

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL OCTOBRE 2022 N°172

ÉDITORIAL

La stratégie d'accélération « santé numérique » continue de s'installer dans le paysage sanitaire français, sans que soient totalement perçues les incidences financières de celle-ci.

La question des données de santé irrigue de ses mystères l'actualité sanitaire. Preuve en sont les récents déboires du centre hospitalier de Corbeil-Essonnes (CH Sud Francilien) dont les données des patients ont fait l'objet d'une attaque accompagnée d'une demande de rançon. Ce sont au final de nombreuses données personnelles des patients, dont des données de santé, qui ont fini par être exfiltrées par des hackers en promettant la restitution contre une substantielle somme d'argent.

Mais l'enjeu stratégique que constituent les données à caractère sanitaire dépasse la cupidité de certains en devenant indéniablement un objet de savoir. Preuve en est la création du GIP Health Data Hub qui, sous l'impulsion des autorités publiques, mutualise la constitution d'une base de données destinée à la recherche et à l'amélioration du service au patient, outil innovant de veille sanitaire et de recherche. Discuté comme toute innovation, ce mécanisme de concentration de données trouve son écho dans la stratégie d'accélération « santé numérique » lancée en 2021 dont les entrepôts de données de santé hospitaliers (EDS) sont une des manifestations les plus concrètes. Ces entrepôts, destinés à stocker les données de santé, poursuivent l'objectif de création d'un écosystème des données fédérant des acteurs de l'offre de soins publics et privés. La dimension financière de cette innovation est déterminante pour les établissements. En effet, ayant pour objet la mise à disposition des données de santé afin de favoriser la qualité de prise en charge du patient, le recours à une médecine plus préventive et prédictive, l'amélioration de la recherche mais aussi du fonctionnement du système de santé, ces entrepôts sont voulus comme étroitement contrôlés par l'État qui a ainsi, d'une part, modélisé leur émergence en lançant notamment en juillet dernier appel à projets auprès des établissements de santé, mais aussi, d'autre part, défini les conditions de leur financement. Ce ne sont pas moins de 50 millions d'euros au total qui seront affectés au projet sur plusieurs années. La tentation est donc grande pour les établissements de santé et les GCS de se lancer dans un projet dont le ticket d'entrée suppose un budget d'au moins 500 000 €. Se pose cependant la question de la pérennité du financement. Si l'intérêt pluriel de ce type de projet n'est pas à démontrer, il est en effet à la fois outil d'amélioration du soin tout autant qu'outil de pilotage médico économique, la question de la charge qu'il constitue n'a pas encore trouvé de réponse. Établir celle-ci est d'autant plus difficile que ce sont les conditions d'utilisation de l'EDS qui permettent d'en modéliser les coûts au point qu'il faille probablement distinguer les budgets de fonctionnement global, socle relativement stable, des flux résultants de l'exploitation des données. Il devient dès lors évident que les projets d'entrepôts ne sauraient être considérés comme une manne céleste, bien au contraire. Nécessairement coûteux, ils ne pourront être envisagés qu'entourés de garanties endogènes ou exogènes de la soutenabilité financière de cet investissement. Beau défi, mais que tout financier doit relever avec prudence...

Clémence ZACHARIE

Maître de conférences, IAE Gustave Eiffel-UPEC

SOMMAIRE

GESTION FINANCIÈRE

La situation financière des établissements publics de santé en 2020 et son évolution depuis 2005 ... p2

PERFORMANCE

L'application de la tarification à l'acte (T2A) devrait s'adapter en France aux besoins des établissements de santé p7

CONTROLE DE GESTION & AUDIT

Evaluer le volume d'activité et les coûts de l'éducation thérapeutique à l'hôpital p14

BUDGET

Les délais de paiement des hôpitaux tendent à s'allonger depuis dix ans p18

JURIDIQUE

Retour fictif vers le passé ou la machine à démonter le temps p21

Hôpital et juge administratif : à chacun son rôle p22

Quand s'adresser à la mauvaise personne peut coûter cher p23

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... p25 ; p28

La situation financière des établissements publics de santé en 2020 et son évolution depuis 2005

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié en juillet 2022 un dossier consacré à la situation économique et financière des établissements de santé, publics et privés à but lucratif, couvrant la période de 2005 à 2020^[1]. Concernant les établissements publics (EPS), les données analysées, fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP), s'enrichissent de la présentation des indicateurs couramment utilisés pour apprécier l'équilibre d'exploitation, telles la capacité d'autofinancement et la marge brute. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de son côté, a publié les 7 et 8 juillet 2022^[2] les rapports de restitution des comptes financiers 2019 et 2020 des établissements de santé, publics et privés non lucratif, dont elle collecte les données via la plateforme Ancre, et a mis également en ligne sur sa plateforme "Scansanté" les indicateurs de suivi financier de ces établissements^[3]. Sauf indication contraire, les données présentées ci-après ont pour source le dossier de la DREES, complétées le cas échéant par celles fournies par l'ATIH.

Jean-Claude DELNATTE

[1] Sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/la-situation-economique-et-financiere>

[2] Sur <https://www.atih.sante.fr/comptes-financiers-observatoire-de-la-dette>

[3] Sur <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-suivi-financier>

[4] Selon l'ATIH, le résultat des EPS toutes activités confondues rapporté aux produits serait de - 0,4% en 2020 et le résultat du compte de résultat principal rapporté aux produits de - 0,2%

[5] La DREES précise que : Les valeurs du résultat net avant 2011 diffèrent de celles présentées dans les publications de la DREES antérieures à 2022, car une correction a été apportée au compte 7071 (rétrocession de médicaments) de l'AP-HP de 2005 à 2010;

LES EPS REVIENNENT À L'ÉQUILIBRE EN 2020

Les EPS clôturent l'exercice 2020 en quasi-équilibre, avec un résultat de -1,9 millions d'euros (M€), toutes activités confondues. Depuis 2005, le résultat d'ensemble des EPS n'avait été excédentaire qu'en 2012 et a connu son plus bas niveau en 2017^[4].

