut être formé par toute personne physique ou morale ayant intérêt à l'annulation ou à la réformation de la décision attaquée, plus précisément par toute personne appelée soit à percevoir le montant du tarif, soit à en supporter la charge.

L'établissement peut contester le tarif comme insuffisant mais jamais comme trop élevé (CNTSS, 16 décembre 1993, association de gestion de la maison de retraite Alexandre Plancher à Rezé).

Tout résident ou toute personne qui s'acquitte des frais de séjour pour lui peut intenter un recours contre un tarif jugé trop élevé. En revanche, il ne peut pas contester un tarif comme jugé trop bas.

Le Président du conseil général est recevable à contester les forfaits soins des établissements tarifés par lui-même et l'ARS pour l'assurance maladie (maison de retraite, USLD, FAM) en raison de l'imbrication entre les dépenses qui déterminent à la fois le forfait soins et le prix de journée (CNTSS, 24 juin 1994, Président du conseil général du Val de Marne).

- **Le mandat**

Les parties au contentieux peuvent se faire représenter par un mandataire qui, s'il n'est pas avocat, doit justifier d'un mandat spécial et écrit (art. R 351-19 CASF), c'est-à-dire un mandat expressément établi pour le contentieux tarifaire engagé par le requérant.

Le mandat doit donc être rédigé en terme précis et non généraux, sous peine de ne pas être recevable.

IV. Quelles sont les chances de succès du recours ?

Voici quelques indications pratiques qui peuvent éviter aux responsables d'établissement, et à leur conseil d'administration / de surveillance les cas échéant de s'engager sur la voie d'un recours contentieux incertain. Il faut veiller à présenter un rapport détaillé des demandes ; il faut bien séparer les mesures de reconduction des mesures nouvelles.

Différentes questions doivent être posées :

- La contestation porte-t-elle sur des tarifs d'activités régulièrement créés ?

Un établissement ne peut pas prétendre à la prise en charge de dépenses relatives à des missions autres que celles pour lesquelles il a été agréé, ou résultant de conditions de fonctionnement différentes de celles prévues dans la décision d'autorisation de l'établissement. Le recours contentieux ne vise pas à faire reconnaître un accroissement de capacité.

- Le budget a-t-il été transmis dans les délais et en respectant la procédure ?

Pour répondre à cette question, vous pouvez vous appuyer sur les documents décrivant la procédure d'obtention du budget situés en annexes 1 et 2.

Les établissements médico-sociaux autonomes doivent transmettre leur budget avant le 31 octobre après avis du CTE et du conseil de la vie sociale.

Les établissements publics de santé qui gèrent des structures médico-sociales doivent transmettre les éléments financiers et d'activité permettant aux autorités tarifaires de fixer les tarifs avant le 31 octobre, après concertation avec le directoire.

- La procédure contradictoire a-t-elle été respectée ?

Des abattements de dépenses acceptés au cours de la procédure contradictoire ne peuvent plus être remis en cause au cours de la procédure contentieuse.

Par ailleurs, si l'établissement ne répond pas à l'autorité de tarification dans les huit jours de la réception de ses contre-propositions, son silence vaut acceptation des modifications proposées. Cependant, si l'établissement souhaite accepter les contre-propositions, il lui est conseillé de répondre à l'autorité de tarification dans le délai de huit jours.

V. Dans quels délais agir ?

Différents types de recours existent mais n'entraînent ni la même procédure, ni les mêmes conséquences : il s'agit des recours gracieux, contentieux et hiérarchique.

Le recours contentieux contre l'arrêté de tarification doit être réalisé dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision. La date de notification doit être entendue comme la date de réception de la décision par le destinataire. Le recours doit parvenir au secrétariat du TITSS par lettre recommandée avec accusé de réception (pour justifier de la date d'envoi) dans un délai d'un mois. Le délai institué est un délai franc, ce qui signifie que le premier jour du délai est le lendemain de celui où est intervenu l'événement déclencheur du délai et le dernier jour est le lendemain du jour du délai expiré.

Exemple : arrêté de l'ARS du 5 janvier 2011, notifié le 10 janvier et reçu par l'établissement le 12 janvier. Début du délai le 13 janvier à 0 heure, fin du délai le 14 février à minuit.

Si le délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, le recours parvenu au secrétariat de la juridiction le premier jour ouvrable suivant est encore recevable.

Outre le recours contentieux, le requérant peut exercer un recours hiérarchique : il s'agit d'un recours adressé au supérieur hiérarchique de l'auteur de l'acte l'invitant à réformer la décision prise par son subordonné. Pour qu'un tel recours soit possible, il faut que l'auteur de l'acte ait un supérieur hiérarchique : une décision de l'ARS est susceptible de recours hiérarchique auprès du Ministre alors qu'une décision du Président du conseil général n'est pas susceptible d'un tel recours en raison de l'absence de hiérarchie supérieure.

Le délai de recours ne commence à courir que pour autant que les voies et délais de recours ont été indiqués dans la notification de la décision (article R.421-5 du Code de justice administrative). Si l'arrêté de tarification n'indique pas dans son contenu ce délai, il n'est plus opposable ; un recours pourra alors être formé à tout moment, y compris au-delà d'un mois.

Par ailleurs, le délai de recours peut être prorogé par l'exercice d'un recours gracieux préalable auprès de l'auteur de la décision. Cependant, un recours gracieux ne proroge le

délai du recours contentieux que s'il a été formé avant l'expiration du délai de ce dernier (un mois).

La réponse éventuelle que l'autorité de tarification adresse à la suite du recours gracieux n'a pas l'obligation d'indiquer les voies et délais de recours (CE, 15 juillet 2004, Epoux Damon).

En cas de recours gracieux, deux cas peuvent alors se présenter :

- Si l'administration répond au recours gracieux dans un délai de deux mois et que sa réponse ne satisfait pas le requérant, il dispose alors d'un délai franc d'un mois pour saisir le TITSS.
- Si au terme d'un délai de deux mois, dont l'administration dispose pour répondre au recours gracieux, l'administration n'a pas donné de réponse, le requérant dispose alors d'un délai franc de un mois pour saisir le TITSS.

Les délais de recours devant les TITSS sont identiques en première instance comme en appel. Le cas échéant, l'appel doit être interjeté devant la CNTSS dans un délai d'un mois franc à compter de la notification du jugement.

Par principe, la procédure engagée devant un TITSS ou la CNTSS n'est pas suspensive : les actes administratifs ou les jugements attaqués continuent de produire leurs effets. Ainsi, même si le recours gracieux suspend le délai du recours contentieux, le recours ne suspend pas l'exécution de la décision contestée : celle-ci reste applicable à l'établissement.

Par ailleurs, lorsque vous engagez un contentieux et que votre autorité de tarification vous accorde une rallonge budgétaire au cours de celui-ci, nous vous conseillons de poursuivre le contentieux malgré tout. Le tribunal prononcera un non lieu partiel (ou total) à statuer.

VI. Quel contenu pour le dossier de recours ?

Le recours doit contenir l'exposé des faits et des moyens de droit sur lesquels il se fonde ainsi que les conclusions, et doit être accompagné de la décision ou du jugement attaqué ou de sa copie conforme et de la copie conforme des documents auxquels il se réfère.

Les recours et les mémoires doivent être signés par les parties ou par un mandataire qui, s'il n'est ni avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, ni avocat inscrit à un barreau, doit justifier d'un mandat spécial et écrit. Ils sont déposés, contre récépissé, ou adressés par lettre recommandée au secrétariat de la commission où ils sont enregistrés à la date et dans l'ordre d'arrivée. Attention, si le recours ne contient dans l'exposé aucun fait et aucun moyen, il n'est pas recevable.

De même un mémoire complémentaire motivé mais produit après l'expiration du délai de recours ne régularisera pas l'absence de moyen dans le recours initial.

Il est important que l'argumentation soit très claire et détaillée : il faut que chaque demande soit chiffrée pour que le magistrat ait la possibilité de fixer un nouveau tarif ou une nouvelle dotation. A défaut, le magistrat renverra à l'autorité de tarification le soin de fixer le nouveau tarif, ce qui peut être moins avantageux pour l'établissement.

