

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL JUIN 2024 N°191

ÉDITORIAL

Du GHT au territoire de santé

La Loi de janvier 2016 a créé les GHT, première étape de la coopération hospitalière publique sur un territoire de santé.

L'un de ses principes était la mise en place d'un système d'information hospitalier (SIH) commun sur le GHT motivé par les achats, un PMSI réalisé par l'établissement support et un projet médical de territoire unique créant des parcours intra hospitaliers afin que le patient soit toujours « au bon endroit » : sur le bon plateau technique et dans le service de soins adapté à son état.

La mise en place de ce SIH unique s'est faite de façon chaotique depuis 2016 et ceci pour des raisons multi factorielles : coûts élevés d'un SIH commun alors que souvent les choix des établissements s'étaient portés sur des solutions différentes, absence de volonté des acteurs de terrain freinant le rattachement des fonctions mutualisées à l'établissement support, manque de moyens humains...

Le fait est que 8 ans après la création des GHT, nombre d'entre eux ne disposent toujours pas de SIH commun (près de 50%). Or, la technologie évolue et il n'est plus nécessaire de changer l'ensemble de son SIH pour obtenir une fonctionnalité commune en raison des progrès accomplis par l'interopérabilité. En effet, désormais plusieurs sociétés proposent des solutions d'interopérabilité tout à fait satisfaisantes.

Alors pourquoi s'arrêter au GHT qui ne concerne que les établissements publics (première pièce modeste, mais étape indispensable de 2016) et pourquoi ne pas mettre en place un SI de territoire en capacité de permettre à tous les acteurs hospitaliers publics et privés MCO et SMR, professionnels de santé libéraux et établissements médico-sociaux d'accéder à l'ensemble des données médicales des patients du territoire pour des parcours coordonnés et pertinents ?

Si la technique est désormais possible, il faut maintenant aligner le politique et l'administratif afin de dessiner des territoires de santé cohérents.

En effet, aujourd'hui la notion de territoire de santé n'est pas lisible, il y a : le territoire du GHT, le territoire du médico-social (le département), le territoire psychiatrique, les MSP et les CPTS pour les professionnels de santé libéraux, la Délégation Territoriale de l'ARS qui est aussi le département...

Cet enchevêtrement de découpages nuit à la lisibilité des moyens mis en œuvre, des besoins à combler, et provoque in fine la dilution des responsabilités.

De fait, une volonté forte doit être affirmée par les pouvoirs publics de créer des territoires de santé pertinents dont le périmètre doit être clairement défini avec une gouvernance et un organe de contrôle unique.

Le territoire de santé doit permettre de définir un projet médical de territoire et des parcours ville-hôpital. Il autorise à cette échelle la mise en place d'outils numériques : les plateformes de suivi de patients pour des retours accélérés à domicile et pour les patients chroniques, un portail patient, de l'intelligence artificielle générative pour alléger et rendre pertinente la technostructure administrative...

A l'heure où la simplification administrative est mise en avant, il s'agit là d'un dossier prioritaire afin de répondre aux besoins de santé pressants des populations.

Jacqueline HUBERT

Consultante Santé

SOMMAIRE

FINANCEMENT & FACTURATION

Les SMR en pleine (r)évolution ? p2

Le lent cheminement de la réforme du financement des activités de psychiatrie vers la précision p6

MARCHÉS FINANCIERS

Des besoins d'emprunt généralement couverts, mais les stratégies et les conditions doivent être optimisées p8

GESTION FINANCIÈRE

Nouvelle dégradation de la situation financière des EHPAD publics en 2023 p12

PERFORMANCE

Evolution de l'activité hospitalière : où en est-on ? p14

BUDGET & COMPTABILITÉ

Réforme de la responsabilité financière des gestionnaires publics : entre rupture et continuité. Focus sur les directeurs d'hôpitaux p22

VEILLE RÉGLEMENTAIRE & DOCUMENTAIRE

..... p25

AGENDA

..... p32

SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

Les SMR en pleine (r)évolution ?

En 2022, un peu moins d'un million de patients ont été pris en charge en soins médicaux et de réadaptation en France dont deux tiers pris en charge en hospitalisation complète et un tiers en ambulatoire, représentant environ un million trois cent mille séjours. Si les besoins de santé en soins médicaux de réadaptation se font croissants du fait d'une majorité de personnes âgées prises en charge (trois quarts des patients ont plus de 60 à 80 ans), l'offre de soins connaît une refonte territoriale et organisationnelle en lien avec la réforme des autorisations. Si la répartition entre l'offre publique et l'offre privée de soins médicaux de réadaptation est équilibrée en capacités, l'hétérogénéité entre les régions en France est, quant à elle, bien réelle.

Anne TRANCHARD

Directeur des Affaires Financières et des Achats

CH du Puy en Velay

Afin de répondre aux différents enjeux de ce secteur de soins en pleine croissance, trois réformes ont été mises en application simultanément :

- La réforme des autorisations (Décrets du 11 janvier 2022 applicable au 1^{er} juin 2023)
- La réforme du Tarif National Journalier de Prestation (applicable au 1^{er} juillet 2023)
- La réforme du financement avec un modèle commun aux différents SMR (Ex DG ou Ex OQN) avec un mode de facturation différent (pour l'instant FIDES pour les Ex DG) avec pour conséquence :
 - Pour les Ex DG disparition de la dotation globale
 - Pour les Ex OQN disparition du prix de journée

La réforme des autorisations avec les deux décrets du 11 janvier 2022 et l'instruction du 28 septembre 2022 comporte des évolutions globales significatives :

- En matière de prise en charge : le titulaire d'une autorisation doit proposer les deux modalités de prise en charge (hospitalisation complète ou hospitalisation à temps partiel) soit en propre soit, s'il dispose d'un seul mode de prise en charge, par conventionnement.
- En affirmant le rôle de recours et d'expertise de l'établissement titulaire de l'autorisation de soins SMR envers les acteurs libéraux, les autres établissements de santé mais aussi les structures médico-sociales, notamment pour la proposition d'un projet thérapeutique individualisé au patient en renforçant la mission de transition du SMR dans l'articulation avec l'offre médico-sociale, via la télé-médecine ou la mise en place d'équipes mobiles

La réforme du TNJP (Tarifs Nationaux Journaliers de Prestation) repose sur les principes suivants :

- L'attribution d'un tarif journalier (de présence permettant le calcul du reste à charge pour les patients de droit commun, n'ayant pas une prise en charge à 100%)
- La valorisation du séjour se fait alors sur 80 % du tarif (Groupe Médico Tarifaire) issu des données d'activités PMSI et 20 % du prix de journée par journée de présence (reste à charge)

L'arrêté fixant les TNJP pour la période allant du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2025 vient d'être publié le 15 avril 2024 au journal officiel. Les établissements vont tout juste prendre connaissance de leurs tarifs pour l'exercice 2024 et mettre en application au 1^{er} mars 2024.

La réforme du financement des SMR a pour objectif d'attribuer à tous les établissements un prix de journée identique en fonction de cinq critères :

- La catégorie d'établissement (type d'établissement Public ESPIC Privé)
- La catégorie de prise en charge (type d'hospitalisation – hospitalisation complète ou hospitalisation à temps partiel / de jour)
- La taille de l'établissement / nombre de séjours (actuellement sans impact) :
 - Moins de 700 séjours
 - De 700 à 1 700 séjours
 - Plus de 1 700 séjours
- L'exercice mixte (actuellement sans impact)
- Le « type d'activité » basé sur les autorisations d'activités délivrées par les ARS

Afin de mesurer l'ampleur de la (r)évolution financière de cette réforme sur nos établissements, il est fondamental de bien connaître et surtout comprendre, s'approprier l'algorithme de classification de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. En effet, dans un contexte d'explosion des besoins en réadaptation et de multiples réformes à mettre en œuvre, comment s'assurer d'un service de soins médicaux et de réadaptation efficient, performant, qui réponde aux besoins de santé de la population ? Les établissements de santé doivent prendre conscience de la (r)évolution de paradigme pour les soins médicaux et de réadaptation. Il ne s'agit plus de les considérer uniquement comme la filière d'aval, le « déversoir » des unités de court séjour afin de permettre une meilleure rotation des lits de MCO, jusque là seuls impactés fortement par la tarification à l'activité. Si jusqu'à présent les établissements de santé utilisaient parfois les services de SMR comme des variables d'ajustement capacitaire en fermant des lits pendant les vacances pour transférer les personnels dans les unités de court séjour, plus rémunératrices en matière de tarification à l'activité, cette gymnastique ne sera plus encouragée avec le nouveau mode de financement des SMR. Le nouvel algorithme repose sur une méthodologie proche de celle du court séjour.

L'algorithme de classification comporte deux étapes communes pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour et deux étapes supplémentaires pour l'hospitalisation complète.

1ère étape QUALIFIER le séjour ou la venue dans une pathologie représentative de l'activité habituelle en SMR en 2 phases

- La catégorie majeure (CM) correspondant au domaine de pathologie (orientation anatomique) 15 CM)
- Le groupe nosologique (GN) correspondant à la pathologie principale prise en charge 92 GN)

2ème étape QUANTIFIER la consommation de moyen en rééducation - réadaptation par le recueil des actes de RRF (actes CSARR) comportant une pondération attribuant à chaque acte une valeur estimant une consommation de moyen avec deux modes de calcul différents entre l'HC et l'HDJ

- En hospitalisation complète Les actes CSARR sont quantifiés de 2 façons
 - Qualitative (actes spécialisés par GN)
 - Quantitative (scores d'activité à partir de la somme des pondérations)
- En hospitalisation à temps partiel les actes CSARR sont uniquement observés de façon Quantitative somme des pondérations (seuils d'activité par venue)

Pour l'hospitalisation à temps complet, les deux premières étapes sont complétées par :

La 3ème étape QUANTIFIER la consommation de moyen en lien avec la lourdeur du patient utilisant les variables explicatives que sont

- Les dépendances avec un score distinct par dépendance
 - Score de dépendance PHYSIQUE (4 variables)

- Score de dépendance COGNITIVE (2 variables)
- L'âge
- La proximité d'une suite opératoire en lien avec la morbidité principale

La 4ème étape ATTRIBUER un niveau de sévérité en lien avec les autres pathologies décrites selon l'existence :

- de comorbidités médicales associées (CMA)
- de certains actes médicaux (actes CCAM comme l'injection de Toxine Botulique)

Les autres éléments de valorisation en lien avec l'activité à suivre de près sont :

- Les molécules onéreuses avec trois listes distinctes devant comporter l'indication (facultative en 2024)
 - Les molécules de la liste en sus (MCO)
 - Les molécules de la liste Accès précoce Accès compassionnel (AP AC ou Ex ATU)
 - Les molécules de la liste en sus SMR revue depuis le 1 er juillet 2023 et applicable strictement au 1 er janvier 2024
- Les transports inter établissements : article 80 du PFLSS 2019 selon 3 types de transports et des classes de distances :
 - Suppléments Transports 4 (ST 4) : Les sorties définitives vers un autre établissement (FINESS géographiques différents)
 - ST 5 : Les situations de PIA « externes » réalisé par un autre établissement (FINESS géographiques différents)
 - ST 6 : Les permissions thérapeutiques
- Les actes et consultation externes
 - Selon les mêmes modalités que le secteur MCO
- Les MIG expertises
 - Prises en charge spécifiques complexes, équipes mobiles
- Les plateaux techniques spécialisés
 - 6 environnements spécifiques (iso cinétisme, balnéothérapie, analyse quantifiée de la marche et du mouvement, plateau de rééducation assistée du membre supérieur, plateau de rééducation intensive des membres inférieurs, plateau de rééducation du retour à la conduite automobile)

Tous ces éléments sont des fondamentaux à appréhender pour les départements d'information médicale mais aussi pour les acteurs médicaux et paramédicaux de la prise en charge.

Par ailleurs, les valorisations complémentaires faisant varier le financement des soins médicaux et de réadaptation doivent également faire l'objet d'une attention particulière :

- La dotation à la main des ARS Dotation populationnelle (qui peut s'apparenter à une dotation à la planification puisque les ARS délivrent les autorisations d'activités)
 - Objectifs : corriger les inégalités territoriales en structurant l'offre de soins en réponse aux besoins et en confiant une responsabilité de régulation aux acteurs locaux, faire évoluer les pratiques de prise en charge en développant l'ambulatoire et en améliorant la qualité
 - Pour le secteur pédiatrique cette dotation intègre la dotation pédiatrique garantissant des recettes au moins égales aux dotation historiques
- L'incitation financière à la qualité (IFAQ) avec une rémunération des établissements selon des groupes de comparaison (taille et activité) basée sur :
 - Les données de certification
 - Les données de satisfaction des patients (E SATIS)
 - Les scores et les évolutions obtenus sur certains indicateurs traduisant la qualité hospitalière (qualité du dossier)
- Les recettes complémentaires dont le Reste A Charge (Ticket Modérateur Forfait Journalier) qui obéissent aux règles traditionnelles de facturation hospitalière

Ainsi d'une réforme du financement s'en suit une refonte de l'offre de soins et des pratiques de prise en charge afin de répondre à l'enjeu de la double dépendance du SMR :

- Celle entre le court séjour et le long séjour : il n'existe pas à proprement parler de ratio soignant dans les services de SMR, face à une diversité immense des prises en charge, au carrefour entre le court séjour et le long séjour.
- Celle de la gradation entre le SMR polyvalent et le SMR spécialisé

L'établissement autorisé en SMR doit chercher à proposer le juste soin au bon endroit au bon moment selon une gestion optimale des flux dans un contexte global de performance organisationnelle, de maîtrise des coûts et d'amélioration de la qualité des prises en charge.