Le résultat d'exploitation, c'est à dire le solde des produits courants sur les charges courantes, redevient positif en 2020 (645 M€), alors qu'il avait été négatif en 2017 et 2019. Le résultat financier, structurellement négatif en raison du faible montant des produits financiers enregistrés par les EPS, évolue plutôt favorablement du fait du désendettement des établissements (Cf. infra) et du niveau historiquement bas des taux d'intérêt.

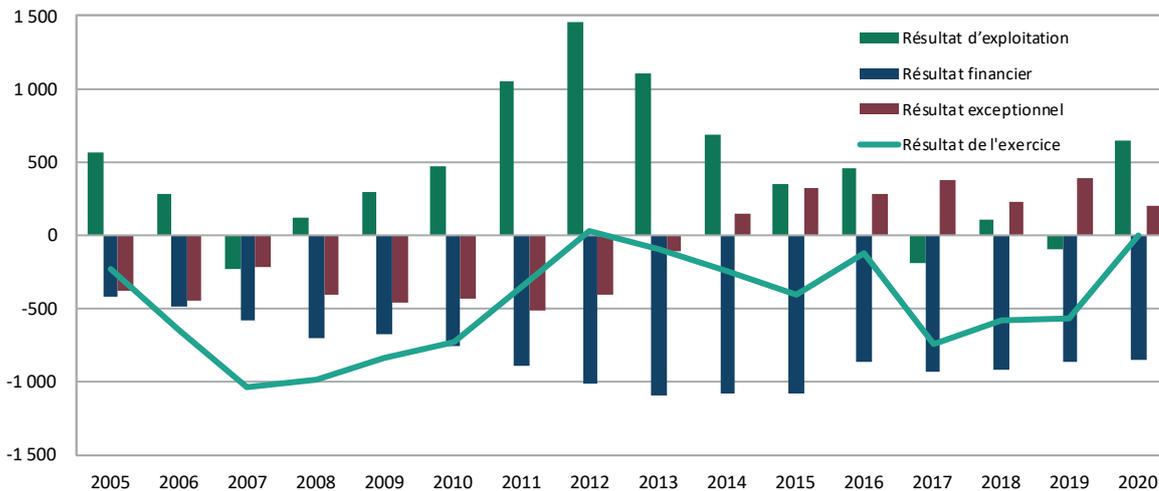
Enfin, le résultat exceptionnel est excédentaire depuis 2013, mais il n'est pas possible de tirer des conclusions de ce constat faute de connaître le détail des opérations qui concourent à ce résultat et sont, pour une grande partie, non récurrentes.

Evolution du résultat des EPS et de ses composantes (toutes activités confondues) en M€^[5]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Résultat d'exploitation	568,9	286,3	-231,7	121,4	292,6	465,6	1053,2	1449,6	1099,1	684,8	349,9	456,0	-191,9	108,3	-94,9	645,3
<i>dont compte 7722</i>	<i>131,5</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>181,4</i>	<i>242,5</i>	<i>118,9</i>	<i>142,1</i>	<i>137,5</i>	<i>131,4</i>	<i>172,3</i>	<i>185,7</i>	<i>191,0</i>
Résultat financier	-423,8	-487,6	-584,8	-697,0	-678,6	-760,6	-894,8	-1009,4	-1087,1	-1074,3	-1083,7	-860,3	-923,7	-912,8	-859,8	-843,1
Résultat exceptionnel	-374,5	-447,1	-218,7	-409,3	-455,1	-433,3	-510,9	-410,9	-113,8	140,9	325,9	285,8	372,1	221,4	386,3	195,9
Résultat de l'exercice	-229,4	-648,4	-1035,1	-984,9	-841,1	-728,3	-352,6	29,3	-101,9	-248,5	-407,9	-118,4	-743,5	-583,0	-568,5	-1,9

Le compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie) est exclu du résultat exceptionnel et inclus dans le résultat d'exploitation, contrairement à ce qui était fait dans les publications de la DREES antérieures à 2022. Cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus étant donné que le compte 772 n'était pas subdivisé sur cette période.

Source : DGFIP, traitements DREES



Source: DGFIP, traitements DREES

DES ÉVOLUTIONS CONTRASTÉES SELON LES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS

Excédent ou déficit par catégorie d'EPS (en % des produits)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble des EPS	-0,4%	-1,1%	-1,7%	-1,6%	-1,3%	-1,1%	-0,5%	0,0%	-0,1%	-0,3%	-0,5%	-0,1%	-0,9%	-0,7%	-0,7%	0,0%
AP-HP	-7,2%	-4,9%	-8,9%	-9,5%	-10,4%	-9,2%	-1,1%	-0,3%	-0,1%	-0,1%	0,5%	0,7%	-2,3%	-1,6%	-2,1%	-3,0%
Autres CHR	-0,1%	-1,1%	-2,0%	-2,2%	-1,6%	-0,8%	-0,9%	0,2%	-0,3%	-0,6%	-1,1%	-0,4%	-0,1%	0,2%	0,5%	0,9%
CH spécialisés en psy.	1,1%	0,4%	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	-0,1%	0,0%	0,3%	0,8%	0,9%	0,7%	0,8%	1,3%
CH ex-hôpitaux locaux	1,6%	2,0%	2,2%	2,1%	2,3%	2,2%	1,4%	1,2%	0,4%	0,4%	0,3%	0,9%	0,1%	-0,3%	-0,4%	1,3%
Très grands CH	-1,6%	-2,0%	-3,3%	-3,1%	-2,8%	-2,1%	-0,7%	0,2%	0,0%	-0,2%	-0,5%	0,1%	-0,6%	-0,4%	-0,4%	0,1%
Grands CH	0,6%	-0,8%	-0,6%	-0,1%	0,0%	-0,2%	-0,5%	0,0%	-0,6%	-0,7%	-0,6%	-0,9%	-1,7%	-1,5%	-1,3%	-0,5%
Moyens CH	0,6%	-0,3%	-0,3%	0,0%	0,4%	-0,1%	-0,3%	-0,6%	-0,4%	-0,6%	-0,6%	-0,9%	-1,5%	-1,7%	-1,5%	-0,2%
Petits CH	1,4%	1,6%	1,9%	1,8%	2,1%	1,9%	1,2%	1,0%	0,8%	0,5%	0,1%	0,6%	-0,5%	-0,4%	-0,9%	0,7%

Source: DGFIP, traitements DREES

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) enregistre des déficits importants depuis 2017 contrairement aux autres centres hospitaliers régionaux (CHR) qui reviennent à l'équilibre en 2018.

Parmi les centres hospitaliers (CH)^[6], les grands et moyens établissements demeurent déficitaires.

Les CH ex-hôpitaux locaux qui étaient fortement excédentaires en 2009, voient leur situation se dégrader de manière continue pour devenir déficitaire en 2018 mais reviennent à l'équilibre en 2020.

Enfin, sur les seize dernières années, les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (ex-CHS) n'auront connu qu'un seul exercice déficitaire, en 2013.

La situation financière des hôpitaux publics reste cependant très contrastée: la proportion d'établissements déficitaires qui était de 58% en 2018 et 2019 baisse fortement en 2020 pour s'établir à 40 %. Le déficit cumulé des établissements déficitaires, qui était de 964 M€ en 2018 et de 1 049 M€ en 2019, se réduit en 2020 pour atteindre 838 M€, mais il est beaucoup plus concentré qu'en 2019 : près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 10 établissements, alors qu'ils étaient 42 dans cette situation en 2019. L'AP-HP représente à elle seule 29,3 % du déficit cumulé en 2020. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé passe de 481 M€ en 2019 à 836 M€ en 2020 et la moitié de ce résultat, qui avait été obtenue grâce à 15 établissements en 2019, est le fait de 24 établissements en 2020.

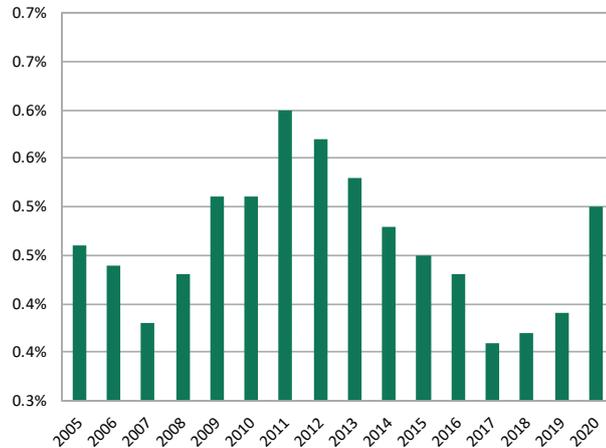
[6] La DREES distingue : les très grands CH (plus de 150 M€ de produits toutes activités confondues), les grands CH (plus de 70 M€), les CH moyens (entre 20 et 70 M€) et les petits CH (moins de 20 M€).

L'ÉVOLUTION DE LA CAF ET DE LA MARGE BRUTE CONFIRME UNE AMÉLIORATION DE L'EXPLOITATION.

Le taux de CAF (CAF/total des produits) avait atteint 6 % en 2012 pour connaître ensuite une forte décroissance jusqu'en 2017 (3,60 %) et s'est maintenu à ce niveau les deux années suivantes. Il passe à 5% en 2022^[7].

[7] Le taux de CAF de 2020 de l'ensemble des EPS est estimé à 4,9% par l'ATIH (source Scansanté)

Evolution du taux de CAF des EPS



Source: DGFIP, traitements DREES

Par catégories d'établissements, le taux de CAF est en cohérence avec le résultat : l'AP-HP présente le taux le plus bas et les grands et moyens CH un taux inférieur à la moyenne nationale. Les taux les plus élevés sont constatés dans les CHR, hors AP-HP, les CH spécialisés en psychiatrie, les petits CH et les ex hôpitaux locaux.