De plus, le juge du contentieux de la tarification ne statue que sur les dernières conclusions du demandeur, dans la limite maximum de ce qui avait été demandé au budget. Ainsi, les dernières conclusions ne doivent pas être supérieures à la demande initiale.

Ces éléments conditionnent la recevabilité du recours.

Attention, l'ensemble des moyens et demandes doivent être exposés dans le mémoire introductif, c'est-à-dire dès le début de la procédure. Une fois le délai de recours contentieux expiré, le requérant ne sera plus admis à présenter des moyens de droit nouveaux ou à modifier ses conclusions, sauf pour réduire les demandes initiales. Il ne faut donc rien omettre dès l'introduction de la requête : la requête introductive doit impérativement comporter les motifs pour lesquels l'établissement ne peut fonctionner normalement au vu des propositions budgétaires et des montants alloués par l'autorité de tarification. La requête ne peut excéder les montants qui avaient été demandés lors de la procédure budgétaire.

En effet, si l'établissement décide d'aller au contentieux car il considère que les moyens budgétaires accordés ne lui permettent pas d'assurer son fonctionnement au regard de ses missions, c'est à partir des propositions budgétaires initiales et des échanges tenus durant la procédure contradictoire que le juge pourra, au regard des moyens exposés par les différentes parties et en fonction du droit et de la jurisprudence, fixer le nouveau tarif, la nouvelle dotation globale... Tout abattement accepté par l'établissement lors de la procédure contradictoire ne pourra être retenu par le juge dans le cadre du contentieux.

Cette interdiction d'ajouter ou de modifier des moyens ou des demandes s'applique, y compris en appel devant la CNTSS.

Depuis 2002, les TITSS bénéficient du pouvoir d'astreinte. Il est conseillé de toujours demander l'exécution de la décision sous astreinte afin d'éviter de re-saisir le TITSS en cas de refus d'exécution de la décision par l'autorité de tarification. La condamnation sous astreinte permet de condamner un débiteur à payer une somme d'argent par jour de retard d'exécution de la décision.

Nous vous conseillons également de demander systématiquement le remboursement des frais de justice, sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile.

Le dossier de recours doit comprendre obligatoirement les pièces suivantes :

- L'exposé des faits présentant ce qui est attaqué,
- L'exposé des moyens de droit, précisant les motifs juridiques sur lesquels l'établissement fonde sa contestation. Il est impératif de développer tous les moyens dès la requête initiale,
- Les conclusions, c'est-à-dire ce que l'établissement demande : annulation de l'arrêté et fixation des tarifs ou dotation à un niveau différent ou seulement la réformation pour fixation des tarifs ou dotation différents, ainsi que la demande de remboursement des frais de justice et la demande d'exécution de la décision de justice sous astreinte,
- La décision attaquée,
- La copie conforme des documents auxquels la requête se réfère.

L'original du recours ainsi que 4 copies certifiées conforme doivent être adressés au TITSS.

Par ailleurs, d'autres documents peuvent composer le dossier de recours :

- ➔ Le document prouvant la qualité de capacité du signataire d'ester en justice accompagné des statuts de l'organisme cautionnaire éventuellement.
- ➔ La preuve que les propositions budgétaires ont été déposées dans les délais requis.
- ➔ Les propositions budgétaires de l'établissement et en particulier le cahier explicitant ces propositions. Le contentieux se gagne ou se perd la plupart du temps au moment de l'élaboration du budget et non pas pendant la procédure contradictoire.
- ➔ La procédure contradictoire :
 - Les propositions de l'autorité de tarification ;
 - La réponse de l'établissement ;
 - Les preuves que la procédure contradictoire a été respectée (délais).
- ➔ Tous les documents qui peuvent prouver au Tribunal le bien fondé des demandes de l'établissement :
 - Les courriers échangés avec l'autorité de tutelle ;
 - Les rapports et études cités dans les propositions budgétaires ;
 - Les avis des organismes et commissions compétents :
 - Comité technique d'établissement
 - Conseil de la vie sociale
- ➔ Pièces complémentaires de nature à justifier le bien-fondé du recours :
 - Référence et copie des décisions constituant la jurisprudence.

VII. Quel est le déroulement de la procédure devant le TITSS ?

A – L'élaboration de la décision de tarification

Les propositions des établissements doivent respecter les principes et les délais fixés par la réglementation. Toute proposition de dépenses doit toujours être accompagnée d'un minimum de justification.

B – L'appréciation et la détermination du montant des dépenses et des recettes

L'administration qui reçoit les propositions des établissements dans les formes et délais doit respecter une procédure d'étude.

Le caractère contradictoire de la procédure doit être réellement respecté par les autorités tarifaires. C'est au requérant d'apporter la charge de la preuve que le montant des dépenses autorisées n'est pas suffisant : en effet, il existe de véritables possibilités de recours contre des montants de dépenses considérés comme trop insuffisants. Malgré les enveloppes limitatives et la disparition de la référence au « fonctionnement normal de l'établissement », aucune autorité tarifaire ne pourra se contenter de l'application d'un taux directeur de reconduction des moyens d'une année sur l'autre mais devra examiner la situation particulière de chaque établissement. Des abattements insuffisamment motivés par l'autorité de tarification au regard du Code de l'action sociale et des familles (CASF) sont souvent une cause d'annulation.

Une fois la requête réalisée, le greffe du TITSS la transmettra à l'auteur de l'arrêté de tarification ainsi qu'à l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service dont la tarification est contestée, si cet établissement ou service n'est pas l'auteur du recours.

Ils disposent d'un délai de 45 jours pour produire leurs défenses et observations auprès du Tribunal. Ce délai est renouvelable sur demande expresse. Après mise en demeure du

Président du Tribunal, si l'autorité de tarification ne produit aucun mémoire, elle est réputée avoir acquiescé aux éléments de faits à la condition toutefois qu'elle ait été prévenue par le Président du Tribunal des conséquences de son silence.

La défense et les observations en réponse sont immédiatement communiquées par le greffe du Tribunal à l'auteur du recours qui dispose d'un délai d'un mois pour produire un mémoire de réponse.

Sauf décision contraire du Président, l'instruction est close par l'enregistrement de la réplique ou à défaut, par l'expiration du délai imparti pour sa production. Il n'est pas tenu compte des mémoires en réplique parvenus au-delà du délai d'un mois.

Le rapporteur et le commissaire du gouvernement procèdent chacun de leur côté à l'examen des dossiers.

Le rapporteur est le premier à examiner le dossier : il a pour mission de rédiger un rapport et un projet de jugement. Il vérifie le contenu du dossier et s'assure que l'instruction a été correctement effectuée. Il identifie les questions soulevées par l'affaire et élabore une proposition de solution au litige, à travers le projet de jugement.

Le commissaire du gouvernement est un magistrat administratif chargé en toute indépendance de proposer aux membres de la juridiction, la solution qui lui paraît être la plus conforme au droit. Il a pour mission d'inscrire l'affaire à l'ordre du jour d'une séance de jugement. Les parties au litige sont prévenues 10 jours avant la séance.

Lors de la séance, le rapporteur lit des extraits de son rapport. Puis, à l'invitation du Président, les parties au litige peuvent formuler de brèves observations orales lorsqu'elles sont présentes. Elles peuvent le faire elles-mêmes ou par voie d'avocat. Il n'y a pas de débat contradictoire. Enfin, le commissaire du gouvernement lit ses conclusions.

Une fois que toutes les affaires inscrites à l'ordre du jour ont été appelées, les parties au litige et le public sont invités à se retirer afin de permettre aux membres de la juridiction de délibérer.

Pour que la délibération des juges soit valable, le quorum doit être atteint (3 membres pour le TITSS). En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante. Les membres du TITSS doivent se comporter comme de véritables juges et décider en fonction des règles de droit et non en fonction de leurs professions dans la vie courante.

VIII. Quels effets ?

Il faut savoir que le juge ne peut pas accorder plus au requérant que ce qu'il a demandé. Il doit se prononcer sur l'ensemble des conclusions du requérant et peut également soulever des moyens d'ordre public.