Si la (r) évolution du financement des soins médicaux et de réadaptation est en marche, un dispositif de dotation à la transition a été prévu pour une (r) évolution progressive des financements des structures de SMR, permettant ainsi une adaptation dans le temps à ce nouveau mode de financement. L'arrêté du 19 décembre 2023 fixe donc les modalités transitoires pour le financement des activités de soins de suite et de réadaptation à partir du 1^{er} juillet 2023 comme suit :

- La majoration ou la minoration est calculée, une seule fois, sur la base du différentiel entre
 - D'une part, les recettes théoriques pour la même année 2022 issues du financement mixte
 - D'autre part, les recettes perçues pour les mois de soins du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022 notamment au titre de la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie
- Cette majoration ou minoration est nulle au 1^{er} janvier 2028 et décroît comme suit du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2023 et pour l'année 2024 - Différentiel mentionné au I de l'article 1 de l'arrêté :
 - pour l'année 2025 Différentiel mentionné au I du présent article 0,75
 - pour l'année 2026 Différentiel mentionné au I du présent article 0,5
 - pour l'année 2027 Différentiel mentionné au I du présent article 0,25

Dans un environnement mouvant hospitalier, sur le plan organisationnel ou financier, il est essentiel pour une structure SMR de garder les idées claires et le cap sur les enjeux de ces réformes qui placent le patient et le fonctionnement de la personne au centre de leurs préoccupations

Compartiments activités (Nationale)

FINANCEMENT modulé sur l'ACTIVITÉ
(Grilles de tarifs nationaux distincts)

- Ex DAF
- Ex OQN

MOLECULES ONEREUSES

TRANSPORTS INTER ÉTABLISSEMENTS

Actes et Consultations Externes
100% NGAP et CCAM

Compartiments complémentaires (ARS)

Activités et Équipements SPÉCIALISÉS

- Plateaux techniques spécialisés
- Mesures Intérêt Général
- Dotation Pédiatrique

Dotation POPULATIONNELLE
Ou « Dotation à la main des ARS »
(inégalités territoriales)
Quelles variables ?

IFAQ (2%)

- Enveloppes ouvertes
- Enveloppes fermées

PSYCHIATRIE

Le lent cheminement de la réforme du financement des activités de psychiatrie vers la précision

A n'en pas douter, la réforme du financement des activités de psychiatrie sera considérée rétrospectivement comme un « pas à pas », où les pouvoirs publics ne cessent de lever les ambiguïtés toujours renouvelées liées à la complexité du dispositif prévu et à son ambition de modulation en fonction des choix régionaux. Selon Roger Judrin, « La précision des équivoques est l'un des charmes du style ». Le charme de la réforme opère en quelque sorte puisque le dispositif a su dépasser les clivages et résistances qu'avait connu en son temps la velléité d'extension de la tarification à l'activité en psychiatrie. Cependant, la réforme a consubstantiellement des « zones d'incertitude », pour reprendre l'expression de Michel CROZIER et d'Erhard FRIEDBERG, qui rend son pilotage délicat, d'où la tentation des pouvoirs publics de contrôle par une méthodologie précise. Dans ce cadre, le Ministère vient de publier une circulaire du 5 avril 2024 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie. L'objectif essentiel est de préciser la méthode de construction et les contours de la dotation populationnelle. Le texte, surtout avec ses cinq annexes, donne des éléments notables sur les autres compartiments de financement.

Bruno GALLET

Directeur des EPSM Lille-Métropole, Agglomération Lilloise et Val de Lys-Artois

Le cadrage par l'Etat de la dotation populationnelle

La dotation populationnelle, fixée par les Agences Régionales de Santé (ARS), doit être calculée à partir d'une construction en sept étapes. Quelques précisions sont données sur les outils à disposition et la gestion de la période transitoire.

Un « pas à pas » en sept étapes pour la construction de l'allocation régionale de la dotation populationnelle

La DGOS recommande de suivre huit étapes dans la détermination de la dotation populationnelle.

La première étape consiste à se positionner sur la possibilité donnée aux ARS d'extraire une quote-part de la dotation populationnelle, jusqu'à 2%, pour le développement de politiques régionales. Si cette option est utilisée, les modalités d'allocation déclinées par la suite devront être soumises au Comité Consultatif d'Allocation des Ressources (CCAR).

La deuxième étape est importante car il s'agit d'identifier les activités spécifiques régionales. Ces dernières sont listées à l'annexe 3 mais les ARS peuvent en reconnaître d'autres dès lors qu'il s'agit d'activités non sectorielles, ne répondant pas à une approche populationnelle stricte et non décrites dans le RIM-P.

La troisième étape vise à répartir l'enveloppe régionale entre les secteurs de financement ex-DAF et ex-OQN. Cette répartition peut être modifiée par l'ARS après avis du CCAR.

La quatrième étape exige de répartir l'enveloppe régionale entre l'offre de soins de psychiatrie adultes et celle de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à partir d'une maille territoriale d'analyse des besoins différenciée selon les secteurs. L'outil d'analyse de l'Agence Nationale de l'Appui à la Performance (ANAP) peut être utilisé afin de faire des simulations.

La cinquième étape est l'exercice essentiel de pondération de la population. L'objectif est de pondérer la population brute régionale à partir de critères spécifiques régionaux, notamment ceux proposés par l'ANAP dans une liste indicative en annexe de l'arrêté du 31 décembre 2022.

La sixième étape consiste à déterminer des ressources-cibles par territoire à partir du choix d'une maille pertinente d'analyse territoriale. C'est clairement l'étape-clé du processus, que doit piloter chaque ARS en lien avec le CCAR. Ce choix doit être cohérent par rapport aux ressorts des projets retenus dans le cadre des différents projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Les ressources allouées à chacun des territoires régionaux découleront de l'application des critères populationnels choisis à la maille territoriale retenue.

La septième étape revient à répartir entre établissements les sommes selon un modèle d'allocation. L'outil ANAP permet de faire des simulations à partir des files actives ou du nombre de journées pour tenir compte de la contribution des établissements à la prise en charge des patients du territoire. Il est bien précisé que l'évolution de la répartition de la dotation populationnelle devra tenir compte à la fois de l'historique de financement des établissements et des objectifs stratégiques de l'offre de soins. La DGOS préconise donc d'éviter tout bouleversement dans les financements alloués aux établissements et préfère « une trajectoire progressive d'application de la modélisation ».

La huitième étape est celle de l'information. L'ARS doit obligatoirement communiquer au CCAR la répartition entre établissements ex-DAF et ex-OQN. Si cette dernière est modifiée, l'ARS doit pouvoir le justifier par des objectifs de restructuration de l'offre de soins.

Les outils à disposition des ARS et la gestion de la période transitoire

L'outil principal pour les ARS est celui fourni par l'ANAP. Il permet de modéliser plusieurs scénarios, à partir des données d'activité recensées. Il n'est pas partagé aux membres du CCAR.

L'instruction du 5 avril 2024 précise les contours de la sécurisation qui court jusqu'en 2025. Pour les années 2024 et 2025, la dotation populationnelle allouée à chaque établissement ne pourra être inférieure à l'exercice antérieur. Les revalorisations salariales et mesures de compensation salariale n'intègrent pas la modélisation populationnelle.

Dans ce contexte provisoire, il est indiqué que les ARS peuvent se contenter d'un modèle d'allocation simple avec peu de critères. Il est vrai qu'avec la sécurisation, l'enjeu de remodelage des dotations populationnelles est limité.

Des précisions sur les autres compartiments que la dotation populationnelle.

L'instruction, notamment dans son annexe 5, explicite le contenu des dotations nouvelles activités, transformation et de la recherche.

La dotation nouvelles activités

La dotation nouvelles activités, selon l'instruction, a vocation à financer des projets innovants. Elle doit être composée d'un montant dédié aux appels à projets nationaux et d'un autre pour les appels à projets régionaux.

Le montant retenu pour cette dotation sera lié aux projets financés par le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP).

Une précision est importante. Il est souligné que la dotation nouvelles activités ne peut être le véhicule de financement des développements d'activité ou de nouvelles activités liées à des obtentions d'autorisation. Ces dernières relèvent de financements par la dotation populationnelle ou la dotation à la file active (DFA).

La dotation transformation

Les contours de la dotation à la transformation sont rappelés. Ce compartiment finance les aides à l'investissement, les aides à la restructuration ou aux établissements en difficulté et les mesures visant à transformer l'offre de soins pour un besoin ou une population précise. Une liste est donnée des mesures financées à ce titre en 2023. Les mesures de revalorisation salariale issues du Ségur ou dites « Guérini » font partie de cette liste.

La dotation structuration de la recherche

C'est le compartiment pour lequel il y a le moins de changements. Cette dotation finance les dispositifs d'animation territoriale de la recherche dévolus aux acteurs de la psychiatrie, en complémentarité des dispositifs déjà existants, comme les groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation.

EMPRUNTS

Des besoins d'emprunt généralement couverts, mais les stratégies et les conditions doivent être optimisées

Les marchés anticipent des baisses de taux de la part des banques centrales dès cette année, plus probablement en Europe. Au niveau des établissements publics de santé, la question de l'indexation des prêts se pose.

Anthony ARMAND

Analyste, ANALIS FINANCE

De l'inédit pour les banques centrales ? La BCE devrait commencer à baisser ses taux avant la FED

Lors de sa dernière réunion, jeudi 11 avril dernier, la BCE a laissé entrevoir pour la première fois une ouverture à une prochaine baisse de taux, après avoir à nouveau maintenu ses taux directeurs. En effet, si les prochaines données continuent de confirmer la réduction des tensions sur les prix, la BCE a souligné dans son communiqué de presse qu'il "serait opportun de réduire le caractère restrictif actuel de la politique monétaire". Pour le gouverneur de la Banque de France, il est évident qu'une première baisse aura lieu d'ici la réunion de juin. Il a affirmé : « (...) sauf surprise, nous devrions décider une première baisse lors de notre prochaine réunion du 6 juin. Nous avons en effet une confiance de plus en plus grande dans la trajectoire de désinflation ».

Les arguments en faveur d'une baisse des taux d'intérêt de la Banque centrale européenne en juin se renforcent encore plus depuis la dernière réunion car l'inflation des services commence enfin à diminuer.

La BCE a donc pratiquement promis une baisse des taux d'intérêt le 6 juin, à condition que les nouvelles données renforcent la conviction des décideurs politiques que l'inflation reviendra à son objectif de 2 % d'ici le milieu de l'année prochaine.

"L'estimation rapide de l'inflation dans la zone euro pour le mois d'avril et le chiffre du PIB du premier trimestre qui a été publié renforcent ma confiance dans le fait que l'inflation devrait revenir à son objectif en temps voulu", a déclaré l'économiste en chef de la BCE le 6 mai. "Ainsi, à partir d'aujourd'hui, mon niveau de confiance personnel s'est amélioré par rapport à notre réunion d'avril", a-t-il ajouté, ajoutant que d'autres données cruciales doivent encore être publiées dans les semaines à venir.

Les investisseurs semblent également penser qu'une réduction en juin est pratiquement acquise, mais les doutes concernant les mesures ultérieures ont augmenté ces dernières semaines après que la Réserve fédérale américaine a signalé que son propre assouplissement de la politique pourrait être retardé.

Après avoir très fortement baissé en 2023, l'inflation aux Etats-Unis a en effet quasiment fait du surplace au cours du le premier trimestre 2024. C'est notamment ce qui a conduit les marchés à anticiper beaucoup moins

de baisses de taux directeurs de la Fed cette année. Certains membres de cette dernière ont même évoqué en avril de possibles hausses de taux si nécessaire. Le président de la Fed Jerome Powell était donc très attendu sur cette éventualité lors de sa conférence de presse du 1er mai.

Jerome Powell a justement utilisé cette conférence de presse pour évacuer les scénarios les plus «hawkish» (faucon, favorables à une politique monétaire assez restrictive). Il a ainsi rapidement indiqué qu'il était peu probable que le prochain mouvement de taux directeur soit une hausse et il est revenu plusieurs fois sur les conditions qui permettraient de commencer à baisser les taux. Certes, la désinflation a marqué un coup d'arrêt mais cela ne suffit pas du tout pour envisager un « pivot dans le pivot », c'est-à-dire le retour à un scénario de hausses de taux. Le biais reste à la baisse des taux.

La Fed est toutefois restée très floue sur toutes les questions à propos du timing de ces baisses de taux. Cela dépendra de la rapidité de la baisse de l'inflation mais aussi du marché du travail. Le fait que l'inflation converge malgré tout vers la cible des 2% (le principal indice d'inflation suivi par la Fed, le core PCE, était à 2,8% en mars) permet à la Fed de prendre à nouveau en considération le deuxième grand objectif de son mandat avec la stabilité des prix : le plein-emploi. Les données relatives au marché du travail ont été assez contradictoires ces derniers mois et rendent difficile sa lecture.

Si de l'autre côté de l'Atlantique la FED est donc de moins en moins optimiste quant à ses futures baisses de taux, la présidente de la BCE, Christine Lagarde, a tenu à rappeler que les décisions de la BCE étaient dépendantes des données et non de la Fed. Néanmoins, un écart trop important de politique monétaire entre les deux zones aurait un impact négatif sur l'euro et pourrait entraîner de l'inflation importée.

Les marchés anticipent aujourd'hui 2 baisses de taux aux USA et 3 baisses en Europe.