Evolution du taux de CAF des EPS par catégories d'établissements

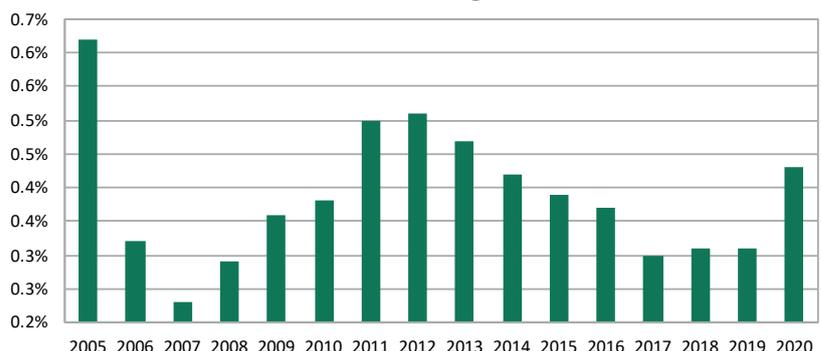
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble des EPS	4,6%	4,4%	3,8%	4,3%	5,1%	5,1%	6,0%	5,7%	5,3%	4,8%	4,5%	4,3%	3,6%	3,7%	3,9%	5,0%
AP-HP	-2,7%	-0,9%	-4,3%	-5,8%	-4,4%	-3,5%	5,7%	5,9%	4,7%	3,7%	4,0%	2,5%	1,2%	2,4%	2,6%	2,1%
Autres CHR	4,8%	4,6%	3,6%	4,2%	5,1%	5,5%	5,8%	5,8%	5,6%	4,8%	4,4%	4,3%	4,5%	4,4%	5,0%	6,1%
CH spécialisés en psychiatrie	4,2%	4,7%	4,7%	5,2%	5,6%	5,7%	5,6%	5,0%	4,4%	4,5%	4,8%	5,4%	4,9%	5,3%	5,3%	6,2%
CH ex-hôpitaux locaux	6,4%	7,7%	8,2%	8,5%	8,7%	8,7%	7,8%	7,2%	6,4%	5,8%	5,9%	6,8%	5,6%	5,2%	5,3%	7,1%
Très grands CH	3,4%	3,5%	2,3%	2,8%	3,7%	4,2%	6,0%	5,9%	5,6%	4,9%	4,5%	4,4%	3,8%	3,9%	4,2%	5,2%
Grands CH	5,8%	4,8%	4,9%	5,6%	6,4%	5,9%	5,6%	5,4%	4,4%	4,4%	4,3%	3,9%	2,9%	3,2%	3,1%	4,3%
Moyens CH	5,4%	5,2%	5,2%	5,7%	6,2%	5,6%	5,8%	5,3%	4,8%	4,3%	4,2%	4,0%	3,2%	3,1%	3,2%	4,8%
Petits CH	6,4%	7,1%	7,6%	8,0%	8,4%	8,4%	7,6%	6,9%	6,6%	6,0%	5,6%	6,2%	5,0%	4,8%	4,4%	6,0%

Source: DGFIP, traitements DREES

La marge brute semble elle aussi s'être améliorée en 2020, d'après le graphique A1 figurant en annexe du rapport de la DREES qui ne commente pas cette évolution. Le taux de marge brute (Marge brute/Produits courants de fonctionnement) s'établirait ainsi à 4,3 % pour l'ensemble des EPS. Il convient toutefois de noter que ce graphique fait apparaître des taux négatifs pour les moyens et petits CH, ce qui n'est pas cohérent avec les taux de résultat et les taux de CAF observés pour ces deux catégories, ni avec les taux de marge brute figurant dans les indicateurs de suivi financier publiés par l'ATIH sur Scansanté^[8].

[8] D'après Scansanté, le taux de marge brute de 2020, toutes activités confondues, des CH dont le total des produits est compris entre 70 M€ et 20 M€ serait de 5,3%, celui des CH dont le total des produits est compris entre 20 M€ et 10 M€ de 6 % et celui des CH dont le total des produits est inférieur à 10 M€ de 7,8 %

Evolution du taux de marge brute des EPS



Source: DGFIP, traitements DREES

LES MESURES PRISES EN 2020 DANS LE CADRE DE LA CRISE SANITAIRE IMPACTENT FORTEMENT LE COMPTES DE RÉSULTAT PRINCIPAL

Sur le compte de résultat principal (CRP), les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) sont en hausse de 11 % par rapport à 2019 et la part qu'ils représentent dans le total des produits passe ainsi de 75,2 % en 2019 à 77,3 % en 2020. Cette augmentation est due principalement au dispositif de garantie de financement mis en place dans le contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. En revanche, les produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance maladie (titre 2) sont en baisse, leur part dans le total des produits passant ainsi de 7,2 % en 2019 à 5,9 % en 2020. Les autres produits (titre 3) augmentent légèrement (+2,4 %).

L'augmentation des charges s'observe sur l'ensemble des titres du CRP. Ainsi, les dépenses de personnel progressent fortement de 8,0 % et leur part dans le total des charges augmente légèrement (63,9 % en 2020 vs 63,0 % en 2019). L'évolution de ces dépenses résulte de l'augmentation de l'emploi hospitalier dans le secteur public (+1,9 % entre 2019 et 2020) et de plusieurs mesures exceptionnelles pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire, ainsi que des revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé. Les charges à caractère médical (titre 2) progressent de 4,5 % en 2020 (+ 3,0 % en 2019), et les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) de 2,7 %, (+ 3,2 % en 2019). Enfin, l'augmentation des amortissements, des frais financiers et des charges exceptionnelles est assez sensible (+5,2 % en 2020, après +1,1 % en 2019).

La croissance de l'ensemble des charges en 2020 (+6,8 %) est nettement supérieure à celle constatée en 2019 (+1,9 %) mais est toutefois inférieure à celle des produits (+7,5 %), favorisant ainsi le retour à l'équilibre et l'amélioration de la CAF et de la marge brute.