Si le juge ne rejette pas la requête, plusieurs effets sont alors possibles :

- Annulation de l'arrêté sans réformation de la décision
- Réformation de la décision sans annulation de l'arrêté
- Annulation de l'arrêté et réformation de la décision

A – L'annulation de la décision contestée

- Soit le tribunal fixe la nouvelle dotation globale ou le nouveau prix de journée, si le requérant l'a demandé explicitement ;
- Soit le tribunal renvoie l'affaire à l'autorité tarifaire afin qu'elle détermine elle-même la nouvelle dotation globale ou le nouveau prix de journée. Le risque est qu'elle ne le fasse jamais ! Ce renvoi est regrettable et s'explique trop souvent par le fait que l'établissement n'a pas demandé clairement au TITSS de fixer le nouveau tarif ou ne lui a pas fourni tous les éléments qui lui permettent de refaire lui-même les calculs. N'oubliez pas de donner toutes les informations utiles au TITSS.

Dans tous les cas la décision du TITSS s'impose aux financeurs. Le jugement infirmant la décision de l'autorité de tarification est rétroactif et s'applique au jour de la mise en œuvre de la décision illégale contestée. Les décisions du juge du tarif sont mises en œuvre lors de l'exercice au cours duquel elles sont notifiées à l'autorité de tarification, par une décision budgétaire modificative.

Le nouveau tarif ou la nouvelle dotation prend effet à la date de l'arrêté attaqué. Lorsque la décision intervient après la clôture de l'exercice concerné, il y a nécessité de procéder à des reconstitutions du passé pour que la décision du tribunal ait un effet sur le budget de l'exercice en cours.

Afin d'éviter que les décisions des TITSS ne soient pas appliquées par les autorités tarifaires, la loi du 2 janvier 2002 prévoit que les TITSS peuvent assortir leur décision d'astreintes en cas d'inexécution. En effet, il est conseillé de toujours demander l'exécution de la décision sous astreinte afin d'éviter de re-saisir le TITSS en cas de refus d'exécution de la décision par l'autorité de tarification. La condamnation sous astreinte permet de condamner un débiteur à payer une somme d'argent par jour de retard en cas d'inexécution de la décision.

B – L'opposition et la tierce opposition

Les jugements du TITSS ne sont pas susceptibles d'opposition car les parties contre lesquelles le jugement a été rendu sont fondées à porter appel de la décision. En revanche devant la cour nationale, la partie défaillante peut former opposition dans un délai de 15 jours. Lorsqu'un jugement a été rendu par défaut, la tierce opposition tend à faire rétracter ou réformer un jugement au profit du tiers qui l'attaque. Elle remet en question relativement à son auteur les points jugés qu'elle critique, pour qu'il soit à nouveau statué en fait et en droit.

La tierce opposition est possible devant les TITSS et la cour nationale. Elle vise à permettre à des personnes qui y ont intérêt, de remettre en cause un jugement lorsqu'elles n'étaient ni présentes, ni représentées. Ainsi, cela pourrait être le cas pour un établissement pour personnes âgées qui demanderait la fixation d'un prix de journée supérieur au prix de journée accordé. Un résident payant pourrait former tierce opposition. Pour éviter ce genre de désagrément, nous vous conseillons d'afficher dans l'établissement le recours formé. Le juge considérera que les résidents ont été informés. De plus en plus de résidents risquent de

former des recours contre les prix de journée. Si leur requête aboutit, le nouveau tarif ne s'applique qu'au demandeur et non à l'ensemble des résidents.

IX. Quels recours ?

L'appel :

En cas d'insatisfaction de la décision prise par le TITSS, la personne qui a qualité à agir au nom de l'établissement dispose d'un mois pour faire appel de la décision du TITSS devant la CNTSS, à compter de la date de notification du jugement.

En cas d'erreur matérielle de ses propres décisions et des jugements des TITSS, la CNTSS est également compétente.

L'appel devant la CNTSS n'est pas suspensif : le jugement notifié s'applique jusqu'à la décision de la CNTSS.

Le pourvoi en cassation :

Les décisions prises par la CNTSS sont susceptibles d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat dans un délai de deux mois à compter de la notification de l'arrêt.

Tout comme les autres recours, le pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat n'est pas suspensif.

Attention, le juge de cassation ne rejuge pas l'affaire en fait mais uniquement en droit : le jugement ou l'arrêt n'est annulé que si la procédure a été irrégulière ou les règles de droit mal interprétées ou appliquées. Le juge de cassation ne rejugera pas l'affaire sur le fond.

X. L'exécution des décisions

Comme précisé précédemment, les TITSS bénéficiant du pouvoir d'astreinte, il est conseillé de toujours demander l'exécution de la décision sous astreinte afin d'éviter de re-saisir le TITSS en cas de refus d'exécution de la décision par l'autorité de tarification.

Si tel n'était pas le cas, en cas de difficulté à obtenir l'exécution de la décision de justice, trois possibilités s'offrent à vous :

- Saisir la section du rapport et des études du Conseil d'Etat,
- Saisir le médiateur de la République,
- Demander à la section du contentieux du Conseil d'Etat la condamnation de l'Etat, des collectivités locales ou des organismes de sécurité sociale au paiement d'une astreinte.

Fiche n°1 :
**Procédure et documents obligatoires visant à l'obtention de l'arrêté de
tarification relative aux établissements médico-sociaux**

Textes applicables : le Code de l'action sociale et des familles

PROCEDURE

➤ **Le budget prévisionnel**

Les **propositions budgétaires** pour l'exercice N doivent être transmises par l'établissement aux autorités de tarification **au plus tard le 31 octobre N-1** (de l'année de celle à laquelle elles se rapportent).

A défaut, l'autorité de tarification réalise d'office la tarification après avis de la Caisse régionale d'assurance maladie pour les établissements et services financés par l'assurance maladie.

Les **propositions de modifications budgétaires** peuvent être formulées à l'établissement ou au service par plusieurs courriers successifs et doivent être transmis **au plus tard 12 jours avant la notification de la décision tarifaire**.

Dans un **délai de 8 jours** après réception de chaque courrier, l'établissement ou le service doit **faire connaître son éventuel désaccord** avec la proposition de l'autorité de tarification. A défaut de réponse, il est réputé avoir approuvé la modification proposée. Son désaccord doit être circonscrit en indiquant notamment les raisons qui rendent impossible le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir, soit :

- Pour les dépenses de personnel, en quoi les projets de promotion ou d'augmentation catégorielle de l'établissement ou du service sont insusceptibles d'être adaptés pour assurer le respect du niveau de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir
- Pour les autres dépenses, les raisons qui rendent impossible toute modification de propositions budgétaires visant à les rendre compatibles avec le montant total de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir.

Dès qu'il reçoit notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification, l'établissement ou le service réalise un budget exécutoire qu'il transmet immédiatement à l'autorité de tarification pour information.

➤ **Le compte administratif / compte financier**

Les établissements autonomes soumis à la **M22** doivent transmettre le compte administratif, après délibération du Conseil d'administration, aux autorités de tarification **au plus tard le 30 avril N+1**.

Les établissements ou services rattachés à un établissement sanitaire soumis à la **M21** doivent transmettre le compte financier, après délibération du Conseil de surveillance, aux autorités de tarification **au plus tard le 31 mai N+1** (en 2012, la date butoir sera fixée au 30 avril).

En cas de non transmission, l'autorité de tarification adresse une mise en demeure à l'établissement ou au service assortie d'un délai supplémentaire d'un mois. Faute de réponse, elle fixe d'office le montant et l'affectation des résultats.