Les premières consultations bancaires en 2024

Des consultations bancaires qui ont trouvé preneur...

Les premières consultations bancaires ont été lancées en 2024, pour toutes les tailles d'établissement (du CHU au petit CH). En ce début d'année, les offres proposées ont toujours permis de couvrir le besoin sollicité, ce qui est déjà une excellente nouvelle.

Nous observons une diversité de prêteurs entre les banques dites classiques (Banque Postale, Caisse d'Epargne, Crédit Agricole notamment), les brokers avec leurs investisseurs, la plate-forme Loanbox et bien entendu la Banque des Territoires lorsque les conditions techniques d'une offre sont réunies. Chacun étant performant sur son cœur de cible, il est complexe de trouver un prêteur avec une stratégie régulière sur la totalité des Etablissements de Santé.

...sur des taux fixes généralement inférieurs à 4%...

Fin 2023, après un pic aux alentours du 19 octobre à 3,38% hors marge bancaire pour un taux fixe 20 ans (marge bancaire entre 0,70% et 1,30%), nous avons observé une baisse marquée des taux longs dans un « range » régulier depuis février 2024 (entre 2,50% et 2,70% sur 20 ans), soit des taux proposés marge comprise entre 3,50% et 4,10%. Le 25 avril dernier a été observé un plus haut de l'année, avec un 20 ans hors marge bancaire à 2,873% soit des taux proposés marge comprise entre 3,70% et 4,30%. Mais depuis, les banques centrales ayant quelque peu rassurées, notamment la FED, nous sommes revenus dans le « range » avec des taux au 13 mai à 2,68% pour un 20 ans hors marge bancaire.

Les taux fixes souscrits auprès des prêteurs l'ont donc été à des taux généralement inférieurs à 4% en ce début d'année, avec un taux moyen pondéré observé à ce stade à 3,722% (marge bancaire moyenne de 103,16 pbs). Mais avec un plus haut sur 30 ans à 4,57% (plus bas à 4,14%), sur 20 ans à 3,89% (plus bas à 3,43%), et sur 7 ans à 3,82% (plus bas à 3,30%) démontrant une disparité en fonction notamment de la taille de l'établissement mais surtout de l'appréciation du risque intrinsèque de l'établissement.

...mais avec une trop grande frilosité sur les taux variables.

L'Euribor 3 mois continue depuis désormais le mois de septembre 2023 à se maintenir aux alentours de 3,80%-3,90% (3,818% le 13/05), le 12 mois cotant à 3,629% (pic à 4,22% en septembre 2023 et 3,51% fin janvier 2024).

Le Livret A est toujours à 3% pour sa part.

Le taux variable reste une excellente position d'attente sur des emprunts à durée longue afin de ne pas rigidifier la dette avec des taux fixes supérieurs à 3,50%-4% qu'il serait très difficile de restructurer plus tard.

Nous observons toujours une certaine appréhension des décideurs pour souscrire un prêt en taux variable, le taux fixe étant majoritairement choisi dans une optique de gestion de « bon père de famille », comme nous l'entendons souvent. Seules 18% des consultations de ce début d'année ont été faites sur du taux variable, à une marge moyenne de 91,79 pbs.

Le taux variable sur Euribor, en ajoutant la marge bancaire, reste certes actuellement supérieur en termes de taux payé à un taux fixe. Autant sur des durées courtes (<= 7ans) le taux fixe reste certainement la meilleure solution, autant sur des durées de prêt de 20-25 ans, il est fort probable que des opportunités existeront de sécuriser ces taux variables à des niveaux de taux fixe inférieurs à ceux sur lesquels les Etablissements de Santé souscrivent aujourd'hui.

La gestion de « bon père de famille » est-elle donc :

- de souscrire des taux fixes actuels aux alentours de 4% sans possibilité de réaménagement futur car soumis aux indemnités actuarielles ? Si les taux baissent dans quelques mois/années, la renégociation entraînera le paiement d'une indemnité qui rendra obligatoirement le refinancement plus coûteux en trésorerie,
- de souscrire du taux variable car la souplesse et les options de passage en taux fixe (ou couverture de taux) permettront certainement sur un laps de temps long (20-25 ans voir plus) de se repositionner à des conditions meilleures que celles d'aujourd'hui ?

That is the question ! Mais en tout état de cause, une analyse fine de l'existant et des investissements à financer sur les années à venir doit être faite avec précision, permettant de se positionner de la meilleure des manières selon les propositions reçues et la stratégie retenue. Sachant qu'un mix taux-fixe-taux variable est une solution plutôt bonne, selon les durées d'emprunt et les volumes souscrits par rapport au stock.

Enfin et pour rappel, le Livret A proposé par la Banque des Territoires est soumis à indemnité actuarielle, ce qui le rend également peu souple par rapport au Livret A qui peut être proposé par d'autres banques avec des indemnités forfaitaires et une possibilité d'arbitrage en taux fixe, donc beaucoup plus opportun.

Quel début d'année 2024 par rapport aux points de vigilance mentionnées dernièrement ?

Les lignes de trésorerie, un outil en danger ?

Il reste difficile pour beaucoup d'Etablissements de Santé (EPS) de souscrire de nouvelles lignes de trésorerie ou d'augmenter le plafond des lignes existantes, cela demeure un vrai sujet brûlant.

L'opportunité de recourir à l'affacturage peut être très différente selon les ARS notamment, nous attendrons encore quelques mois avant de confirmer ou d'infirmer si ce dispositif est privilégié ou pas par certains établissements bancaires par rapport aux lignes de trésorerie.

Sur la trésorerie, les possibilités de placement de la trésorerie excédentaire via les comptes à terme ou via les Remboursements Anticipés Temporaires (RAT) des emprunts CACIB reste un enjeu majeur pour les EPS en capacité de le faire.

Les revirements des prêteurs

Nous avons écrit que l'accord de crédit en amont tout comme la garantie des taux proposés devaient devenir des vrais sujets de décision et de choix en cas d'offres bancaires/investisseurs très proches, afin de bloquer les conditions très vite et éviter d'être soumis :

- aux aléas de marchés volatiles,
- aux aléas de comités de crédit « versatiles ».

Le début d'année 2024 nous montre que les prêteurs ont plutôt répondu à ces nouvelles exigences, ce qui a permis de conclure très rapidement les prêts après l'acceptation par l'emprunteur.

L'enjeu de la gestion des prêts versés trop tôt car les banques ne proposent pas de phase de mobilisation assez longue dans le cadre d'une stratégie de financement pluri-annuel du projet

Nous avons enfin écrit qu'il serait opportun d'ajouter un cas où le placement est autorisé : celui dans lequel l'EPS peut placer un emprunt souscrit pour sécuriser la liquidité nécessaire au financement d'un projet, et sans conditions de justification. Ceci permettrait d'isoler l'emprunt, qui générerait des produits financiers et surtout ne serait pas utilisé pour autre chose que pour financer le bien pour lequel il a été souscrit.

Sur ce sujet aucune avancée notable, mais nous allons plutôt vers des solutions qui pourraient permettre de contourner le problème : quand ces solutions seront validées nous communiquerons bien entendu dessus.

En conclusion, ce début d'année 2024 est plutôt rassurant en matière de couverture des besoins des EPS, mais il faut continuer à travailler en amont sur le choix d'indexation qui va déterminer l'équilibre financier des investissements pour les années à venir. Le taux fixe et le taux variable ont chacun leurs avantages et inconvénients, mais il ne faut pas exclure d'emblée l'un ou l'autre avant d'en avoir mesuré les impacts immédiats et futurs.

#ÉVÉNEMENT

l'anap
l'expertise en partage
agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale



Mardi 25 juin 2024
Beffroi de Montrouge

FINANCER SA TRANSITION ÉCOLOGIQUE

*Investissements écologiques,
économies durables !*

INSCRIVEZ-VOUS!



EN FLASHANT CE
QR CODE

PROGRAMME

FINANCER SA TRANSITION ÉCOLOGIQUE *25 juin*

Réduire ses factures et améliorer son impact environnemental : c'est possible !
Énergie, bâtiments, mobilités durables, gestion de l'eau... des solutions existent.
Comment les mettre en place ? Comment les financer ? Découvrez le programme
de notre événement inédit et rendez-vous le 25 juin au Beffroi de Montrouge.

09h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

09h45 ALLOCUTION D'OUVERTURE

10h00 - 11h15 PLÉNIÈRE «Quels financements pour la transition écologique en santé?»

11h45 - 17h00 DES ATELIERS AU CHOIX

- BÂTIMENTS DURABLES : PILOTER ET RÉNOVER, C'EST ÉCONOMISER
- GESTION DE L'EAU : LE NOUVEL OR BLEU
- VOS DÉCHETS ONT DE LA VALEUR
- BLOCS ET IMAGERIE : ENJEUX ÉCOLOGIQUES, OPPORTUNITÉS ÉCONOMIQUES
- NUMÉRIQUE VERT : DES ÉCONOMIES À PORTÉE DE CLIC
- TRANSPORTS ET MOBILITÉS DURABLES : PASSEZ À LA VITESSE SUPÉRIEURE SANS VOUS RUINER

Et toute la journée, des stands pour rencontrer des financeurs !

EHPAD

Nouvelle dégradation de la situation financière des EHPAD publics en 2023

La Fédération hospitalière de France (FHF) publie le 18 avril 2024 les résultats d'une enquête qu'elle a conduite sur la situation financière des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics relevant de la fonction publique hospitalière (FPH), au vu des résultats de 2023^[1]. 733 EHPAD y ont répondu, dont 335 EHPAD autonomes et 398 EHPAD rattachés à un établissement public de santé (EPS), représentant un tiers des établissements relevant de la FPH, un quart des EHPAD publics, et 10 % de l'ensemble des EHPAD, tous secteurs confondus^[2]. Si cet échantillon ne peut pas être considéré comme statistiquement représentatif, les données fournies n'en traduisent pas moins des tendances corroborées par d'autres sources.^[3]

Jean-Claude DELNATTE

Une généralisation et une aggravation des déficits.

Près de 85 % des EHPAD répondants, soit 619 entités, enregistrent un déficit pour l'exercice 2023, en dépit des crédits exceptionnels alloués, et la proportion d'établissements en situation déficitaire a quasiment doublé en 5 ans, passant de 43,9% en 2019 à 54,3% en 2021, 74,8 % en 2022 et 84,4% en 2023.

Pour les EHPAD déficitaires, le niveau déjà très élevé du déficit moyen par place en 2022 (3 226 €), s'aggrave nettement en 2023 pour s'établir à 3 850 €, compte non tenu des crédits exceptionnels versés en 2023.

La somme des déficits constatés en 2023 auprès des EHPAD déficitaires ayant répondu à l'enquête, s'élève à 360 M€.

Pour mémoire, selon l'annexe 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024^[4], sur l'exercice 2022, la proportion d'EHPAD déficitaires tous statuts confondus est de 54,7%, mais elle est de 60 % pour les seuls EHPAD publics, et par catégorie elle est de :

- 60,2% pour les EHPAD publics autonomes ;
- 58,1% pour les EHPAD rattachés à un centre communal d'action sociale;
- 71,7% pour les EHPAD rattachés à un EPS.

[1] <https://www.fhf.fr/actualites/communiqués-de-presse/la-fhf-sonne-lalerte-sur-la-situation-budgetaire-des-ehpad-publics-cest-la-perennite-de-loffre>.

[2] Sauf indication contraire, les données citées dans cet article sont celles présentées par la FHF, étant précisé que tous les EHPAD qui ont participé à l'enquête n'ont pas répondu à toutes les questions posées.

[3] Voir Finances Hospitalières n° 190, mai 2023 sur les résultats de l'enquête de la FHF des Hauts de France sur la situation financière des EHPAD publics hospitaliers de cette région au 31 décembre 2023 (<https://www.fhf-hdf.fr/2024/03/25/situation-financiere-des-EHPAD-publics-hospitaliers-des-hauts-de-france-enquete-fhf-hauts-de-france/>).

[4] Ce document a pour source les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) déposés sur Import ERRD au titre de l'exercice 2022.

Des taux d'occupation qui tendent à revenir au niveau d'avant covid

Le taux d'occupation (TO) moyen 2023 des EHPAD publics est de 94,4 %, en hausse d'un point par rapport à 2022. Sur les cinq dernières années, et pour les 536 établissements ayant répondu pour la totalité de cette période, il est passé de 96,7 % en 2019 à 92 % en 2021 puis une remontée est observée et se confirme en 2023, sans toutefois retrouver le niveau d'avant la crise Covid.

Le taux moyen constaté en 2023 masque des différences entre les EHPAD et une relative dispersion :

- 41% des EHPAD ont réalisé un TO supérieur à 97 % et 60% un taux supérieur ou égal à 95% ;
- Environ un EHPAD sur six présente en revanche un taux inférieur à 90 %.

Il est à noter que la dégradation de la situation financière se vérifie également pour les EHPAD qui maintiennent un taux d'occupation élevé : ainsi 83,7 % de ceux dont ce taux 2023 est égal ou supérieur à 97 % sont en déficit et 42 % seulement des EHPAD répondants citent la baisse d'activité comme l'une des causes principales des déficits.

Des déficits principalement imputables aux sections hébergement et dépendance

Une analyse des résultats 2023 par sections tarifaires fait apparaître que 84 % des 302 EHPAD répondants sont déficitaires sur la section hébergement et 86 % le sont sur la section dépendance.