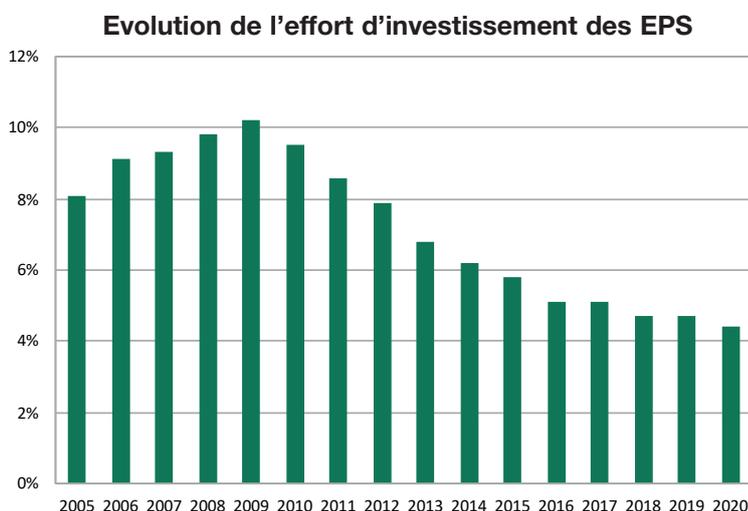
Il faut enfin mentionner que l'ATIH a procédé à des retraitements comptables sur les données qu'elle publie afin de tenir compte qu'en raison de la crise sanitaire :

- Les EPS ont bénéficié de mises à disposition par l'Etat à titre gratuit de produits pharmaceutiques, d'équipements de protection individuels, suivis en stocks et qui ont été comptabilisés à leur valeur vénale ;
- Il a été enregistré un nombre important d'heures supplémentaires comptabilisées en compte épargne temps (CET) et considérées comme une charge à terme.

L'EFFORT D'INVESTISSEMENT CONTINUE DE DÉCROÎTRE

Le montant des investissements réalisés en 2020 est de 3,9 milliards d'euros, comme en 2019.

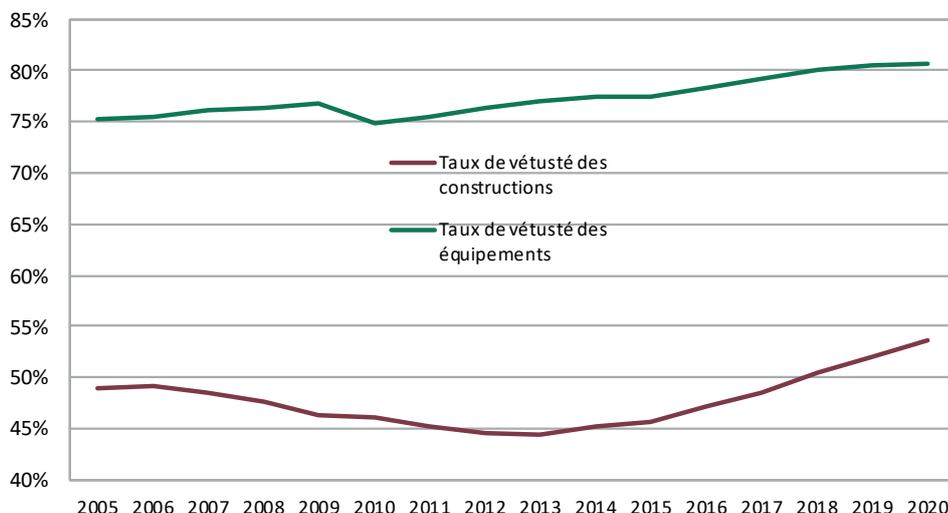
L'effort d'investissement (investissements/total des produits), qui avait atteint son plus haut niveau en 2009 (10,2%) grâce aux plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012, est décroissant pour s'établir à 4,4% en 2020, après s'être stabilisé en 2018 et 2019.



Source: DGFIP, traitements DREES

Les taux de vétusté des immobilisations, qui avaient diminué grâce aux plans d'investissement, sont en augmentation, qu'il s'agisse des équipements et des constructions.

Evolution des taux de vétusté des investissements des EPS



Source: DGFIP, traitements DREES

LE DÉSENDETTEMENT SE POURSUIT

L'encours de la dette des EPS représente 30 milliards d'euros en 2020, stable par rapport à 2019. Au regard des ratios d'endettement financier tels que définis par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique (CSP), il peut être constaté que:

- L'encours de la dette rapporté au total des produits, qui avait atteint son niveau maximum en 2013, baisse sensiblement depuis sept ans;
- Le ratio d'indépendance financière diminue légèrement depuis deux ans tout en se maintenant à plus de 50%;
- La durée apparente de la dette, qui a dépassé les dix ans en 2017, diminue ensuite et connaît une baisse sensible en 2020 principalement grâce à l'amélioration de la CAF (Cf. supra).

Evolution des ratios d'endettement des EPS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Encours de la dette/total des produits	20,4%	23,2%	26,4%	29,9%	33,7%	36,1%	38,0%	40,8%	41,6%	40,4%	39,7%	38,8%	38,3%	37,5%	36,4%	33,9%
Indépendance financière	34,5%	36,3%	39,5%	43,2%	45,8%	47,3%	48,5%	50,4%	50,8%	51,1%	51,2%	52,2%	52,3%	52,3%	52,1%	50,8%
Durée apparente de la dette (en années)	4,4	5,2	6,9	7	6,6	7,1	6,3	7,1	7,9	8,5	8,8	9	10,6	10	9,3	6,8

Source: DGFIP, traitements DREES

La part des établissements surendettés selon les critères de l'article D. 6145-70 est de 31 % en 2020, en baisse depuis deux ans.

L'ATIH fournit des indications complémentaires sur la dette des EPS:

- L'encours des emprunts structurés à risque très élevé, coté 6F selon la charte Gissler, diminue encore en 2020 et ne représente plus que 1% du total de l'encours bancaire.
- En 2020, la durée résiduelle moyenne par contrat est de 15,6 années, en baisse par rapport à 2019, et le taux d'intérêt actuariel moyen à fin 2020 est de 2,8%^[9].
- En 2020, le montant total de nouveaux emprunts est de 1 568,7 M€ (-1,7 % par rapport à 2019). 38% des nouveaux encours souscrits ont un taux d'intérêt compris entre 1% et 2%, ce taux étant même inférieur à 1% dans 57% des nouveaux encours. A l'exception d'un contrat souscrit sur un niveau de risque de type 2A, tous les autres contrats sont des emprunts non risqués (1A) et les contrats refinancés ou renégociés s'orientent quasi exclusivement vers un niveau de risque nul.