L'affectation du résultat est décidée par l'autorité de tarification.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A TRANSMETTRE

➤ Le budget prévisionnel

Les propositions budgétaires comprennent :

- 1) Budget prévisionnel
- 2) Rapport budgétaire du directeur précisant :
 - Les hypothèses en matière d'évolution des prix, des rémunérations et des charges sociales et fiscales relatives à la reconduction des moyens autorisés dans le cadre du budget exécutif de l'année précédente
 - Le tableau retraçant l'activité et les moyens de l'établissement ou service aux cours des 3 dernières années précédentes en faisant apparaître le nombre prévisionnel et effectif de personnes prises en charge
 - Le bilan sur les 2 derniers exercices et celui en cours des promotions et augmentations individuelles ou catégorielles des rémunérations au sein de l'établissement ou service.
 - Les hypothèses retenues en matière de promotion et d'avancement et de leur incidence sur le nombre de points d'indice qui en résultent par application des conventions collectives ou des dispositions statutaires applicables, afin de justifier le montant prévisionnel global de la rémunération du personnel
 - Les éléments du projet d'établissement justifiant les dépenses proposées
- 3) Classement des personnes accueillies par GIR s'il y a lieu en fonction de la structure
- 4) Tableau des effectifs du personnel faisant apparaître :
 - Le nombre prévisionnel des emplois par grade ou qualification
 - Les suppressions, transformations et créations (présentation distincte) de postes
 - La répartition des dépenses de personnel entre les différentes activités, principale et annexes, ainsi que leurs éventuelles variations, et leurs justifications
- 5) Bilan comptable du dernier exercice clos
- 6) Données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ou au service pour le dernier exercice clos et l'exercice prévisionnel : articles L.312-1 I et L.314-1 III du code de l'action sociale et des familles

- 7) Tableau prévisionnel de remboursement des emprunts
- 8) Projets d'investissement du futur exercice
- 9) Plans pluriannuels de financement en cours ou projetés
- 10) Tableau de répartition des charges et des produits par section tarifaire s'il y a lieu présentant la ventilation faite par budgets (principal et annexes) avec les critères de répartition
- 11) Description de l'activité du service (s'il représente + 20 % de sa capacité) ou de l'établissement.

➤ **L'exécution du budget**

▪ **Les décisions modificatives**

Celles dont le financement ne fait pas appel aux produits de la tarification sont transmises à l'autorité de tarification avant leurs mises en œuvre. Elles ne sont pas soumises à son approbation.

Les autres décisions modificatives sont soumises à approbation de l'autorité de tarification et doivent être accompagnées du rapport du directeur.

▪ **Les programmes d'investissements et emprunts**

Les programmes d'investissements et leurs plans de financement, ainsi que les emprunts dont la durée est supérieure à 1 an doivent être approuvés par l'autorité de tarification dans un délai de 60 jours à compter de leur réception. A défaut, ils réputés approuvés.

Si leurs modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation, elles doivent être également transmises à l'autorité de tarification pour approbation.

➤ **Le compte administratif ou financier :**

Il comporte :

- Le compte de résultat de l'exercice
- Le bilan comptable propre à l'établissement ou au service
- L'état des dépenses de personnel issu notamment de la déclaration annuelle des salaires
- Une annexe comprenant un état synthétique des mouvements d'immobilisations de l'exercice, un état synthétique des amortissements de l'exercice, un état des emprunts et des frais financiers, un état synthétique des provisions de l'exercice, un état des dettes et des créances
- L'état réalisé de la section d'investissement
- Le classement des personnes accueillies par GIR s'il y a lieu en fonction de la structure
- Le tableau des effectifs du personnel faisant apparaître :
 - Le nombre des emplois par grade ou qualification
 - Les suppressions, transformations et créations (présentation distincte) de postes
 - La répartition des dépenses de personnel entre les différentes activités, principale et annexes, ainsi que leurs éventuelles variations, et leurs justifications

- Bilan comptable du dernier exercice clos
- Le rapport d'activité décrivant l'activité et le fonctionnement de l'établissement ou du service pour l'exercice auquel se rapporte le compte administratif. Il précise et chiffre les raisons qui expliquent le résultat d'exploitation, notamment celles tenant à l'évolution des prix, à la politique de recrutement et de rémunération des personnels, à l'organisation du travail et à la politique d'amortissement des investissements. En cas de déficit, il précise également les mesures qui ont été mises en œuvre pour parvenir à l'équilibre et les raisons pour lesquelles celui-ci n'a pas été atteint.
- Les propositions d'affectation du résultat (délibération du conseil d'administration ou du conseil de surveillance).

Fiche n°2 :
Procédure relative aux établissements sanitaires

EPRD - Transmission des documents à l'ARS

Elément financiers et d'activité des budgets annexes	31 octobre N-1
EPRD 30 jours après notification	N
PGFP 30 jours après notification	N
1er rapport Infra Annuel au 30 juin	15 août N
DM éventuelle	15 août N
2ème suivi trimestriel au 30 Septembre	31 octobre N
DM éventuelle	31 octobre N
3ème suivi trimestriel au 31 décembre	15 février N+1
Compte financier	30 avril N+1

L'EPRD est transmis à l'ARS dans les 30 jours suivant les notifications budgétaires après :

- Information de la CME, du CTE et du CS ;
- Concertation avec le Directoire.

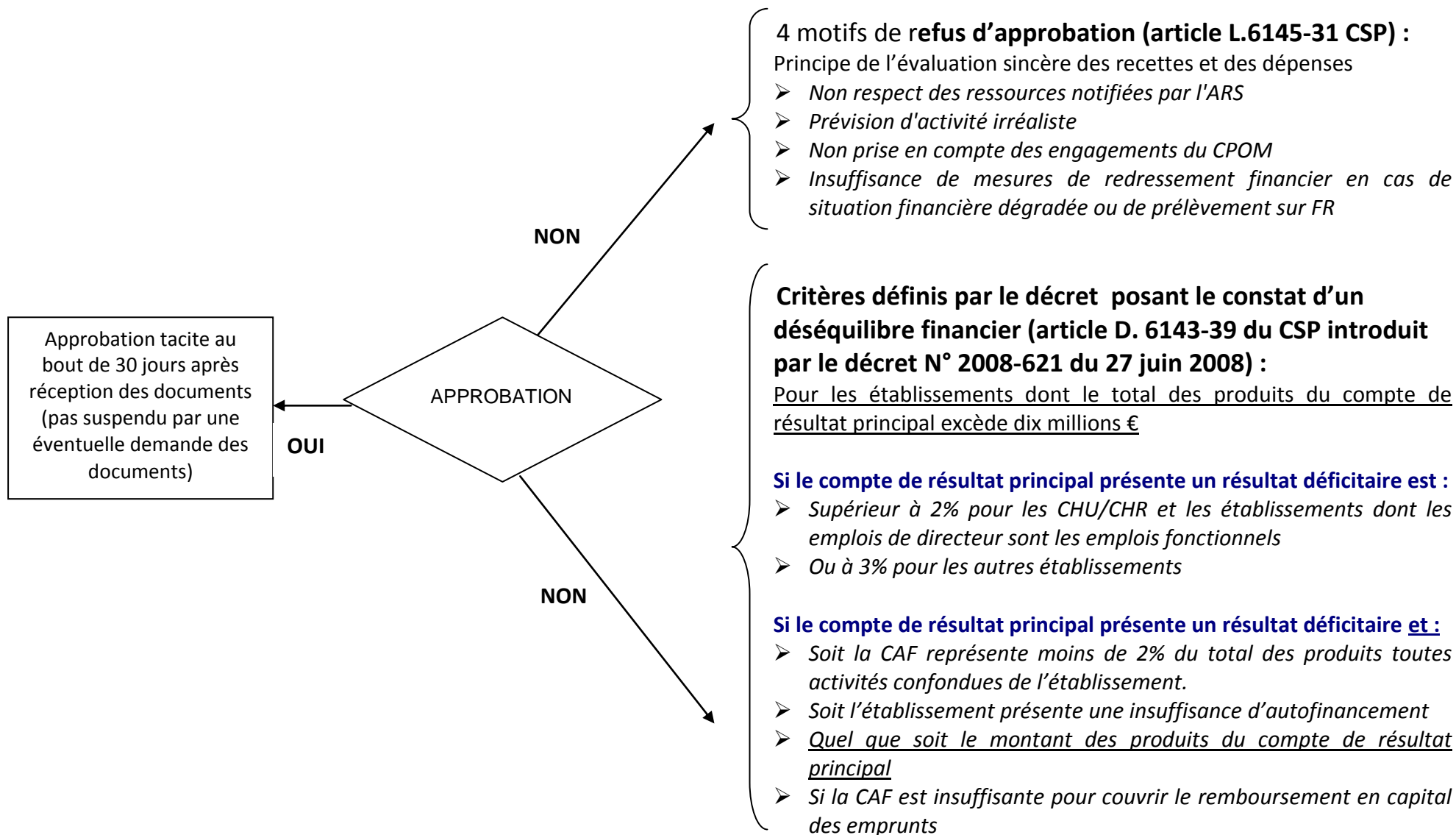
L'EPRD se compose de :