Sur la section hébergement, pour les 278 EHPAD qui répondent à cette question, il est constaté une évolution moyenne de 21 % des charges entre 2020 et 2023, du fait de l'inflation et des revalorisations salariales, partiellement compensées par les augmentations tarifaires. L'insuffisante revalorisation des prix de journée hébergement est mise en avant de manière quasi unanime par les établissements répondants comme l'une des principales causes des déficits. En 2023, le prix de journée hébergement moyen sur 678 EHPAD publics répondants est de 63,34 € pour les établissements autonomes et de 61,30 € pour les établissements rattachés. Ces données sont cohérentes avec celles produites par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) selon laquelle le prix moyen pondéré en 2023 est de 62,65 € pour les EHPAD publics autonomes et de 61,31 € pour les EHPAD publics rattachés^[5]. La CNSA indique également que les progressions moyennes de ces tarifs par rapport à 2022 pour ces deux catégories d'établissements sont respectivement de 3,8 % et de 4,1% mais souligne aussi les grandes disparités d'évolution selon les départements^[6].

A l'inverse, un gros tiers seulement des établissements a enregistré en 2023 un résultat déficitaire sur la section soins, ce qui peut s'expliquer, au moins en partie, par le fait que la dotation soins est le vecteur des aides exceptionnelles versées aux établissements.

Des situations de trésorerie tendues malgré les aides

Plus d'un EHPAD sur trois^[7] indique avoir rencontré des difficultés de trésorerie en 2023, et près d'un sur cinq a eu recours à l'ouverture d'une ligne de trésorerie l'an dernier. 29 % des établissements répondants ont du différer le paiement de certaines charges à l'égard des fournisseurs (pour 84 % de ceux qui ont différé le paiement de leurs charges) mais aussi les charges sociales et fiscales (pour 34%).

La commission départementale de suivi des difficultés financières a été sollicitée par un peu moins d'un quart des EHPAD répondants

Près de 40 % des établissements indiquent avoir obtenu des aides de l'ARS, issus du fonds d'urgence et/ou de crédits non reconductibles, et 11,4 % déclarent en avoir reçues du conseil départemental. Pour une toute petite minorité les aides ont consisté en des avances de trésorerie.

[5] <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/reperes-statistiques-ndeg-19-hausse-de-44-du-prix-de-lhebergement-en-ehpad-en-2023>

[6] Voir TACHON R. « Quand l'aide sociale à l'hébergement étrangle les EHPAD publics et associatifs », *Finances Hospitalières*, n° 189, avril 2024

[7] On supposera qu'il s'agit des EHPAD autonomes

En conclusion

Les données comptables de 2023 que doivent transmettre les gestionnaires des établissements et services médico-sociaux à la CNSA viendront sans doute confirmer les informations recueillies par la FHF et devraient permettre d'identifier précisément les causes des déséquilibres constatés et leur caractère structurel ou conjoncturel. La mission d'information sénatoriale sur la situation des EHPAD, qui a prévu de rendre ses conclusions à la fin du premier semestre 2024^[8], contribuera aussi par ses analyses, ses conclusions et ses propositions à éclairer le débat sur les décisions à prendre.

En attendant un diagnostic d'ensemble, la ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées a annoncé qu'une enveloppe financière supplémentaire d'environ 650 millions d'euros sera allouée aux EHPAD publics, au titre des soins^[9].

[8] <https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/commissions/commission-des-affaires-sociales/situation-des-EHPAD.html#c78030>

[9] Le Figaro économie du 24 avril 2024.

ACTIVITÉ

Evolution de l'activité hospitalière : où en est-on ?

La crise sanitaire liée au Covid-19 a eu des conséquences importantes sur la prise en charge des autres pathologies, avec des retards de soins, des déprogrammations d'interventions lors des phases de confinement, des patients craignant de venir se faire soigner. Cette situation a créé une « dette sanitaire ». Et même si en 2022 et 2023, on retrouve les niveaux observés en 2019, cela ne constitue pas un rattrapage complet. On peut craindre pour les années à venir une aggravation de la morbi-mortalité dans certaines pathologies, à commencer par la cancérologie.

Roland CASH

Il a été constaté en 2020, année d'émergence de la pandémie de Covid-19, des effets majeurs sur l'activité hospitalière en médecine et chirurgie : hausses d'activité en réanimation et soins intensifs pour les malades du Covid, et d'une manière générale hausse du nombre d'hospitalisations liées aux infections respiratoires, baisses du nombre de traumatismes de la route du fait des confinements, mais aussi diminution du nombre de séjours dans toutes les pathologies hors Covid, y compris en urgence. Cela du fait, d'une part, de la fermeture de nombreux lits et des déprogrammations d'interventions, les personnels étant redéployés en faveur des « lits Covid », et d'autre part, de l'autocensure de patients qui craignaient de fréquenter des structures de soins en période d'épidémie. La conséquence a été une baisse massive de la plupart des actes chirurgicaux et interventionnels, ainsi que des bilans en médecine.

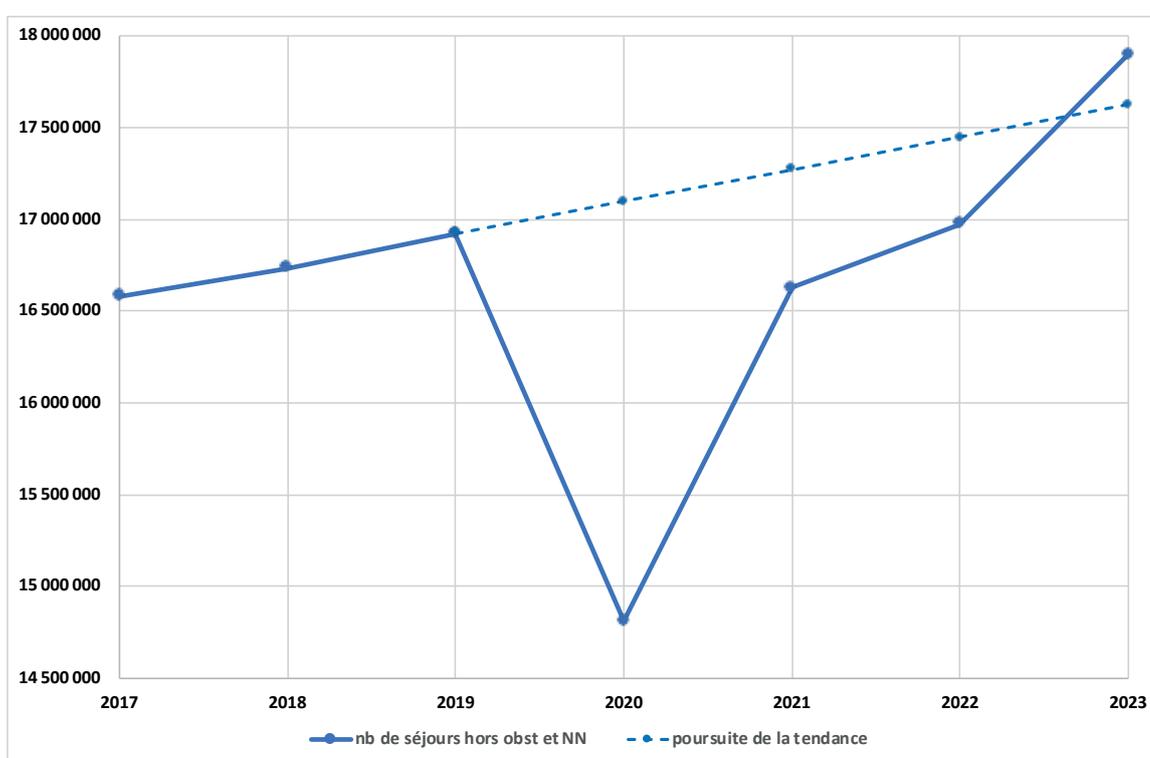
Ce retard devait être « rattrapé » après les confinements, et surtout après l'épidémie, qui n'en finissait pas de faire des vagues, mais l'organisation hospitalière et ses personnels ont été durablement affectés, si bien qu'après la crise sanitaire, les établissements de santé, publics comme privés, ont connu une crise de ressources

humaines, déjà en germe avant l'épidémie, qui a rendu la reprise d'activité fort difficile. Il faut donc se demander dans quelle mesure l'activité hospitalière a pu reprendre son rythme antérieur et si ces retards de soins ont pu être rattrapés, au moins pour certaines affections.

Cette problématique est régulièrement abordée depuis 2020 par la DREES, l'ATIH et la FHF, ainsi que dans Finances Hospitalières^[1]. Nous faisons ici le point en nous basant sur les données de ScanSanté, l'application développée par l'ATIH, fournissant les données agrégées du casemix^[2].

La figure 1 indique comment a évolué le nombre total de séjours de médecine et chirurgie, hors séances, depuis 2017, dans les établissements de santé, publics et privés. Nous choisissons de présenter les données hors obstétrique et néonatalogie (i.e. hors CMD 14 et 15), puisque ces disciplines ne sont pas concernées directement par la pandémie et leur évolution obéit à d'autres déterminants (la tendance est baissière) ; de même ne sont pas prises en compte les séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie), cette activité ayant été préservée même au plus fort de la pandémie.

Figure 1 : Evolution du nombre de séjours en médecine et chirurgie, hors séances, hors obstétrique et néonatalogie, tous établissements de santé inclus



L'impact du Covid sur l'activité hospitalière en 2020 a été massif : baisse de l'activité totale de 11,7% hors séances, par rapport à 2019, et même de 13% si l'on retire les séjours pour Covid-19 (qui ont représenté 219 000 séjours) ; baisse de 15,5% de l'activité de chirurgie et de 14,8% de l'activité interventionnelle (notamment endoscopies digestives). Par rapport à la tendance « naturelle » observée de l'activité (de l'ordre de +1% par an, ce qui correspond à l'impact des effets démographiques, toutes choses égales par ailleurs), le secteur hospitalier a « perdu » 2,3 millions de séjours en 2020.

[1] Baromètre FHF – France Info : Hôpital public, recours aux soins : quatre ans après le début de la pandémie, où en sommes-nous ? mars 2024

R. Cash, « L'impact de la Covid-19 sur l'activité hospitalière MCO en 2020 », *Finances Hospitalières* n° 158, juin 2021 ; « Y a-t-il eu un rattrapage de l'activité hospitalière en 2021 ? », *Finances hospitalières* n° 170, juillet 2022

D. Naouri, « En 2021, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant l'épidémie », DREES, *Etudes & Résultats* n° 1259, mars 2023

ATIH, « Analyse de l'activité hospitalière MCO 2021 », novembre 2022 ; « Analyse de l'activité hospitalière MCO 2022 », mars 2024

[2] <https://www.scansante.fr/>

[3] D. Naouri, « En 2021, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant l'épidémie », DREES, *Etudes & Résultats* n° 1259, mars 2023

La reprise de l'activité s'est opérée progressivement

L'année 2021, tout en étant moins tendue que l'année 2020, a connu plusieurs vagues de Covid avec des décisions partielles de déprogrammation, d'autant que des tensions existaient sur les effectifs hospitaliers. Ont été enregistrés 16,6 millions de séjours sur le champ étudié, soit un niveau inférieur à celui de 2019 et équivalent à celui de 2017.

L'année 2022 a été celle de la « normalisation » sur le front de l'épidémie, tout en connaissant toujours des problèmes de ressources humaines. Le niveau d'activité de 2019 est légèrement dépassé, avec 17 millions de séjours. Enfin, en 2023, en hausse de 5,5% par rapport à 2022, on atteint un niveau bien supérieur à celui de 2019 et au-dessus de ce que la tendance aurait donné. Mais l'activité « perdue » en 2020 et 2021 n'a pas été totalement rattrapée ; au total, sur l'ensemble de la période, 3,12 millions de séjours manquent à l'appel par rapport à la tendance.

L'analyse par pathologie indique des effets contrastés

Le tableau 1 fournit les évolutions de 2019 à 2023 par catégorie majeure de diagnostics (CMD).

Tableau 1 : Evolution des nombres de séjours par CMD entre 2019 et 2023, tous établissements inclus

Tous établissements		Nb de séjours					Evolution globale
CMD	Libellé	2019	2020	2021	2022	2023	2023/2019
1	Affections du système nerveux	1 160 876	1 088 631	1 186 470	1 182 794	1 248 055	7,5%
2	Affections de l'oeil	1 147 561	948 358	1 185 053	1 245 003	1 340 709	16,8%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	923 740	674 875	797 678	818 954	896 231	-3,0%
4	Affections de l'appareil respiratoire	973 373	1 044 629	1 096 901	1 067 884	1 034 980	6,3%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 884 945	1 688 185	1 831 719	1 855 198	1 965 029	4,2%
6	Affections du tube digestif	2 873 789	2 406 274	2 769 741	2 799 177	2 934 578	2,1%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	474 526	449 208	472 834	463 028	478 233	0,8%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	2 085 088	1 781 650	1 969 403	2 044 338	2 156 558	3,4%
9	Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	877 143	774 934	869 237	888 303	955 944	9,0%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	484 306	403 755	486 085	510 276	547 769	13,1%
11	Affections du rein et des voies urinaires	777 469	717 259	755 060	767 661	815 446	4,9%
12	Affections de l'appareil génital masculin	350 696	299 903	366 417	371 560	398 211	13,5%
13	Affections de l'appareil génital féminin	490 311	398 552	480 396	483 443	515 590	5,2%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	262 246	236 747	250 153	247 493	258 191	-1,5%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	275 204	257 419	258 699	249 584	253 759	-7,8%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	120 500	125 664	128 402	158 114	129 482	7,5%
19	Maladies et troubles mentaux	312 843	272 366	302 029	306 679	330 313	5,6%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	234 980	200 229	225 295	224 359	241 023	2,6%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	180 269	164 447	171 962	175 970	182 196	1,1%
22	Brûlures	11 663	11 621	11 697	11 086	11 951	2,5%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	989 624	841 667	987 815	1 073 440	1 176 297	18,9%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	7 367	5 814	5 546	5 368	5 732	-22,2%
26	Traumatismes multiples graves	12 345	11 152	11 630	12 786	12 848	4,1%
27	Transplantations d'organes	11 252	9 675	10 543	10 333	11 008	-2,2%
	ss-total hospit. médecine et chirurgie	16 922 116	14 813 014	16 630 765	16 972 831	17 900 133	5,8%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 184 399	1 141 119	1 165 061	1 144 612	1 097 254	-7,4%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	783 285	764 719	771 103	752 690	705 776	-9,9%
28	Séances	11 009 522	11 147 385	11 697 453	11 800 585	12 099 993	9,9%
	Total hospitalisations et séances	29 899 322	27 866 237	30 264 382	30 670 718	31 803 156	6,4%

Si dans certaines CMD, on retrouve dès 2021 le niveau de 2019, et parfois davantage comme en ophtalmologie, il faut attendre 2022, voire 2023, pour retrouver ce niveau dans de nombreuses disciplines.