[9] Ces deux indicateurs sont calculés sur 97,7% de l'encours.

RESSOURCES

L'application de la tarification à l'activité (T2A) devrait s'adapter en France aux besoins des établissements de santé

L'éventuel remplacement de la T2A par de nouvelles formes d'allocation de ressource devrait tirer les enseignements de la situation actuelle en considérant la mise en œuvre concrète de la T2A en France. Il conviendrait de rendre la tarification transparente en adoptant des repères identifiables par l'établissement. Le tarif devrait se présenter ainsi.

Le périmètre de la T2A devrait être limité à des prises en charges bien identifiées et ne pas comporter la plupart des séjours longs, notamment ceux des patients « médicalement sortant ».

Les disparités dans les financements entre spécialités ne devraient pas perdurer, ce qui suppose dans certains cas que l'actualisation de la CCAM soit enfin réalisée.

Les plateaux techniques d'exploration des EPS et des ESPIC devraient acquérir leur autonomie de gestion et de financement.

L'Etat devrait jouer pleinement son rôle d'actionnaire et clarifier les modalités de financement des investissements structurants.

Dr Alain SOMMER

Structure actuelle du GHS	Structure du GHS proposée
X €	Prise en charge médicale
	- dont personnel
	- dont consommables
	Forfait Amortissement équipements soins
	Forfait Administratif
	Forfait Hôtelier
Informations complémentaires	Informations complémentaires
Borne basse	Borne basse
Borne haute	Borne haute
	Nombre de jours de référence
	Hors GHS
	Actes d'Exploration de référence

Le respect des mécanismes élémentaires de gestion des organisations est la condition de succès de l'allocation de ressources. Sans cela, l'allocation de ressources crée des biais qui aboutissent au gaspillage, à l'allocation arbitraire sous influence, à la mauvaise prise en charge des patients et pour finir au refus de soins, faute de ressources.

Dans les pays de l'OCDE, le mode de financement en fonction de l'activité des professionnels de santé ou des établissements est une forme très répandue d'allocation de ressources aux établissements de santé. Elle reste très critiquée en France dans son principe et assez peu dans son application.

Elle pousserait notamment les établissements à la course à l'acte et à la surfacturation, épuiserait et démotiverait les équipes, aboutirait à choisir des activités plus profitables que d'autres au détriment des patients et mènerait à maltraiter les patients. Un point à jour sur ce sujet se trouve dans le rapport du Sénat.^[1]

[1] Hôpital : sortir des urgences <http://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-114.html>

Tout n'est pas toujours faux dans la longue liste de reproches faits à la T2A, mais c'est le moins mauvais des systèmes. Sans T2A, l'allocation de ressources n'aura plus de repères intangibles de production de soin, elle sera influencée par des critères subjectifs (politiques, relationnels et autres) ou sans lien direct avec la production de soin (la population, le nombre de patients souffrants de certaines pathologies, etc.) Elle mènera à la perte de productivité (il n'existera plus d'incitation financière), à la perte de sens clinique (les documentations des prises en charge seront délaissées), à l'arbitraire (les allocations se feront sur des critères subjectifs) et pour finir à la corruption. L'abandon de la T2A ce sera « plus de dépenses pour moins de soins ». Utiliser des outils de planification collective pour gérer des micro-équipes mènera au gaspillage et à la démotivation des équipes car ces méthodes de dotation ne répondent pas à leurs besoins.

A l'heure où le financement de la santé en partie par la dette publique semble devenir la norme et depuis que les coûts ne comptent plus, la tentation est grande de remplacer la T2A par de « nouveaux » modes d'allocation de ressources.

S'affranchir du critère de l'activité n'est pas souhaitable, sauf à vouloir acheter des soins en fonction de critères qui n'ont pas de lien avec la production de soins.

Le taux de financement des établissements par la T2A n'est pas, en soi, un critère d'équité ou d'efficacité. Que ce taux soit à 95 % ou 30% ne changera rien à l'inadéquation des modes de financement. Quand les marges des établissements avoisinent les 2 ou 3 %, dans les meilleurs des cas, un très faible sous-financement peut provoquer des difficultés majeures. C'est l'adéquation du financement à l'activité qui importe et non le taux.

Avant de rejeter la T2A, il faudrait sans doute analyser son fonctionnement en France.

En théorie, l'allocation de ressources à une organisation doit respecter quatre principes élémentaires :

- Elle doit correspondre à une réalité physique et rémunérer des prestations identifiées ;
- Elle doit inciter les soignants et les gestionnaires à adopter des comportements vertueux pour des prises en charge de qualité ;
- Elle doit permettre à l'établissement de prévoir l'avenir et d'assurer le financement de ses investissements ;
- Elle doit être consensuelle, c'est-à-dire être acceptée par l'ensemble des acteurs du système de santé, (ce qui ne sera pas abordé ici).

LES TARIFS DE LA T2A CORRESPONDENT-ILS À UNE RÉALITÉ PHYSIQUE ?

3 compartiments de charges connaissent leur propre dynamique à l'hôpital:

- Le personnel et les consommables associés aux soins qui doivent être rémunérés ;
- Les fonctions administratives et hôtelières qui doivent être rémunérés ;
- Les équipements de soin et de structure qui doivent être financés.