- CRP Principal
- CRP Annexe (pour chacune des activités prévues)
- Tableau de financement (et PGFP – art. R.6145-66)

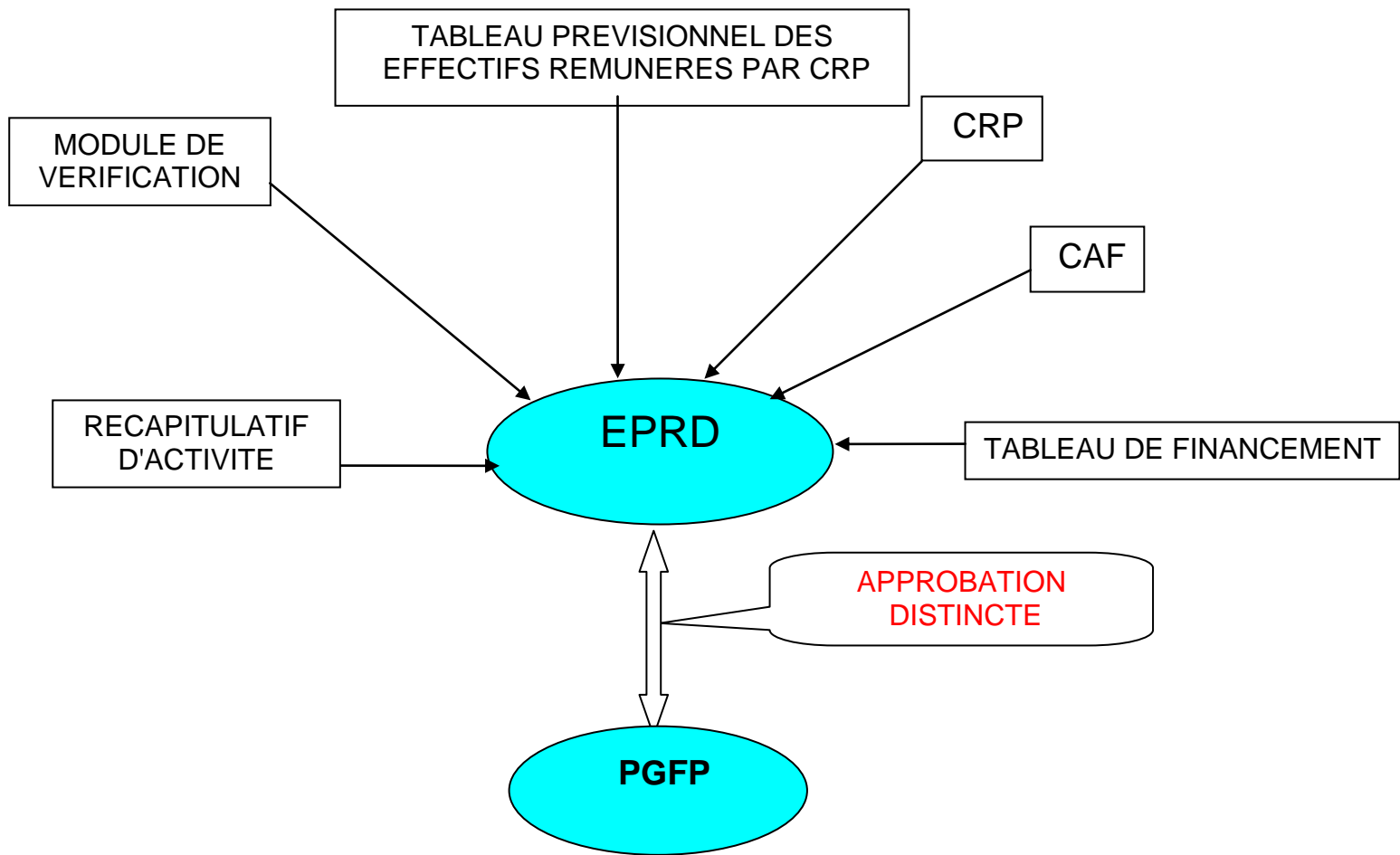
Sont annexés à l'EPRD :

- Rapport de présentation
- Tableau prévisionnel des effectifs rémunérés
- Propositions des tarifs de prestations

APPROBATION



e-EPRD in ANCRE



Fiche n°3 :
Articulation entre le code de l'action sociale et des familles
et le code de la santé publique

Cette fiche concerne uniquement les établissements publics de santé (EPS) gérant une activité sociale ou médico-sociale. Les règles qui leur sont applicables sont fixées par les articles R314-75 à R314-77 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Ces articles précisent les dispositions du code de la santé publique (CSP) qui s'appliquent par dérogation à celles du CASF, aux différents stades de la procédure tarifaire et budgétaire.

Cette fiche s'appuie également sur un jugement du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux « Centre hospitalier Charles Perrens contre Préfet de la Gironde » du 8 juillet 2009 explicitant les dispositions applicables à la procédure de tarification d'un EPS gérant une activité de ce type.

1. Exemples d'activité sociale ou médico-sociale pouvant être gérée par un établissement public de santé (article R314-1 du CASF):

- Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (notamment les EHPAD)
- Les établissements et les services qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert (ex : Maison d'accueil spécialisée, Foyer d'accueil médicalisé)
- Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse (ex : CHR)
- Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé " et les appartements de coordination thérapeutique
- Les établissements ou services dénommés selon les cas, centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services (ex : Centre de ressources autisme)

- Les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire.

2. Etablissement des propositions budgétaires

L'établissement de santé gestionnaire d'une activité régie par le CASF doit communiquer à l'autorité de tarification compétente – en pratique, le directeur général de l'ARS et/ou le Président du Conseil Général - tous les éléments nécessaires dans les délais prescrits. Il ne s'agit pas d'un rapport préliminaire à l'EPRD qui a disparu du code de la santé publique.

- Calendrier applicable

Aucune dérogation n'est prévue. En conséquence, les propositions de l'année n+1 doivent être communiquées à l'autorité de tarification compétente au plus tard le 31 octobre de l'année précédente. A ce stade, il n'y a encore aucun lien avec l'EPRD.

- Modalités de présentation

Le dossier envoyé en octobre aux autorités de tarification doit être conforme aux dispositions du CASF (articles R.314-13 et suivants, à l'exception de l'article R.314-15 et des articles R.314-20 et R.314-27 en tant qu'ils ont trait aux opérations d'investissement).

« L'organe délibérant » est le directeur de l'établissement de santé. Il n'y a pas lieu de présenter une section d'investissement. Pour le fonctionnement, il convient de distinguer les mesures nouvelles du budget de reconduction.

Conseil ! Utiliser les modèles de documents budgétaires du médico-social.

- Composition du dossier

- Le rapport budgétaire du directeur justifiant les prévisions de dépenses et de recettes : 5 chapitres obligatoires détaillés à l'article R.314-18 du CASF
- Le tableau des effectifs du personnel défini à l'article R.314-19 conforme à un modèle type

Plus, le cas échéant:

- Le classement des personnes accueillies par groupes « iso-ressources »
- Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement
- Un plan détaillant les modalités de transport des personnes accueillies de jour

Attention ! Tout dossier incomplet, non conforme ou transmis hors délai permet à l'autorité de tarification de procéder à une tarification d'office (art. R.314-38).

Conseil ! Adresser le dossier en courrier recommandé avec accusé de réception et pour les agences régionales de santé, en précisant bien le service concerné.