La diminution la plus importante en nombre de séjours a concerné l'ORL-stomatologie (CMD 3), discipline qui, en 2022, restait en déficit de 11,3% par rapport à 2019 (soit 105 000 séjours de moins) ; en 2023, un petit écart de 3% subsiste. Donc non seulement le retard n'a pas été rattrapé, mais le déficit de séjours perdure.

C'est aussi le cas des transplantations, ce qui est fort péjoratif pour les patients : la forte baisse de 2020 du nombre de séjours pour transplantation (-14%) n'est pas encore compensée totalement en 2023 ; si on prend l'année 2019 comme référence, il y a une perte cumulée de 3 450 séjours pour transplantations pour les 4 années (dont 1 577 au titre de 2020), alors même que les besoins sont importants et que le nombre de patients en attente de greffe d'organe augmente. Ce retard semble irrattrapable.

Il en a été de même pour d'autres interventions lourdes : en chirurgie cardiaque et vasculaire (GHM commençant par 05C), après une diminution de 50 000 séjours entre 2019 et 2020 (-18,3%), l'activité n'a que partiellement repris ; le déficit en 2023 par rapport à 2019 est de 29 000 séjours ; aussi, là encore, non seulement il n'y a pas récupération de l'activité antérieure, mais il subsiste un déficit annuel d'interventions.

Par contre, en neurochirurgie, après la baisse de 2020 (82 242 séjours contre 88 789 en 2019), l'activité est revenue à son niveau antérieur dès 2021 pour atteindre 90 401 séjours en 2023.

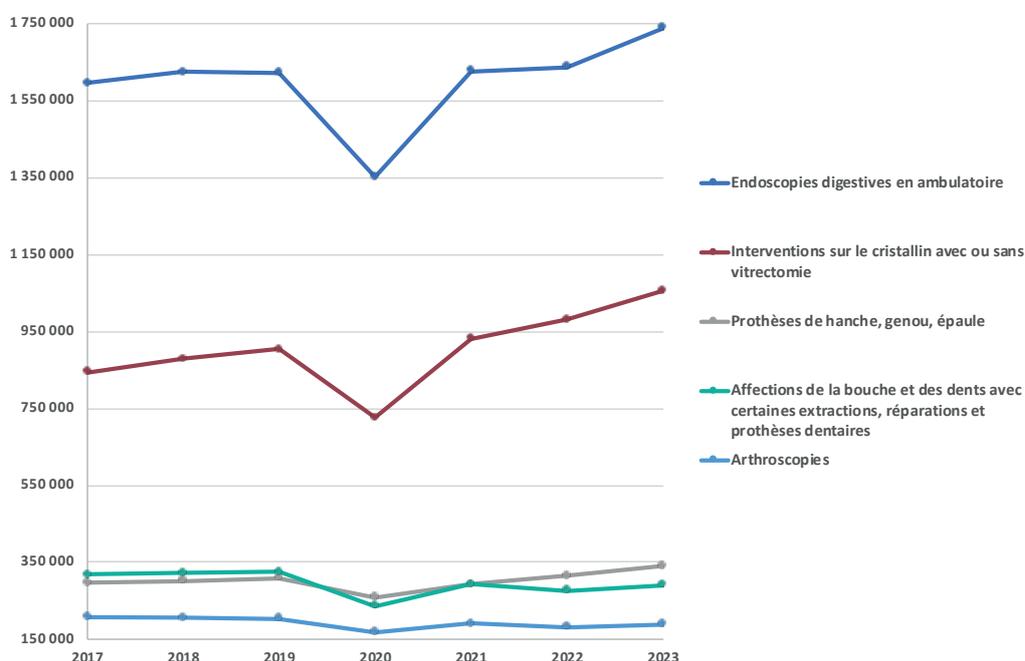
La CMD 26 regroupant les traumatismes multiples graves connaît une évolution liée à d'autres facteurs : la diminution observée en 2020, attribuée à une baisse de l'accidentologie, se maintenait en partie en 2021, mais une forte remontée est observée en 2022 (+9,9% par rapport à 2021), l'activité se stabilisant à un niveau supérieur à celui de 2019.

La CMD des affections respiratoires (CMD 4), où l'on retrouve la plupart des séjours pour Covid, est naturellement en hausse en 2020 et 2021, avec une légère baisse en 2022 par rapport à 2021 ; la DREES, dans son analyse de l'activité de 2021^[8], observe que, hors séjours pour Covid, les séjours pour maladies respiratoires étaient en baisse (-22% en 2021 par rapport à 2019), comme en 2020. « *D'une part, il est possible que certaines personnes atteintes de maladies chroniques respiratoires soient décédées du Covid-19 en 2020, ce qui contribue à la baisse de la demande de soins pour ces patients. D'autre part, les mesures sanitaires de restriction des contacts personnels..., ainsi que la poursuite de l'application des gestes barrières mise en place pour freiner la propagation du Covid-19, ont pu freiner la propagation d'autres agents infectieux* ».

L'évolution des séjours pour maladies infectieuses et parasitaires (CMD 18) est similaire : le nombre de séjours a augmenté en 2020 et 2021, aussi en liaison avec le Covid, mais comme le souligne la DREES, les séjours pour maladies infectieuses hors Covid étaient en forte diminution (-18% en 2021). Par contre, on observe une très forte augmentation en 2022 (+23% par rapport à 2021), avec 33 700 séjours supplémentaires dans les 2 racines de GHM de maladies virales. Ce fut une année marquée par une triple épidémie de grippe, covid et bronchiolite. On retrouve en 2023 le niveau d'avant 2022.

La figure 2 donne quelques exemples d'évolution pour des interventions comportant des effectifs de séjours importants.

Figure 2 : Evolution du nombre de séjours pour quelques interventions, tous établissements, 2017-2023



Le cas des endoscopies digestives est important car le retard pris en 2020 en matière de dépistage du cancer colorectal via les coloscopies n'a pas été rattrapé. Le niveau de 2019 est tout juste retrouvé en 2022, sans progrès supplémentaire en 2023, et les 270 000 examens non effectués en 2020 (par rapport à 2019) représentent un potentiel significatif de diagnostics de cancer non effectués à temps. On observe par ailleurs une évolution contrastée entre les endoscopies digestives à visée diagnostique (+29 717 en 2023 par rapport à 2019) et celles à visée thérapeutique (+86 703). Il est possible que pour rattraper le retard, les séances d'endoscopies associent plus fréquemment l'acte diagnostique et l'acte thérapeutique.

En ophtalmologie, la situation est plus favorable, puisque, en prenant l'exemple des interventions pour cataracte, après une forte baisse en 2020 (comme tous les actes de chirurgie programmée), la reprise a été forte et le niveau d'activité de 2022 dépasse largement celui de 2019 (de 8,6%), pouvant signifier un rattrapage des actes non réalisés en 2020. Cette tendance s'est confirmée en 2023.

Les extractions dentaires et autres actes de stomatologie et odontologie en ambulatoire sont parmi les actes ayant subi la plus forte baisse sur la période, et ils restent en 2023 bien en-deçà du niveau de 2019 (-11%). Sans doute certains de ces actes ont été effectués en cabinet de ville ; il se peut aussi qu'il y ait eu des soins non réalisés.

Les arthroscopies, comme tous les actes programmés en ambulatoire, ont fortement diminué en 2020, et là aussi, n'ont pas récupéré l'activité observée lors des années antérieures. Le niveau de 2023 est 7% plus bas que celui de 2019.

Ces évolutions inquiétantes et/ou difficiles à expliquer ne doivent pas faire oublier le fait que certaines activités, par principe, ont été préservées. Ainsi, le nombre de séjours pour brûlures est resté stable, autour de 11 600 pour toutes les années étudiées, sauf en 2022, où est notée une diminution (11 086 séjours).

Les accidents vasculaires cérébraux non transitoires (racines 01M30, 01M31 et 01M36) n'ont baissé que de 3,4% (-4 569 séjours) entre 2019 et 2020 ; le non-recours est une explication possible. Dès 2021, le nombre de séjours (133 120) redevient proche de celui de 2019 (135 459).

Concernant l'infarctus du myocarde, l'angine de poitrine et la pathologie coronaire (GHM 05M04, 05M06 et 05M16), la baisse observée en 2020 (66 697 séjours contre 74 553 en 2019) est durable ; on observe 63 760 séjours en 2023.

Le même phénomène est noté pour l'insuffisance cardiaque : la baisse de 2020 (194 074 contre 223 245 en 2019) a été pérenne : 193 954 séjours en 2023.

Parmi les explications possibles, on peut invoquer le fait que les patients « manquants » ont succombé au Covid avant de décompenser leur pathologie cardiaque, mais des analyses plus précises devraient être menées sur ce point avant de conclure.

Enfin, certaines interventions sont orientées à la baisse de façon nette, comme les interventions pour varices : -37% en 2023 par rapport à 2019, mais cette tendance avait commencé avant la crise sanitaire et correspond à « une évolution des pratiques et au développement des prises en charge par voie vasculaire »^[4].

Au niveau des CMD, si l'on considère la somme des écarts entre les années 2020 à 2023 et l'année 2019, les domaines pour lesquels les pertes nettes de séjours ont été les plus fortes^[5] sont :

- Affections du tube digestif : -585 386 séjours (dont 133 515 pour les endoscopies digestives)
- ORL-stomatologie : -507 222 séjours (dont 207 513 pour les extractions dentaires, 84 183 pour les interventions sur les végétations et/ou les amygdales...)
- Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique : -388 403 séjours

Ainsi, le retard pris par les reports d'intervention programmée, au plan global, n'a pas été totalement rattrapé fin 2023, dans ces domaines en particulier.

Le retard sera long à rattraper, et on peut du reste craindre que de nombreuses interventions indiquées n'aient jamais lieu^[6].

On pourra observer enfin que les interventions de chirurgie esthétique (racine 09Z02), qui ont baissé en 2020 de 15,5% (-8 490 séjours), ont rapidement repris en 2021 (+7 859 séjours par rapport à 2019), 2022 (+5 002 séjours par rapport à 2019) et 2023 (+5 705 séjours), traduisant un curieux sens des priorités.

[4] ATIH, « Analyse de l'activité hospitalière MCO 2021 », novembre 2022

[5] Sans tenir compte ici de la prolongation de la tendance historique

[6] On peut aussi supposer que certaines de ces interventions ont des indications peu pertinentes, mais ce phénomène n'est certainement pas d'une ampleur suffisante pour rendre compte du déficit observé

Evolutions du secteur public et du secteur privé

Le tableau 2 résume comment ont évolué les activités dans les deux secteurs.

Tableau 2 : Evolution du nombre de séjours, hors séances, entre 2019 et 2023 dans le secteur public et le secteur privé à but lucratif, en médecine-chirurgie

	2019	2020	2021	2022	2023
Secteur public	10 531 182	9 260 131 (-12,1%)	10 298 378 (+11,2%)	10 499 574 (+2%)	10 959 334 (+4,4%)
Secteur privé lucratif	6 390 934	5 552 883 (-13,1%)	6 332 387 (+14%)	6 473 257 (+2,2%)	6 940 799 (+7,2%)
Total	16 922 116	14 813 014 (-12,5%)	16 630 765 (+12,3%)	16 972 831 (+2,1%)	17 900 133 (+5,5%)

Note : hors obstétrique et néonatalogie

Dans le secteur public, on observe, comme pour l'évolution globale, une reprise nette de l'activité en 2021 mais pas suffisamment pour retrouver le niveau de 2019 (perte de 232 804 séjours sur le champ étudié, soit -2,2%). En 2022, il reste une différence par rapport à 2019 de -31 608 séjours. L'année 2023 voit l'activité dépasser le niveau de 2019. Il subsiste toutefois quelques CMD encore en retrait au regard de la comparaison 2019/2023 : affections de l'appareil musculo-squelettique (-11 225 séjours), affections myéloprolifératives et autres tumeurs (-18 150 séjours), avec pour cette dernière catégorie des difficultés pour trouver une explication.