La T2A est un outil d'assureur qui transfère les risques aux producteurs de soins et organise l'opacité.

Le GHS est une somme « all inclusive » censée couvrir toutes les charges liées au séjour d'un patient. Aucune industrie n'accepterait un tel niveau de risque. Se faire payer sur la base de données médicales et de la présence d'actes dit classant sans connaître les prestations réalisées relève de la loterie. Chaque patient est un pari économique. Le séjour d'un patient ayant subi une colectomie sera rémunéré du même montant que celui d'un autre patient ayant subi une colectomie. Quand on connaît les différences qui peuvent exister entre les prises en charge, on comprend le danger que représente le principe. Cette logique est à peine atténuée par l'introduction d'un « niveau de sévérité ».

Cette méthode de rémunération correspond à une logique d'assureur qui transfère le risque au producteur de soin. Que le patient reste 2 ou 8 jours ne l'intéresse pas. Qu'il ait rencontré des difficultés n'est pas grave, « l'établissement se rattrapera sur un autre patient ». Tout cela est enrobé d'un savant langage de statisticien et d'études pseudo scientifiques.

Elle a été conçue comme un outil de distribution de fonds à enveloppe fermée sur des critères médico-comptables.

Elle a entraîné le développement d'une industrie de la facturation, le GHM-GHS étant avant tout conçu comme un moyen de distribuer des fonds. Savoir à quoi ont servi les ressources importe peu : la montant d'un GHS n'a aucune justification sérieuse, sauf celles liées aux circonstances de son allocation. Les sommes attribuées ne sont pas liées à des dépenses, puisque les coûts ne semblent pas guider la tarification. Les tarifs ont baissé pendant près de 6 ans (2012-2018) alors que les coûts augmentaient : il devait exister de gigantesques réserves de productivité et surtout beaucoup de personnes prêtes à être sous payées en France.

Comment s'étonner alors que la T2A comme outil de facturation n'incite à l'activité ? Puisque le codage est à la source de la facturation, les gestionnaires poussent à l'activité pour récupérer des fonds.

Le GHS d'un séjour est censé rémunérer des dizaines d'intervenants, l'usage de toute sorte de matériel, de la nourriture, des médicaments, des transports interne, du chauffage... Au gestionnaire de se débrouiller pour équilibrer les comptes. Faute de comprendre ce pour quoi ils sont payés, les gestionnaires, conscients de leur impuissance, aidés en cela par certains soignants cupides, sont obligés de penser en termes de recette pour tenter d'équilibrer leurs comptes.

Aucun industriel ou prestataire de service sérieux hors des services de santé n'accepterait de prendre un tel risque, à moins d'adopter des comportements de fuite en avant. Si un gestionnaire d'établissement ne sait pas combien un soin est acheté, combien un repas est acheté, combien une nuit d'hébergement est achetée, comment peut-il gérer autrement que par un accroissement de l'activité ? Il n'a aucun repère. L'argumentation statistique autour de la construction des tarifs est tout simplement incompréhensible pour un gestionnaire.

Le tarif actuel d'un Groupe homogène de séjour (GHS) est une boîte noire. De quoi est-il vraiment fait ? Où se trouve le détail des calculs ? Quelle est la répartition entre les types d'activités ? La T2A opaque est critiquable, mais pas le financement à l'activité. Ce manque de transparence nuit à son adéquation avec les impératifs de gestion.

Comprendre ce qui est acheté permettrait de gérer. Or, à moins que l'établissement dispose d'un système de comptabilité analytique très sophistiqué, ses recettes par séjour évoluent de façon claire et les charges évoluent de leur côté sans qu'établir un lien direct ne soit possible. Quand les charges par séjour sont incompréhensibles, le total des charges l'est encore plus.

Rémunérer les prises en charge de façon fine et non par des agrégats permettrait de mieux comprendre les coûts et de rendre légitimes les tarifs.

La comptabilité en coût complet utilise des coûts datant de 2 ans au moins pour justifier ou non un tarif. La logique des « Tarifs issus des coûts » illustre ce travers. Par décence, l'impact de l'inflation sur cette méthode ne sera pas évoqué. Expliquer l'évolution de chaque GHS sous l'effet de l'explosion de certains types de dépense sera un exercice salutaire mais impossible à réaliser : les volumes d'intrants ne sont pas détaillés. Il est impossible de connaître le nombre de comprimés prescrit, ou combien de minutes d'ETP sont rémunérées, donc les évolutions ne peuvent être justifiées.

Le fait que les tarifs ne correspondent pas aux coûts n'est pas seulement le fruit d'une volonté : c'est une fatalité. Les coûts complets tels qu'ils sont évalués ne sont pas des

coûts, ce sont des sommes de ressources allouées de façon grossière à des événements plus ou moins bien identifiés. Un coût qui ne correspond pas à une action de gestion devient un chiffre inexplicable.

Quand bien même les coûts guideraient la tarification il faudrait utiliser pour les analyser les sous-jacent physiques et ne pas mêler des situations d'une grande diversité. Mais le problème n'était pas de fournir un tarif basé sur des coûts puisque le respect de l'ONDAM était prioritaire par rapport à la prise en compte de l'évolution des composantes coûts des séjours.

Les tarifs se veulent également incitatifs : l'exemple de l'évolution des tarifs pour inciter les établissements au virage ambulatoire est très illustratif de cette dérive. Non seulement ils ne sont pas liés aux coûts mais ils créent des biais concurrentiels. Les établissements qui n'iront pas rapidement et massivement vers l'ambulatoire verront leurs ressources diminuer car ils auront eu le mauvais goût d'avoir une patientèle plus âgée ou défavorisée.