3. Autorisation budgétaire et tarification. Intégration dans l'EPRD

Après la procédure contradictoire prévue à l'article R314-24, l'autorité de tarification autorise le montant des recettes et dépenses prévisionnelles par groupes fonctionnels – ce qui est sans effet sur un EPS - et fixe les tarifs applicables à l'établissement, sous forme de dotation globale, de prix de journée, de tarifs horaires ou autres.

Ces décisions sont prises sous forme d'arrêtés, susceptibles de recours devant le tribunal de la tarification sanitaire et sociale.

Le directeur de l'établissement public de santé doit établir dans les 30 jours un budget exécutoire, sous forme de compte de résultat prévisionnel annexe intégré dans l'EPRD.

Faute de synchronisation des calendriers budgétaires sanitaires et médico-sociaux, plusieurs cas sont possibles :

- Le délai de 30 jours expire avant que l'établissement ait pu établir l'EPRD de l'année en cours. Ce cas est peu probable, les arrêtés pour les budgets médico-sociaux étant notifiés généralement plus tard que les arrêtés pour les activités sanitaires. Si besoin, on pourrait envisager de réaliser un CRPA provisoire pour l'envoyer à l'autorité de tarification avant de l'intégrer ultérieurement dans l'EPRD.
- L'arrêté parvient pendant la phase de construction de l'EPRD. C'est la situation idéale, le CRPA étant d'emblée intégré à l'EPRD et le principe d'unicité budgétaire pleinement respecté.
- L'arrêté parvient après que l'EPRD soit devenu exécutoire. Il convient alors de prévoir une décision modificative pour ajuster les recettes et les dépenses du CRPA aux montants autorisés.

Conseil ! Dans le cas (fréquent) où les recettes des CRPA ne sont pas connues au moment de l'élaboration de l'EPRD, il est prudent soit de reconduire celles de l'année précédente, soit de prévoir une progression raisonnable au regard du contexte général de l'ONDAM et de l'activité prévisionnelle.

4. Exécution du budget

A partir du moment où les éléments tarifaires de l'activité sociale ou médico-sociale sont intégrés dans un compte de résultat prévisionnel annexe de l'établissement public de santé, toutes les règles applicables sont celles du code de la santé publique (voir article R.314-75 alinéa 3 du CASF). Cela concerne en particulier :

- Le classement des recettes et des dépenses en titres et non en groupes fonctionnels
- La nomenclature comptable
- Les virements de crédits
- Les décisions modificatives, dans la mesure où elles respectent les arrêtés de tarification
- Le caractère non limitatif de certains comptes budgétaires
- La clôture des comptes annuels, l'activité médico-sociale ne donnant pas lieu à un

compte administratif spécifique mais étant intégrée au compte financier général.

Conseil ! Il est recommandé d'adresser à l'autorité de tarification compétente un extrait du compte financier annuel relatif à l'activité médico-sociale.

5. Compte financier et affectation des résultats

Il existe une contradiction entre le CASF et le CSP sur la question de la réformation des résultats des budgets annexes sociaux ou médico-sociaux gérés par un établissement de santé qui nécessiterait une mise à jour du CASF.

Art. R. 314-76 (CASF) : « L'autorité de tarification du budget annexe social ou médico-social est tenue informée par le directeur de l'établissement de santé de toute affectation de résultats dans le budget dont elle fixe le tarif.

(Décret n° 2007-399 du 23 mars 2007) « Cette affectation prend en compte, le cas échéant, la réformation des résultats opérée dans les conditions prévues à l'article R.314-52. »

Ce 2ème alinéa est complètement inapplicable au regard des dispositions issues de la partie législative du code de la santé publique citées ci dessous, aucune autorité ne pouvant réformer le compte financier et l'affectation des résultats, y compris ceux des activités annexes, d'un établissement public de santé.

Article L.6143-1 (CSP): « Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L.6143-2 ;

2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L.6142-5 ;

3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

etc... »

Article L.6143-4 (CSP) : «... Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 7° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas. Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ...».

Conseil ! Il convient d'adresser aux autorités de tarification compétentes, par courrier recommandé avec avis de réception, la délibération du Conseil de surveillance sur le compte financier et l'affectation des résultats dès qu'elle est exécutoire. Ces autorités ne pourront pas la remettre en cause.

Fiche n°4 :
Exemple n°1 de mémoire introductif de recours contentieux

Monsieur le Président
du Tribunal Interrégional
de la Tarification sanitaire et sociale

Objet : recours contre l'arrêté en date dude.....

Recommandé avec accusé de réception

Pièces jointes :

- L'arrêté attaqué
- Le document prouvant l'habilitation du signataire à ester en justice, accompagné de l'arrêté de création de l'établissement (copie de l'arrêté de nomination du directeur et délibération du Conseil d'Administration pour un ESMS ; pour un EPS vois ci-dessous).
- Les propositions budgétaires de l'établissement accompagnées des pièces justificatives prévues par la réglementation et nécessaires à la compréhension des propositions.
- La preuve que les propositions budgétaires ont été déposées dans les délais prévus par la réglementation.
- La procédure contradictoire avec les autorités de tarification et les réponses de l'établissement ou,
- Le cas échéant, la preuve que cette procédure contradictoire n'a pas eu lieu ou n'a pas été respectée,
- Le cas échéant, l'établissement peut adjoindre des pièces complémentaires telles que le CPOM ou la convention tripartite montrant ce qui était envisagé, des rapports relatifs à l'établissement, avis de l'organisme...

1) Le requérant :

Pour les établissements sociaux et médico-sociaux
L'EHPAD
Le Foyer de vie

} Nom, adresse...

représenté par..... en vertu d'une délibération n°..... en date du Conseil d'Administration (copie jointe) (attention : la délibération ne peut être prise « par précaution »

avant la notification de l'arrêté tarifaire, il faut que l'arrêté soit connu pour décider d'un recours contentieux).

Concernant les EPS, il n'appartient pas au Conseil de Surveillance de désigner le directeur par délibération, dans ce cas il y a lieu de faire référence :

- au code administratif, dans son chapitre relatif au contentieux administratif, article R.431-4, page 677 du code administratif DALLOZ, édition 2008, fait référence au point 20, pour les établissements publics : même en l'absence, dans les statuts de l'établissement public, des dispositions réservant expressément à un autre organe la capacité de décider de former une action devant le juge administratif, celle-ci est régulièrement engagée par l'organe tenant des mêmes statuts le pouvoir de représenter en justice cet établissement (CE 29/12/1999²).

2) Ainsi la proposition de saisine du juge :

L'établissement (EPS ou ESMS) sis à représenté par son directeur, dûment habilité par..... (cf ce qui précède) a décidé de déposer une requête le....., expédiée en RAR leavec récépissé de dépôt (ou déposé au greffe le.....) contre récépissé.....contre l'arrêté n°.....de..... en date du....., notifié le.....et reçu le.....(joint en annexe), du directeur général de l'ARS, et/ou du Président du Conseil Général fixant les tarifs de.....ou la dotation globale de l'établissement à : (mettre le montant ou les montants) alors que le budget demandé, les tarifs, la dotation globale.... étaient de :€.

En conséquence, l'établissement demande à ce que les « crédits » demandés qui ont fait l'objet d'abattements soient rétablis tels que demandés à savoir :€.

Les moyens développés pour faire aboutir cette demande sont de deux ordres :

a) des moyens de forme : (la conséquence est la demande de l'annulation de l'arrêté car pris dans un cadre illégal)

Exemples :

- Le non respect de la procédure contradictoire (non respect des délais) ou son absence ;
- L'irrégularité de l'arrêté de tarification car signé par une personne n'ayant pas le pouvoir de signer ;

² Conseil d'Etat n° 195046 du 29/12/1999 : « en l'absence dans un décret ou dans d'autres textes régissant les établissements publics créés en application des articles L 321-1 et suivants du code de l'urbanisme, de disposition réservant expressément à un autre organe, et notamment au conseil d'administration de l'établissement, la capacité de décider de former une action devant le juge administratif, celle-ci est régulièrement engagée par l'organe tenant des mêmes statuts le pouvoir de représenter en justice l'établissement ; que, pour rejeter la requête formée au nom de l'établissement public par son directeur, la cour s'est fondée sur la circonstance qu'il n'avait pas produit du conseil d'administration ; qu'elle a ainsi entaché son arrêt d'une erreur de droit ; qu'il y a lieu d'annuler l'arrêt attaqué ».