Dans le secteur privé, l'année 2021 se rapproche davantage du niveau de 2019 (perte de 58 547 séjours, représentant une diminution de 0,9% « seulement ») et l'année 2022 dépasse ce niveau (82 323 séjours de plus), sans pour autant rattraper le « retard » de 2020. Malgré une forte reprise en 2023, la CMD d'ORL-stomatologie reste en négatif, avec une perte de 25 796 séjours entre 2019 et 2023 ; il en est de même pour les affections du système hépato-biliaire et pancréatique (perte de 1 515 séjours). Par contre, des reprises d'activité très marquées sont notées dans certaines catégories d'affections, toujours en prenant 2019 comme référence : ophtalmologie (+136 144 séjours), affections de l'appareil musculo-squelettique (+82 695 séjours), affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins (+59 743 séjours), affections du système nerveux (+56 104 séjours, dont 19 083 au titre de la libération du canal carpien) ...

Ainsi, même si globalement les évolutions d'activité sont similaires et que les séjours pour affections d'ORL-stomatologie ont fortement diminué dans les deux secteurs, il existe des différences d'évolution de la structure d'activité. Le tableau 3 indique comment a évolué la part du secteur public entre 2019 et 2023 dans les différentes CMD de médecine-chirurgie.

Tableau 3 : Evolution de la part représentée par le secteur public et ESPIC dans le total d'activité, par CMD, entre 2019 et 2023

CMD	Libellé	% activité dans le secteur public	
		2019	2023
1	Affections du système nerveux	81,6%	78,4%
2	Affections de l'oeil	32,8%	32,3%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	44,8%	46,0%
4	Affections de l'appareil respiratoire	87,7%	88,5%
5	Affections de l'appareil circulatoire	67,6%	66,3%
6	Affections du tube digestif	45,6%	45,1%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	73,2%	73,7%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	53,3%	51,0%
9	Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	55,1%	52,6%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	83,6%	83,0%
11	Affections du rein et des voies urinaires	67,1%	67,3%
12	Affections de l'appareil génital masculin	43,7%	41,0%
13	Affections de l'appareil génital féminin	56,7%	57,3%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	84,3%	85,3%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	87,9%	88,2%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	91,5%	92,8%

19	Maladies et troubles mentaux	96,8%	96,4%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	93,1%	94,2%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	85,1%	85,7%
22	Brûlures	97,6%	97,1%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	77,5%	73,9%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	98,0%	98,2%
26	Traumatismes multiples graves	97,8%	97,5%
27	Transplantations d'organes	100,0%	100,0%

Ainsi, en ophtalmologie, le secteur public a perdu 0,5% de part de marché sur cette période. Il a par contre gagné 1,2% de part de marché en ORL-stomatologie.

Globalement, si le secteur public avait gardé ses parts de marché de 2019, il aurait en 2023 180 000 séjours en plus, séjours qui de fait ont été assurés par le secteur privé lucratif. Les deux domaines où le secteur public a le plus « perdu » de séjours sont les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (49 336 séjours en moins) et les affections du système nerveux (40 049 séjours).

Conclusion

Rappelons les constats pour l'année 2020 : une baisse massive de l'activité chirurgicale, notamment ambulatoire, et de l'activité d'endoscopie digestive ; une baisse préoccupante de l'activité de transplantation d'organes ; des retards de prise en charge en cancérologie ; une diminution du nombre de séjours en cardiologie, aux explications multifactorielles. Ces pertes de séjours n'ont pas pu être comblées. En effet, en 2021 et 2022, il y a eu seulement retour à l'activité de la période 2017-2019, alors même que la tendance observée antérieurement était de l'ordre de +1% de séjours par an. Toutefois, l'année 2023 traduit une vraie reprise d'activité mais sans pouvoir encore reprendre le retard sur les interventions programmées.

Une diminution très nette de l'activité d'ORL-stomatologie est observée dans les deux secteurs, qui se trouve être le domaine le plus touché par la crise sanitaire.

Même s'il est difficile de dire dans quelle mesure exacte les séjours « perdus » sont péjoratifs pour les patients, puisque dans certains cas on peut se dire qu'il s'agit d'une évolution positive (baisse de la traumatologie, diminution des maladies infectieuses hors Covid), la crise sanitaire de 2020-2021 a conduit à affaiblir la réponse à la demande de soins pour des segments importants d'activité : cancérologie, transplantations, affections digestives, cardiologie...

Ces retards de soins ont potentiellement de lourdes conséquences^[7], notamment en cancérologie, d'autant plus que lors de la première vague, au printemps 2020, il y a eu arrêt des dépistages organisés des cancers, avec en conséquence des diagnostics effectués plus tardivement. Les premières estimations réalisées par les cancérologues évoquent un excès probable de plusieurs milliers de décès dans les années à venir^[8].

Ainsi, par la force des choses et par la décision prise de sauvegarder l'activité de réanimation pour ne pas avoir à trier les patients atteints de Covid, il y a bel et bien eu tri de patients, entre Covid et non-Covid. Il est faux de dire que tous les malades ont été soignés. Certains retards n'auront que des conséquences fonctionnelles, ou même pas de conséquences du tout, mais on peut craindre dans un certain nombre de cas une aggravation différée de la morbidité et de la mortalité.

Dans une situation aussi aiguë, il est certes difficile de mener une analyse sereine et approfondie pour déterminer les priorités et prendre les meilleures décisions « pour sauver le plus de vies possible tout en tenant compte des contraintes », comme l'évoque le comité consultatif national d'éthique^[9]. Le retour d'expérience reste fondamental pour, à l'avenir, savoir organiser au mieux les ressources disponibles dans cet objectif.

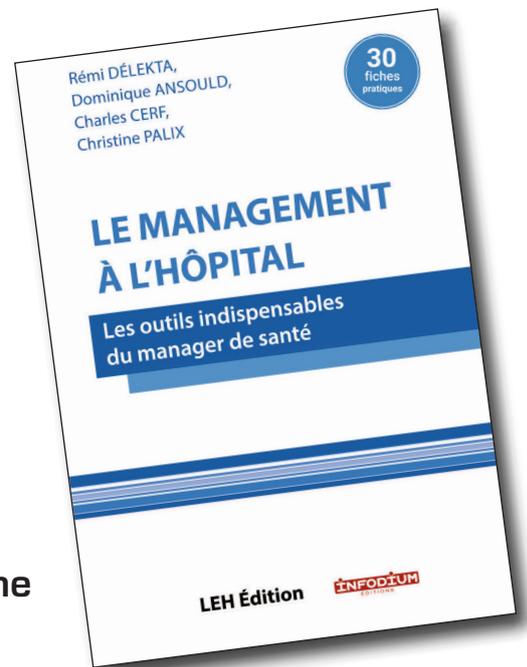
[7] S. Labaune, J.Y. Paillé, *Les retards de soins : la bombe à retardement – Enquête sur les conséquences des déprogrammations et des reports d'activité pendant la crise du Covid-19*, Ed. Les Asclépiades, 2023

[8] J.Y. Blay, S. Bouchet et al. « Delayed care for patients with newly diagnosed cancer due to COVID-19 and estimated impact on cancer mortality in France », *ESMO Open*, 2021, 6:100134

[9] Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19, CCNE, Réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé, novembre 2020

Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques

- Les outils indispensables pour accompagner les managers de santé
- Les clés pour gérer les équipes dans les établissements
- Des outils pratiques, de la théorie : une approche spécifique pour les hospitaliers



Par

- **Dominique ANSOULD**, directrice des soins, coach et formatrice.
- **Dr Charles CERF**, médecin réanimateur, chef de service, ex-président de CME, directeur médical de crise, coordinateur pour la gestion des risques.
- **Rémi DELEKTA**, directeur des ressources humaines, coach et formateur.
- **Dr Christine PALIX**, médecin psychiatre, cheffe de service, coach et formatrice, ex-présidente de CME, coordinatrice pour la gestion des risques.
- Préface de **Matthieu GIRIER**

INFODIUM
ÉDITIONS
www.infodiuum.fr

LEH
ÉDITIONS
SAVOIR C'EST POUVOIR
www.leh.fr

BON DE COMMANDE

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



	QTé	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande le livre <i>Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques - Les outils indispensables du manager de santé</i> par Dominique Ansould, Charles Cerf, Rémi Délekta et Christine Palix, 325 pages (ISBN 978-2-38612-017-6) TVA : 5,5 %	36,97	39,00
A partir de 11 exemplaires	28,44	30,00
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %
	Total		

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**.

Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

LEH Édition

INFODIUM
ÉDITIONS

RESPONSABILITÉ

Réforme de la responsabilité financière des gestionnaires publics : entre rupture et continuité. Focus sur les directeurs d'hôpitaux

L'ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022 instaure un régime unifié de responsabilité des gestionnaires publics et met fin au régime dual distinguant jusqu'alors la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics et la sanction des infractions financières commises par l'ensemble des agents publics par l'ancienne Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF) en premier ressort et du Conseil d'Etat agissant alors comme juge de cassation. L'ordonnance renforce les garanties procédurales des justiciables, comptables et ordonnateurs, en créant un degré d'appel jusqu'alors absent. En première instance, la chambre du contentieux de la Cour des comptes jugera l'affaire qui pourra ensuite être soumise à l'appréciation d'une Cour d'appel financière (Livre III du CJF, L. 311-1 et suivants), le Conseil d'Etat demeurant juge de cassation. Les chambres régionales et territoriales des comptes perdent leur fonction juridictionnelle : en ce sens, la réforme constitue une rupture. Par ordonnateur, il faut comprendre que les principaux ordonnateurs que sont les ministres et les élus locaux vont échapper à nouveau, sauf dans de rares cas, à la mise en cause de leur responsabilité. A cet égard, le « modèle Français » présente une particularité sans pareil chez nos voisins européens, qui ne connaissent pas cette exception : en ce sens, la réforme constitue une continuité.

Jean-Pierre LALA

Directeur d'Hôpital Honoraire

Ancien magistrat financier

Omar YAHIA

Avocat associé - Yahia avocats

La réforme de la responsabilité des gestionnaires publics

Une réforme attendue ...

La réforme de la responsabilité financière des gestionnaires publics était principalement attendue des comptables publics sur qui reposait pour l'essentiel un système de responsabilité ancien et désuet. Elle l'était également des magistrats financiers qui consacraient beaucoup d'énergie à des procédures d'instruction lourdes et fastidieuses à l'encontre des comptables, pour des amendes minimales, souvent couvertes par les assurances, la plupart du temps rémissibles.

Qui implique fortement les gestionnaires hospitaliers

La réforme a eu peu de visibilité chez les directeurs d'hôpitaux, occupés par bien d'autres missions et dans l'esprit desquels le comptable est le plus souvent responsable sur ses deniers personnels et l'ordonnateur rarement poursuivi par « feu » la cour de discipline budgétaire et financière, dont l'activité restait relativement confidentielle.

Or, les directeurs d'hôpitaux, gestionnaires publics d'établissements de santé, qui gèrent des centaines de millions d'euros, sont au contraire des ordonnateurs particulièrement concernés par cette réforme.

Un régime de responsabilité moins sévère...

A première vue, la réforme paraît atténuer les conditions d'engagement de leur responsabilité, avec un cadre d'intervention du juge financier désormais strictement défini au regard d'infractions énoncées par les articles L.131-9 à L. 131-15 du code des juridictions financières. De la même manière, les sanctions encourues se sont atténuées et la sanction financière maximale (anciennement égale à 12 mois de salaire) réduite de moitié.

En apparence

Des zones d'incertitudes demeurent que seule la jurisprudence viendra préciser au sujet desquelles, dans cette attente, les directeurs d'hôpitaux devront rester vigilants.

On pense notamment à la question de la répartition de la responsabilité entre établissement membre ou établissement support d'un GHT, à celle des praticiens ayant reçu délégation de gestion au sein de leur pôle dans le cadre d'une contractualisation ou encore à celle des administrateurs de groupements de type GIP ou GCS.

On pense aussi à la formulation pour le moins ambiguë de l'art L. 131-6 du CJF, à notre avis inquiétant pour les directeurs d'hôpitaux et qui, elle aussi, est passée inaperçue.

Cette dernière dispose que « *les justiciables ne sont passibles d'aucune sanction s'ils peuvent exciper : (...) 2° D'une délibération préalable d'un organe délibérant d'une collectivité territoriale ou d'un groupement de collectivités territoriales.* »

Cette rédaction semble exclure le caractère non justiciable d'un directeur hospitalier, voire d'un responsable d'une association contrôlable par la Cour ou par une CRTC et, ce faisant, les considérer comme des gestionnaires différents des autres en « omettant » de citer le conseil de surveillance de l'hôpital ou le conseil d'administration d'une association sans but lucratif bénéficiant de deniers publics.

On peut s'interroger sur le caractère délibéré ou non de ces « omissions » et espérer que la jurisprudence ne s'en tiendra pas à une interprétation littérale du texte mais fera preuve d'audace en adoptant un raisonnement par analogie.

Enfin, les gestionnaires hospitaliers sont souvent confrontés à des injonctions paradoxales telles qu'assurer la continuité des soins tout en respectant la réglementation. Dans un contexte de pénurie médicale, ils sont parfois contraints de privilégier la continuité du service public au dépend de la réglementation en matière de rémunération des gardes et astreintes et de « préférer » le risque de la sanction financière à celui de la sanction pénale qu'ils encourraient si leur hôpital se trouvait défaillant dans l'assistance aux personnes.

Il faut souhaiter que la construction jurisprudentielle dans ce type de dossier pourra faire application du principe des circonstances absolutoires entraînant une dispense de peine pour force majeure ou circonstances exceptionnelles.