- La référence à un taux directeur d'évolution des budgets sans référence réglementaire ou législative.

Remarque : un arrêté peut être annulé pour des moyens de forme, mais il n'empêche pas le tribunal de se prononcer sur le fond. Ainsi l'établissement doit apporter dans son mémoire les explications nécessaires pour que le juge puisse connaître le dossier au fond.

b) des moyens de fond :

L'établissement conteste des abattements de crédits sur les postes suivants..... car abusifs, non justifiés alors que l'établissement, dans le cadre de son rapport budgétaire, en s'appuyant sur le CPOM et/ou, la convention tripartite ou autres documents signés par l'administration, n'a fait que reprendre ce qui était prévu comme par exemple des créations de postes, des intégrations dans le budget de l'incidence d'un plan pluriannuel d'investissement approuvé.....

Remarque 1 : l'établissement bien entendu développera dans son mémoire ce qu'il avait indiqué dans son rapport budgétaire en se référant aux documents pouvant être visés.

Remarque 2 : le tribunal jugera en fonction d'un côté de la pertinence des moyens employés par l'auteur du recours et à ceux employés par le défendeur.

En conclusion, l'établissement.....demande qu'il plaise au tribunal :

- D'annuler l'arrêté en date du du tarificateur, en raison des moyens de forme énoncés ci-dessus.
- De réformer l'arrêté sus visé et de rétablir les crédits à hauteur de.....tels que le montre le tableau ci-dessous..... (attention les crédits demandés ne peuvent être supérieurs au budget demandé), et de fixer la dotation globale, le tarif à.....à compter du.....
- De demander l'exécution de la décision sous astreinte
- (en cas d'intervention d'un avocat) De condamner le défendeur au paiement des frais irrépétibles (article 700 du Code de procédure civile).

Remarque importante : pour éviter que le tribunal renvoie au tarificateur pour fixation du nouveau tarif, il faut que le dossier de recours soit particulièrement précis pour que le tribunal dans son jugement fixe le tarif).

Vous en souhaitant bonne réception,

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma parfaite considération.

....., le .././....

Le Directeur,

Fiche n°5 :
Exemple n°2 de mémoire introductif de recours contentieux

Mémoire introductif de recours contentieux

Objet : Recours contre les arrêtés de tarification du portant sur :

- le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation,
- le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L 174.1
- le montant du forfait global de soins.

Pièces jointes au mémoire introductif

1. arrêté n° 2010-662 – EPRD Complémentaire
2. arrêté n° 2010-653 – EPRD Complémentaire
3. arrêté n° 2010-143 – EPRD Initial
4. arrêté n° 10-200 – EPRD Initial
5. courrier ARS / Campagne tarifaire 2010 du 24 juin 2010
6. courrier CH du 21 juillet 2010
7. recours gracieux du 11 janvier 2011
8. détail de fixation Dotation Soins USLD
9. résultat d'exploitation 2010
10. arrêté de nomination du directeur

Qualité pour agir

Le centre hospitalier de est un établissement public de santé. Il est représenté en justice par son directeur. Arrêté de nomination

Textes réglementaires et décisions réglementaires concernant le recours et exposé des moyens

- Code de la Santé Publique
- Code de l'action sociale et des familles
- EPRD 2010 du Centre hospitalier de
- Recours gracieux du Centre Hospitalier de du 11 janvier 2011

L'ARS de a arrêté les dotations le 24 juin 2010 en réduisant de manière importante les crédits AC et MIGAC en demandant expressément d'équilibrer l'EPRD et en annonçant à l'automne une possibilité de dotation complémentaire. Par courrier du 21 juillet 2010 et dès la

transmission de l'EPRD conforme à la demande, j'ai exposé l'impossibilité avec les dotations prévues de réaliser les missions confiées.

Le 27 décembre 2010, deux nouveaux arrêtés ont été transmis mais ils ne prennent pas en compte les demandes formulées précédemment.

Un recours gracieux a été déposé le 11 janvier 2011 pour que les recettes correspondent aux missions confiées. Aucune réponse n'a été apportée ce jour soit plus d'un mois après son dépôt. L'équilibre financier 2010 a certes été respecté, mais en reprenant une provision de 194 100 € qui avait été constituée pour un risque certain et qui n'est donc plus aujourd'hui couvert.

EXPOSE DES FAITS :

Le présent recours repose sur trois points permettant de fixer les dotations.

1. Point concernant le financement des investissements

En 2009, le centre hospitalier de avait déposé un recours gracieux qui avait partiellement abouti dans la mesure où une dotation complémentaire de 60 000 € avait été versée sur une demande initiale de 275 964 €. La gestion 2009 présentait un déficit de 49 300 € qui a été comblé par une reprise de provision.

La situation est à nouveau la même en 2010. La raison essentielle de ce déséquilibre financier est liée au mode de financement de l'opération de restructuration architecturale en partie basée sur la dotation AC.

Dans le cadre du PPRI, le centre hospitalier de devait obtenir sur cinq ans une dotation annuelle de 300 000 € permettant de renforcer les crédits du titre 4. Ce montant a été atteint au moment de l'opération sincérité des comptes.

La suppression en 2009 de 155 964 € (DAC 100) a oblitéré notre capacité d'autofinancement alors que cette somme gageait des amortissements et des frais financiers liés aux travaux déjà réalisés. J'ai régulièrement alerté sur ce point et plus récemment dans mon courrier du 27/10/2010.

Depuis quatre ans, l'activité a augmenté donc le nouveau mode de tarification est favorable. Cependant, il ne comblera jamais les sous-dotations antérieures qui ont entraîné la dégradation du patrimoine architectural.

La réduction de notre capacité d'autofinancement est problématique dans la mesure où la réhabilitation du bâtiment central est plus que nécessaire.

Les recettes AC destinées à couvrir le titre 4 s'élèvent à 179 000 €, il manque donc **121 000 €**.

2. Point concernant le financement des missions d'intérêt général

Le centre hospitalier de réalise des activités de consultation particulière qui génèrent de par leur forme plus de charges que de recettes. En effet, le coût des deux

consultations par heure d'addictologie souvent réalisées en binôme (médecin + psychologue) n'est pas couvert par les recettes. Le coût d'une heure de médecin étant estimé à 80 €, celui d'un psychologue à 30 €, s'y ajoutent les charges 10 € (secrétariat, entretien des salles) liées à la mise en place, le coût d'une heure de consultation s'élève à 120 €. Compte tenu que la facturation est de 22 € par consultation, soit 44 € par heure, le manque à gagner est de 76 €. La problématique est identique pour les consultations « mémoire ».

Les surcoûts sont normalement financés dans le cadre d'une mission d'intérêt général. Dans ce cadre, le Centre hospitalier de a reçu, en 2010, 14 862.00 €.

En 2010, le centre hospitalier a réalisé 1793 consultations d'addictologie, celles-ci engendrent un déficit de recettes de $(1793 \times 76/2)$ 68 134 €. Il faut noter que cette activité génère également des impayés du fait du profil très instable des patients (absence de mutuelles, non production des documents lors des consultations après 18 heures...).

La consultation mémoire a sensiblement le même profil du fait de la durée de la consultation en elle-même. 145 consultations mémoire ont été réalisées en 2010 d'où un manque de recettes pour réaliser cette mission de $(145 \times 76/2)$ 5 510 €.

Pour financer cette mission d'intérêt général, il manque $68\ 134\ € + 5\ 510\ € - 14\ 862\ € = 58\ 782\ €$.

3. Point concernant le financement des USLD

Lors de la scission de l'USLD, le financement de la restructuration dans le cadre du plan Hôpital 2007 n'a pas été isolé et inscrit en AC comme cela aurait dû l'être. De ce fait, il se retrouve dans la base budgétaire ce qui conduit à réduire le forfait dans le cadre de la convergence tarifaire.