Le cadre d'intervention du juge financier

Il est strictement déterminé en fonction des infractions susceptibles d'être reprochées aux gestionnaires publics.

La faute grave ayant entraîné un préjudice financier significatif (CJF, art. L. 131-9)

Cette infraction rappelle celle que pouvait sanctionner la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF) en application des dispositions de l'ex-article L. 313-4 du CJF : C'est là une forme de continuité. Mais cette qualification suppose désormais la réunion de deux nouveaux critères cumulatifs, à savoir une faute grave et un préjudice financier significatif.

Telle est la nouveauté.

L'arrêt Alpexpo^[1] du 11 mai 2023 illustre parfaitement cette évolution doctrinale.

Considérant l'absence de préjudice financier significatif, la juridiction n'a pas retenu l'infraction prévue à l'article L. 131-9 du CJF alors même que la preuve de manquements possiblement graves était établie.

[1] C. cptes, 11 mai 2023, Alpexpo, n° S-2023-0604, aff. n° 836, confirmé par la décision de la Cour d'appel financière, Alpexpo, n° 2024-01.

La jurisprudence viendra préciser la gravité du préjudice apprécié par le prisme de sa « significativité ».

Une première version du projet d'ordonnance avait tenté de définir cette significativité comme « *ayant pour conséquence directe de dégrader significativement l'équilibre du budget ou des comptes de l'organisme ou du service relevant de la responsabilité du gestionnaire public* ». Cette orientation n'a pas été conservée dans la version définitive du texte. En effet, le préjudice peut être significatif sans pour autant mettre en péril l'équilibre financier de l'entité et il est fort probable que les justiciables adopteront une ligne de défense rapportant le montant du préjudice au budget de l'entité pour en atténuer la « significativité ».

Les autres infractions

D'autres infractions, n'exigeant ni faute grave ni préjudice, visent des agissements très précis en partie présents dans les dispositifs antérieurs tels que :

- la mise en échec d'un mandatement d'office (art. L. 131-11),
- l'inexécution d'une décision de justice (art. L. 131-14),
- la gestion de fait (art. L. 131-15),
- l'engagement de dépense sans respecter les règles en matière de contrôle budgétaire ou sans en avoir le pouvoir (art. L. 131-13),
- l'irrégularité entachant la production de comptes - qui peut concerner un ordonnateur - conserve seule une portée un peu plus large (art. L. 131-13).

L'infraction de favoritisme (art. L. 131-12) ne suppose plus l'existence d'un préjudice requis dans le dispositif antérieur (CJF, ex-art. L. 313-6). Elle exige néanmoins que son auteur ait procuré un avantage injustifié « par intérêt personnel » (art. L. 131-12).

Enfin, notons qu'une faute de gestion de l'ordonnateur, fût-elle grave, n'apparaît plus à elle seule passible de sanction. Tel est le cas, en particulier, de la faute du dirigeant par des agissements contraires aux intérêts de l'organisme.

Conclusion

Si le régime de responsabilité unifié apparaît moins menaçant pour les ordonnateurs en général, les directeurs d'hôpitaux et gestionnaires du secteur de la santé doivent rester vigilants quant à l'évolution jurisprudentielle.

L'ordonnance fait d'eux des ordonnateurs justiciables différents.

Cela étant, la rédaction de l'article L. 131-16 du CJF leur donne des raisons de se rassurer car « *Les amendes sont proportionnées à la gravité des faits reprochés, à l'éventuelle réitération de pratiques prohibées et le cas échéant à l'importance du préjudice causé à l'organisme. Elles sont déterminées individuellement pour chaque personne sanctionnée* ».

Pour l'heure, la confiance dans l'avenir semble être la seule sanction encourue.

Publication des arrêtés tarifaires de 2024

Fixation de la tarification nationale journalière des prestations

Trois arrêtés, datés du 15 avril 2024 (JO du 17 avril 2024) fixent les règles de la tarification nationale journalière des prestations (TNJP) et les montants des tarifs journaliers de prestations (TJP) servant de base au calcul du ticket modérateur pour les différentes activités exercées par les établissements de santé.

- Le premier arrêté modifie l'arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2025 la TNJP des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) exerçant des activités de médecine, de chirurgie, de gynéco-obstétrique et d'odontologie (MCOO) ainsi que d'hospitalisation à domicile (HAD). Les annexes I et II de l'arrêté du 28 décembre 2021 susvisé sont remplacées par deux nouvelles annexes fixant pour l'une le montant des TJP pour l'ensemble des activités précitées sauf l'HAD, et pour la seconde les tarifs de l'HAD.
- Le deuxième arrêté modifie l'arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2025 la TNJP pour les activités de psychiatrie. Les annexes I et II de l'arrêté du 28 décembre 2021 susvisé sont remplacées par deux nouvelles annexes fixant pour l'une le montant des TJP applicables pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS et pour la seconde les tarifs pour les établissements mentionnés au d du même article.
- Le troisième arrêté est applicable aux activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Voir à ce sujet l'article d'Anne Tranchard « Les SMR en pleine (r)évolution ? » en page 2 de ce numéro.

Chaque année, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) arrête et notifie, pour chaque établissement, la valeur du coefficient de transition selon les modalités que prévoit l'arrêté, ainsi que la valeur des TJP lui étant applicables après application de ce coefficient.

Les tarifs applicables sont fixés en annexe I pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS et en annexe II les établissements mentionnés au d du même article.

Ces trois arrêtés, malgré leur publication tardive, prennent effet à compter du 1^{er} mars 2024.

- L'instruction n° DGOS/FIP1/2024/47 du 23 avril 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/8 du 30 avril 2024) donne consigne aux ARS de procéder à la notification des TJP des établissements de santé au titre l'année 2024, pour les activités de MCOO, HAD, SMR et psychiatrie. Elle est complétée par une foire aux questions élaborée à partir des réponses apportées aux ARS dans le cadre du déploiement de la réforme au 1^{er} janvier 2022 et des fiches d'information élaborées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) sur les impacts de la réforme sur la facturation des établissements de santé. Ces éléments sont accessibles via le lien suivant: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-unetablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de_sante/symphonie/outilsnumeriques.

L'instruction précise que le taux d'évolution des TNJP pour l'année 2024 est de + 3,2 % pour les trois champs MCOO/HAD, psychiatrie et SMR.

Fixation du coefficient prudentiel

Deux arrêtés datés du 15 avril 2024 (JO du 17 et du 18 avril 2024) fixent pour l'année 2024 la valeur du coefficient prudentiel à 0,7 % applicable:

- Pour l'un, aux activités de MCOO ainsi qu'à l'HAD ;
- Pour le second, aux activités de SMR.

Fixation des éléments tarifaires

Deux arrêtés datés du 15 avril 2024 (JO du 18 avril 2024) fixent pour l'année 2024 les éléments tarifaires applicables:

- Pour l'un, aux activités de MCOO ainsi qu'à l'HAD (fichiers en ligne sur <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>);

- Pour le second, aux activités de SMR (fichiers en ligne sur <https://www.atih.sante.fr/tarifs-smr>).

Il est rappelé que par un communiqué du 27 mars 2023 le ministre délégué chargé de la santé et de la prévention a fait connaître que l'augmentation des tarifs hospitaliers en 2024 pour les activités de MCOO, sous réserve des ultimes ajustements techniques, serait de 4,3% pour les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif et de 0,3% pour les établissements privés à but lucratif (<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/financement-des-etablissements-de-sante>).

En outre, les objectifs de campagne et de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont été fixés pour 2024 par cinq arrêtés datés du 12 avril 2024 (JO du 16 avril 2024) (Voir *Finances Hospitalières*, n° 190, mai 2024).

Allocation des ressources aux établissements de santé pour 2023 et tarification 2024

L'arrêté du 6 mai 2024 (JO du 17 mai 2024) fixe pour l'année 2023 :

- Les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale (CSS),
- Les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation,
- les dotations urgences,
- les dotations relatives à la psychiatrie,

Ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code.

Le précédent arrêté ayant le même objet, daté du 28 mars 2024, est abrogé.

Cet arrêté complète également l'arrêté du 15 avril 2024, fixant les éléments tarifaires pour l'année 2024, par une annexe comportant la liste des tarifs des suppléments biologie aux forfaits âge urgences applicables d'une part aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22 du CSS, et d'autre part aux établissements mentionnés aux d et e du même article.

Fixation de l'objectif de dépenses pour 2024 des établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

L'arrêté du 16 mai 2024 (JO du 17 mai 2024) fixe pour l'année 2024 l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à 31 480,59 millions d'euros (M€), dont 16 255,32 M€ pour les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes et 15 225,27 M€ pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées.

Le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations de ces établissements et services est fixé, sur la base de cet objectif, à 31 517,59 M€ pour 2024, dont 16 255,32 M€ pour les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes et 15 262,27 M€ pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées.

Fixation du taux de la contribution pour l'action sociale des personnels de la fonction publique hospitalière

L'arrêté du 15 avril 2024 (JO du 18 avril 2024), pris en application de l'article L. 733-2 du code général de la fonction publique, fixe le taux de la contribution annuelle assurant la prise en charge de l'action sociale des personnels de la fonction publique hospitalière à 1,42 % de leurs rémunérations.

Il prévoit également que cette contribution peut être complétée par des contributions additionnelles versées à l'organisme agréé désigné par l'établissement pour la gestion de son action sociale en contrepartie de prestations complémentaires. Ces contributions additionnelles et les prestations complémentaires qu'elles financent sont définies entre l'établissement et son gestionnaire agréé.

Cet arrêté entre en vigueur au 1^{er} janvier 2024. Voir aussi sur le sujet la veille juridique de Santé RH de ce mois, par Fabrice Dion.

La seule source concernant les dispositions antérieurement applicables est une note technique du 27 novembre 1998, annexée à la circulaire DSS-1A/DH-AF2 n° 98-700 du 26 novembre 1998 relative à la campagne budgétaire pour 1999, mentionnant le passage du taux de la contribution de 1,30 % à 1,50 % de la masse salariale plafonnée à l'indice majoré 489 des personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière (Voir <https://www.igas.gouv.fr/Protection-sociale-complementaire-des-agents-publics-Rapport-specifique-a-la.html>). La Fédération hospitalière de France (FHF) précise que le taux de 1,42 % est désormais celui qui s'applique pour le calcul de la contribution au Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) et le plafond existant jusqu'à présent pour déterminer l'assiette des cotisations est supprimé de facto.

(<https://www.fhf.fr/expertises/ressources-humaines/controle-de-gestion-sociale/parution-dun-arrete-fixant-le-taux-de-la-contribution-pour-laction-sociale-des-personnels-de-la-fph>).

Modifications des règles de participation forfaitaire des assurés aux frais de santé

Doublément du montant de la participation forfaitaire sur les consultations et les actes médicaux

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), par une décision du 21 mars 2024 (JO du 24 avril 2024), porte la participation forfaitaire de l'assuré prévue au II de l'article L. 160-13 du CSS de 1 € à 2 € à compter du 15 mai 2024.

Réduction du nombre de participation forfaitaires annuelles

Le décret n° 2024-432 du 13 mai 2024 (JO du 15 mai 2024), pris en application du II de l'article L. 160-13 du CSS, modifie l'article D. 160-6 du CSS en réduisant de 50 à 25 le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par les assurés sociaux au cours d'une année civile sur les actes et consultations réalisés par un médecin et les examens et analyses de biologie médicale.

Ce décret entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025. Pour l'année 2024, le nombre maximum de participations forfaitaires est fixé à 50, dans la limite d'un montant maximum supporté par le bénéficiaire de 50 euros.

Abrogation de diverses circulaires et instructions devenues sans objet suite à la publication de la nouvelle instruction M 22

L'instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DGFIP/GP-1B/DGCL/FL 3/2024/31 du 26 avril 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/8 du 30 avril 2024) abroge diverses circulaires et instructions devenues sans objet à la suite de la publication de l'arrêté du 27 décembre 2023 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux (Voir Finances hospitalières, n°187, février 2024). Ne sont pas concernées les activités sociales et médico-sociales relevant d'un établissement public de santé.

Les dispositions de cette instruction s'appliquent à compter de l'exercice 2024.

Publication d'une instruction relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées

L'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2024/53 du 17 avril 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/8 du 30 avril 2024) complète l'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2023/184 du 23 novembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées. Elle précise les conditions de mobilisation du reliquat 2023 et les modalités d'engagement des crédits 2024 et vise à assurer le respect des obligations européennes dans la perspective de l'audit de ce plan d'aide en 2026.

Publication d'un arrêté fixant la valeur de la compensation tarifaire pour les thérapies numériques dans le cadre de la prise en charge anticipée numérique (PECAN)

Un communiqué du ministère du travail, de la santé et des solidarités du 2 mai 2024 rappelle que la prise en charge anticipée numérique (PECAN) par l'assurance maladie, lancée en avril 2023, est une procédure dérogatoire qui permet une diffusion plus rapide des innovations médicales numériques. Y sont éligibles les dispositifs médicaux numériques (DMN) présumés innovants par la Haute Autorité de santé, qu'ils soient à usage individuel et visée thérapeutique (DTx) ou utilisés dans le cadre d'une activité de télésurveillance médicale. Elle permet aux patients de bénéficier des innovations médicales numériques pendant une période d'un an, le temps pour l'exploitant du dispositif médical de finaliser sa demande de prise en charge de droit commun (<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/le-remboursement-des-therapies-numeriques-par-l-assurance-maladie-dans-le-cadre>).

L'arrêté du 22 avril 2024, (JO du 25 avril 2024) fixe la valeur de la compensation tarifaire par patient comme suit :

- Un forfait initial de 435 € TTC permettant la prise en charge pour les 3 premiers mois facturé en 1 fois ;
- Puis une mensualité de 38,3 € TTC à partir du 4^{ème} mois de la PECAN dont la périodicité de facturation sera modulée en fonction du type de dispositif ;

Le montant maximum est de 780 € TTC par an et par patient.

Poursuite de la hausse des dépenses d'aide sociale des départements en 2022

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie le 30 avril 2024 les dernières statistiques sur les dépenses d'aide sociale des départements en 2022, qui s'élèvent à 41,6 milliards d'euros (Md€), en augmentation de 3,0 % sur un an, dans un contexte d'inflation élevée. Cette évolution est la résultante d'effets contraires:

- Les dépenses liées au revenu de solidarité active (RSA) et au revenu de solidarité (RSO) baissent de 5,4 %, non compris les collectivités dans lesquelles le financement du RSA et du RSO est désormais pris en charge par l'État, du fait principalement de la diminution du nombre d'allocataires portée par l'amélioration de la situation du marché du travail;
- L'aide sociale à l'enfance (ASE) et l'aide sociale aux personnes handicapées, qui représentent respectivement 23 % et 22% des dépenses nettes totales d'aide sociale, contribuent à la croissance des dépenses en 2022, en raison d'une augmentation du nombre de bénéficiaires et de la revalorisation des prestations et des rémunérations ;

- Les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées, représentant 20 % des dépenses nettes totales d'aide sociale, hors frais de personnels du département, progressent de 4,9 % en un an pour s'établir à 8,3 Md€ en 2022. L'augmentation des dépenses brutes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [+4,3 %], qui constituent les quatre cinquièmes des dépenses, est due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires, à la revalorisation des salaires des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile ainsi qu'à la hausse du tarif national minimum de ces services.

(https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240430_DataDepensesAideSocialeDepartements).

Voir aussi la fiche technique de Paul Hernu parue en mai dans *La Lettre du Financier Territorial* sur « les disparités de situation financière entre les départements ».

Publication de deux rapports de la Cour des comptes sur la politique de périnatalité et l'organisation territoriale des soins de premier recours

La Cour des comptes publie les 6 et 13 mai 2024 deux rapports publics thématiques concernant la santé.

- Le premier rapport est intitulé « *La politique de périnatalité. Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier* » (<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-perinata-lite>). La Cour s'attache à une période plus restrictive que celle des mille jours, puisqu'elle s'arrête ici au premier anniversaire de l'enfant, ce qui interroge compte tenu de l'unité des enjeux développementaux qui se matérialisent durant les deux premières années de vie. Pour autant, « alors que les moyens consacrés à la politique de périnatalité sont toujours plus importants (9,3 Md€ en 2021, + 9 % par rapport à 2016) et que la natalité recule (- 5,3 % sur même la période), les résultats médiocres observés au plan sanitaire posent la question de l'efficience des moyens alloués ». Les principaux indicateurs (mortalité néonatale, mortalité maternelle et mortalité fœtale) restent médiocres et se dégradent encore, notamment en comparaison avec les autres pays européens : « Le taux de mortalité en France, correspondant au rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie et le nombre de naissances totales, est, depuis vingt ans, parmi les plus élevés d'Europe (3,8 % pour la période allant de 2015 à 2020). En outre, la France est l'un des seuls pays dans lesquels il ne s'est pas amélioré depuis 2000. » En matière de mortalité néonatale, 40 % des décès enregistrés entre 2015 et 2017 auraient pu être évités, soit 2079 enfants – statistique glaçante. Les risques périnataux semblent liés à des inégalités sociales et territoriales qui pourraient être mieux prises en compte si le système de suivi épidémiologique, s'appuyant sur le SNDS, était plus performant. La stratégie politique initiée par Les mille premiers jours est restée sans effet et n'a pas permis d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. La coordination des professionnels, la prévention et l'accompagnement parental (ex. PRADO) restent insuffisants.

- Le second rapport portant sur « *L'organisation territoriale des soins de premier recours* » (<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-territoriale-des-soins-de-premier-recours>), conclut que celle-ci « n'a pas encore été structurée comme une politique publique ». Les français ont de plus en plus de mal à accéder à ces soins et « les inégalités dans la répartition géographique des professionnels sont importantes et s'aggravent globalement ». « Face à cette situation...des mesures ont été prises, fragmentaires et insuffisamment ciblées. » car « L'accroissement des moyens dévolus à la correction de ces inégalités s'est trouvé réorienté au profit d'une politique indifférenciée de revalorisation catégorielle des diverses professions de santé. ». La Cour formule de nombreuses recommandations pour construire une politique publique rigoureuse au sein de la stratégie nationale de santé.

Sur le même sujet voir aussi le rapport de la Fondation Jean Jaurès « *Cartes de France de l'accès aux soins. Soignants et patients face aux inégalités territoriales* » publié le 23 avril 2024 (<https://www.jean-jaures.org/publication/cartes-de-france-de-lacces-aux-soins-soignants-et-patients-face-aux-inegalites-territoriales/>).

Augmentation moyenne de 2,5% en 2023 de la rémunération sur objectifs de santé publique et du forfait structure

La rémunération forfaitaire moyenne versée aux médecins libéraux (hors centres de santé) augmente de 1,4 % au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique et de 3,1 % pour le forfait structure progresse en 2023 de 2,5 %. Les 51 527 médecins généralistes concernés ont ainsi reçu en moyenne 9 324 € (<https://www.ameli.fr/paris/medecin/actualites/rosp-et-forfait-structure-2023-une-remuneration-moyenne-en-augmentation-de-25>).

Publications de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

L'ATIH a récemment mis en ligne (<https://www.atih.sante.fr/mises-en-ligne>):

- La 2^{ème} version provisoire du guide méthodologique HAD 2024 ;
- Des informations sur l'enquête de coûts 2023 en psychiatrie et le calendrier de transmission des données ;
- La mise à jour des informations sur les médicaments en autorisation d'accès précoce (AAP), en autorisation d'accès compassionnel (AAC) et dans le cadre de prescription compassionnelle (CPC) ;
- La mise à jour des informations sur les dispositifs médicaux pris en charge en sus des séjours ;
- Le référentiel national des retraitements comptables (RTC) sur les données 2022, mis en ligne sur ScanSanté, accompagné de la note de fin de campagne ;
- La documentation et le logiciel ARCAⁿH complet pour la campagne des RTC de 2023 ;
- Le calendrier et la documentation de campagne pour la transmission des tableaux de bord ESMS de 2024 ;
- Deux webinaires sur le nouveau modèle de financement des SMR.

Modifications des règles relatives aux forfaits alloués aux établissements de santé au titre de la maladie rénale chronique

L'arrêté du 7 mai 2024 (JO du 15 mai 2024) apporte de nouvelles modifications à l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale (Voir Finances Hospitalières, n° 176, fév. 2023).

Rejet par le Conseil d'Etat de requêtes en annulation des tarifs MCOO 2023

Par une décision N° 474612 du 19 avril 2024 le Conseil d'État rejette six requêtes de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et de l'Association des hôpitaux privés sans but lucratif demandant l'annulation pour excès de pouvoir des arrêtés ayant fixé pour 2023 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de MCOO, la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et les éléments tarifaires applicables aux activités de MCOO.

Les remboursements de soins du régime général augmentent de +4,2 %¹ sur les douze derniers mois.

Communiqué de presse mensuel, CNAM, 2 mai 2024

Le mois de mars 2024 voit une évolution de 6,4% des dépenses globales, dont 3,7 % de croissance pour les dépenses de ville par rapport à mars 2023. Sur les 12 mois, la progression est de + 4,2%. Les dépenses des professionnels libéraux se sont également envolées, particulièrement pour les spécialistes (+ 5,3 % en mars, et + 6,6 % sur l'année). Les dépenses de biologie baissent de 24,7 % sur l'année du fait de la sortie du COVID. En revanche, les indemnités journalières (+ 7,6 %) et les médicaments (+ 6,7 %) connaissent une inquiétante progression. Enfin, « Pour les établissements de santé, les versements ont crû de 6,6% fin mars sur une année mobile. Sur les 12 derniers mois, les versements ont progressé de 6,1% dans le public et de 8,6% dans le privé. » Ceci interroge compte tenu de la faible dynamique d'activité des établissements de santé et des postes vacants pesant sur les dépenses de personnel.

La CNAM : examen de la gouvernance et de certaines fonctions de gestion

Cour des Comptes, 02 mai 2024

Etablissement public autonome, la CNAM est à la fois l'organisme gestionnaire des risques des branches d'assurance maladie, accidents de travail / maladies professionnelles et l'organisme chargé de piloter le réseau des caisses. La Cour pointe un paradoxe entre l'ampleur des flux financiers et la faiblesse de ses effectifs : « *Ce caractère multiforme de l'établissement, comme son faible poids en termes d'effectif et de dépenses au regard du réseau (2 499 agents au siège et 7 400 au service médical contre 62 000 travaillant pour l'assurance maladie ; des charges de fonctionnement propres de moins de 2,2 Md€ contre 248,8 Md€ de dépenses d'assurance maladie en 2022) se manifeste dans les procédures de gestion budgétaire et de gestion des ressources humaines, et complique sa gouvernance.* » De fait, la pression sur les emplois a été moins forte à la CNAM que dans le réseau des organismes locaux, mais cette régulation s'est faite de manière arbitraire, en dehors de toute GPEC. En outre, la gouvernance est essentiellement constituée de contractuels étrangers au réseau, à des conditions salariales trop avantageuses par rapport à celle des personnels de direction du réseau.

Dans cette situation fragile, la Cour pointe des procédures de contrôle interne parcellaires et l'absence de priorités stratégiques clairement définies. Les directions sont cloisonnées et les fonctions support, notamment DRH et achats, sont insuffisamment maîtrisées. Enfin, les deux grandes directions opérationnelles, la direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES) et le service du contrôle médical, sont régulées entre le siège et les services déconcentrés ce qui implique un fort cloisonnement et l'absence de priorité entre ces deux entités. La DSES est très sollicitée pour produire des données à l'appui de la gestion opérationnelle du risque et pour accompagner les grandes politiques publiques (ex. l'art. 51) en produisant des données de santé. Mais ses effectifs n'ont pas été revus qualitativement ni quantitativement, ce qui pèse sur l'atteinte de ses résultats.

Le service médical peine à remplir ses effectifs de médecins conseils, mais la Cour estime que « *Les contrôles exercés par les praticiens-conseils devraient être plus résolument orientés sur les prescripteurs et sur les professionnels de santé – y compris en matière d'indemnités journalières – avec un soutien technologique adéquat, en conformité d'ailleurs avec les textes législatifs définissant les missions fondamentales du service médical et en meilleure correspondance avec les moyens dont il dispose.* » Ce sujet est fortement polémique, puisqu'il restreint de fait la liberté médicale de prescription des arrêts de travail.

Dans ce contexte, la Cour préconise de renforcer sa gestion des ressources humaines via la définition d'une authentique GPEC, de sécuriser ses procédures d'achat, d'élaborer des indicateurs de performance et d'efficacité. Des recommandations somme toute très prévisibles.

Le management à l'hôpital

Dominique Ansould, Dr Charles Cerf, Rémi Delekta, Dr Christine Palix, Préface de Matthieu Girier – Infodium – Mai 2024

Édité par Infodium (éditeur de Santé RH) en co-édition avec LEH, ce livre propose 30 fiches pratiques pour accompagner les managers de santé. Comment motiver ses équipes ? Gérer des situations délicates ? Conduire un dialogue social de qualité avec l'ensemble des acteurs ? Gérer et prévenir les conflits ? Développer mon intelligence émotionnelle ? Trouver les mots pour remercier, recadrer, valoriser, encourager ? Mener des entretiens et des réunions efficaces ? Mieux gérer mon n+1, aussi ? Ce guide pratique s'adresse aux cadres des services de soins ou des équipes support à l'hôpital, aux médecins (qu'ils soient chefs de service ou non) et aux cadres supérieurs et de direction. En un mot, ce livre est pour tous ceux qui managent des équipes au sein de l'univers complexe des établissements de santé et qui cherchent des clés pour mieux réaliser leur métier. Des outils pratiques, de la théorie pour en comprendre le contour et des propositions pour les appliquer sur le terrain. Avec de nombreux retours d'expérience, concrets, des récits de succès. L'objectif de cet ouvrage est de permettre aux lecteurs de porter un autre regard sur le management, découvrir des clés utiles et avoir envie de continuer à les explorer ensuite plus en profondeur.

AGENDA

Conférence "Recherche et financements"

12 juin

Grant Thornton, Neuilly-sur-Seine

Financer sa transition écologique - ANAP

25 juin

Beffroi de Montrouge

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, www.infodium.fr - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - Rédaction : infodium@infodium.fr - www.finances-hospitalieres.fr
Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements : Infodium C/O Corlet Logistic
Service abonnement - ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX abonnement@infodium.fr Tél : 02 31 59 25 00 - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 498 euros par an - Prix au numéro : 65 euros - n° de CPPAP 0426 T 88884 - ISSN 1955-642X
Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

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

**1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base documentaire sur
www.finances-hospitalieres.fr
au prix de 487,76 HT - **498 € TTC****

Ci-joint mon règlement par :

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

Raison sociale :

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

E-mail (mail version numérique) :

Cachet/Date/Signature

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

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Janvier 2024 au 31 Décembre 2024.