Le forfait soins de 912 455 € devait donc être séparé en une dotation soins de 790 525 € et une dotation AC de 121 920 €. Cette tarification permettrait à l'établissement de ne pas être dans le cadre d'une réduction de crédits liée à la convergence tarifaire puisque que le plafond est en réalité de 800 053.15 €.

Le recours porte donc sur l'inscription en AC des 121 920 € du plan Hôpital 2007 et de l'attribution d'un forfait de 800 053.15 €.

Les recettes globales seraient donc pour l'USLD de 921 973.15 €, soit une demande complémentaire de **20 758 €**.

En conclusion et au vu des faits

Plaise au tribunal :

- ff

- De recevoir le recours pour obtenir les recettes afin que le centre hospitalier de

..... puisse assurer ses missions validées dans le CPOM en donnant un cadre plus approprié aux soins modernes,

- De fixer la dotation de financement, des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation en tenant compte des

Recettes supplémentaires sollicitées en AC - Point 1 : 121 000 €

Recettes supplémentaires sollicitées en MIG - Point 2 : 58 782 €

Soit une dotation de **803 839 €**

- De fixer le forfait global de l'USLD pour un montant de 921 973 € décomposé e 800 053€ de forfait et de 121 920 € d'aide à la contractualisation Hôpital 2007.

- De prononcer l'exécution de la décision sous astreinte.

Le présent recours porte donc sur une demande de recettes supplémentaires de **200 540 €**.
Il n'existe pas d'autres ressources d'exploitation pouvant se substituer à ces recettes demandées.

....., le .././....

Le Directeur,

Fiche n°6 :
Textes applicables

- Lois de financement de la sécurité sociale depuis 2006
- Articles L 351-1 à L 351-8 CASF
- Décret n°2006-233 du 21 février 2006 modifié par l'article 264 du décret 2010-344 du 31 mars 2010
- Décret n°2010-425 du 29 Avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé
- Décret du 30 Novembre modifié par le décret du 10 janvier 2007 instaurant l'EPRD et le PGFP pour les EPS
- Circulaire DHOS /F4/DGFIP/CL1B/2009/14 du 16 Janvier 2009
- CSP chapitre V avec les modifications relatives à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des EPS
- (Circ. DHOS/F4/DGCP/5C n° 2008-98 du 25 mars 2008 pour information)

Fiche n°7 :
Liste des directeurs d'établissements siégeant aux TITSS ou à la CNTSS

Régions	TITSS Contact	SECTION	REPRESENTANTS	PRENOM	NOM	FONCTION	ETABLISSEMENT	TEL	MAIL
Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes	Bordeaux Pierre DECAP Tél : 05 57 01 97 51	Sanitaire	TITULAIRE	Bernard	DEIXONNE	Directeur Adjoint – DAF*	CH Charles Perrens	05 56 56 34 03	bdeixonne@ch-perrens.fr
			SUPPLEANT	Jean-Pierre	CAZENAVE	Directeur*	CH de DAX	05 58 91 49 42	cazenavejp@ch-dax.fr
		Médico-sociale	TITULAIRE	Henri	RAMI	Directeur	URIOPSS Aquitaine	05 56 04 16 09	accueil@uriopss-aquitaine.asso.fr
			SUPPLEANT	Gérard	MODOLO	Retraité			
Auvergne, Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes	Lyon Tél : 04 72 84 78 59		TITULAIRE	Jean-Claude	LARAMAS	Directeur départemental honoraire des affaires sanitaires et sociales		04 74 32 80 60	
			SUPPLEANT	Monique	BUTLEN	Inspectrice hors classe honoraire des affaires sanitaires et sociales			
			TITULAIRE	Jean-Claude	SOUBRA	Ancien Président du CA de la CRAM Rhône-Alpes de Haute-Provence			
			SUPPLEANT	Monique	PIGEON-RABELLE	Membre du CA de la CPAM du Puy-de-Dôme			
			TITULAIRE	Christian	BRULEY	Directeur adjoint	URIOPSS PACA		
			SUPPLEANT	Francis	CONTIS	Délégué régional	Union régionale de la mutualité Rhône-Alpes		
			TITULAIRE	Michel	HEDOUIN	Directeur*	Centre médical de la Teppe	04 75 07 59 59	
			SUPPLEANT	Stéphane	CAMPAGNOLA	Directeur administratif*	Hôpital Saint-Joseph de Marseille	04 91 80 65 01	direction@hopital-saint-joseph.fr

Régions	TITSS Contact au greffe	SECTION	REPRESENTANTS	PRENOM	NOM	FONCTION	ETABLISSEMENT	TEL	MAIL
Alsace, Bourgogne, Champagne -Ardenne, Franche- Comté, Lorraine, Nord-Pas- de-Calais, Picardie	Nancy Denis SAURIN Tél : 03 83 17 36 62	Sanitaire	TITULAIRE	Wilfrid	STRAUSS	Directeur Centre Lorraine	INRS pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles	03 83 50 20 03	wilfrid.strauss@inrs.fr
			SUPPLEANT	Philippe	REMER	Délégué Régional	FEHAP Languedoc- Roussillon	06 07 02 23 78	philremer@wanadoo.fr
		Médico- sociale	TITULAIRE	Jérôme	COUSTENOBLE	Conseiller technique	URIOPSS Nord-Pas- de-Calais	03 20 12 83 60	<a href="mailto:j.coustenoble@uriopss-
npdc.asso.fr">j.coustenoble@uriopss- npdc.asso.fr
			SUPPLEANT	Séverine	DUPONT-DARRAS	Conseiller technique	URIOPSS Picardie	03 22 71 74 76	<a href="mailto:s.dupont@uriopss-
picardie.asso.fr">s.dupont@uriopss- picardie.asso.fr
Basse- Normandie , Bretagne, Centre, Haute- Normandie , Pays-de- la-Loire, Saint- Pierre-et- Miquelon	Nantes Mme AMOSSE Tél : 02 40 12 87 97			Jacques	LE MEUR	Retraité			
				Frantz	LE BARBIER		Rennes		
				Didier	AMELINEAU	Directeur*	IME de Saint Brévin les Pins	02 51 74 72 00	<a href="mailto:contact@ime-
lestuaire.com">contact@ime- lestuaire.com
				Nathalie	PERRET-LAUNAY		URIOPSS Bretagne		
				Laurent	MARTIN		DPG Loire- Atlantique		
Ile-de- France, Guadeloup e, Guyane, Martinique, Réunion	Paris	Sanitaire	TITULAIRE	Eric-Alban	GIROUX	DAF*	CHI Meulan les Mureaux (78)	01 30 22 40 10	<a href="mailto:ericalban.giroux@chim
m.fr">ericalban.giroux@chim m.fr
			SUPPLEANT	Didier	SAADA	DAF*	CH Villeneuve St Gorges (94)	01 43 86 23 07	didier.saada@chiv.fr
		Médico- sociale	TITULAIRE	Séverine	HUGUENARD	DAF*	CH Houdan (78)	01 30 46 18 02	<a href="mailto:severinehuguenard@ya
hoo.fr">severinehuguenard@ya hoo.fr
			SUPPLEANT	Jean-Luc	YRONDY	DAF*	CH Neuilly (92)	01 49 04 31 83	jlyrondy@chcn.net

Régions	TITSS Contact au greffe	SECTION	REPRESENTANTS	PRENOM	NOM	FONCTION	ETABLISSEMENT	TEL	MAIL
France entière	CNTSS		TITULAIRE	Christian	MOLLER	Directeur*	CH Mortagne sur Sèvre	02 51 65 12 30	christian.moller@hopitalmortagne.com
			SUPPLEANT	Alain	BONNIERE	Directeur*	CH Ham et EHPAD Nesle (Somme)	03 23 81 40 02	a.bonniere@wanadoo.fr
				Annick	VENEL	Retraité (ancien DH)			
				Bruno	COSTE	Directeur	URIOPSS Ile de France		

* Membres des TITSS directeurs d'établissements adhérents à la FHF. En cas de besoin, n'hésitez pas à les contacter.