L'utilisation de standards avec des données physiques et comptables actualisés régulièrement pour déterminer les durées de séjour et les consommables permettrait de rémunérer justement la plupart des prises en charge. Utiliser les chemins cliniques standards permettrait également de préciser les niveaux de sévérité et même d'en supprimer.

Les prises en charges sont définies par leurs chemins cliniques dans de nombreux pays. Les modalités de réalisation des interventions et les actes sont de plus en plus documentés.

Distinguer ce qui est le soin de ce qui ne l'est pas (l'administration ou l'hôtellerie notamment) permettrait de mieux comprendre et de se concentrer sur les prises en charge médicales.

La rémunération des charges administratives ou hôtelières par des coûts standards améliorerait la pertinence de l'allocation.

Etablir une facture, une feuille de paie, gérer une comptabilité, préparer et servir un repas sont des processus standardisables en permanence et leurs coûts ainsi que leurs métriques sont connus dans les secteurs marchands.

Amalgamer les charges administratives et hôtelières dans l'étude nationale des coûts (ENC) puis dans un forfait « all inclusive » complexifie les allocations de ressources. Les charges administratives ou hôtelière n'ont rien à faire noyées dans l'allocation des ressources à la prise en charge de soin.

Il ne s'agit pas de créer une unité d'œuvre unique pour les tâches administratives et hôtelières mais de rémunérer les différentes composantes administratives et hôtelière du séjour par des forfaits individualisés. La base d'Angers fonctionne depuis des décennies et ses données sont fiables.

Utiliser les notions de niveau de sévérité laisse croire que tous les cas de prise en charge sont prévus et justement rémunérés.

L'examen des marges d'un établissement montre que la répartition des marges dépend étroitement de la durée de séjours. Sauf dans quelques spécialités bien identifiées, les marges dépendent d'abord et pour une très large partie de la durée du séjour.

Que peuvent faire les équipes soignantes face aux 4 à 5 % de patients qui ne trouvent pas de place immédiatement dans des structures d'aval ou qui ne sont pas transférables avant de longues semaines dans d'autres établissements ? La T2A ne permet pas de rémunérer correctement les séjours de ces patients « médicalement sortants ». Car l'établissement subit une double peine : le prix à la journée prévu pour les séjours aux delà des borne et extrêmes est insuffisant pour couvrir les charges et en plus il ne peut accueillir de nouveaux patients normalement rémunérés.

Pourquoi condamner au déficit les établissements qui hébergent des patients trop âgés, socialement défavorisés ou isolés ou sans traitement possible et dont aucun établissement ne veut ?

La T2A n'est pas un système conçu pour les séjours aberrants. Prévoir un mode de rémunération adapté pour ces cas permettra de mieux se recentrer sur les patients aux séjours standardisables.

LA T2A EST-ELLE INCITATIVE ?

Une allocation de ressources n'est pas un remboursement de charges, c'est un signal, une incitation qui doit guider le comportement des équipes soignantes tout en respectant l'équilibre financier de l'établissement.

Imaginer que des patients peuvent être choisis en fonction de leur rentabilité n'est pas totalement faux.

Certains médecins dirigeront vers l'hôpital public les patients sans mutuelle aux couvertures généreuses, d'autres se spécialiseront dans des actes rapides et rémunérateurs.

Les tarifs des hospitalisations sont revus tous les ans alors que la structure de rémunération de la classification commune des actes médicaux (CCAM) n'a pas été sérieusement revue depuis plus d'une décennie. Cette différence de traitement paraît naturelle à tous, mais elle crée des rentes de situation et des biais concurrentiels majeurs. Certains établissements auront beaucoup de difficulté à recruter dans des spécialités dont les tarifs sont favorisés par rapport à d'autres.

Maintenir des rentes de situation favorise certaines spécialités hospitalières au détriment d'autres spécialités.

Quel signal donne-t-on aux pédiatres ou aux urologues dont les GHM sont notoirement sous rémunérés ? Quels crimes ont commis les enfants pour ne pas avoir droit à des services financés équitablement ?

Pourquoi rémunérer des séjours en fonction d'actes associés à des diagnostics sans s'intéresser à la façon de les réaliser et aux résultats ?

Intégrer la qualité dans la rémunération de séjours ou de groupes de séjour n'est pas impossible, l'IFAQ le montre bien.

Pour autant, la qualité doit directement impacter le niveau de rémunération comme multiplicateur et non comme pourboire. Le montant des rémunérations liées à la qualité est dérisoire. Le bon soin ne doit pas être rémunéré de la même façon que le mauvais soin.

Pourquoi vouloir appliquer la logique de la T2A à toutes les activités de l'établissement ?

La logique de la T2A ne s'applique pas à toutes les situations. Il faut savoir revenir au forfait ou au budget global pour les services dans lesquels cette logique n'est pas applicable.

Quoiqu'ils fassent, les gestionnaires des soins critiques ne pourront pas équilibrer leurs comptes avec la tarification actuelle. Aucune adaptation de la T2A ne le permettra. La solution n'est certainement pas facile à trouver, mais identifier le problème est un bon début.

De la même façon de nombreuses spécialités sont sous-financées et d'autres, moins nombreuses, plus profitables.

La T2A ne doit pas s'intéresser à la rémunération de la seule activité, mais également aux conditions d'exercice du métier. Acheter des soins en utilisant des données médicales et des critères comptables n'est pas suffisant. Qui s'est intéressé aux conditions d'exercice des soignants hospitaliers pour fixer les tarifs ? Qui s'est intéressé aux organisations nécessaires pour produire le séjour ? L'approche comptable ne permet pas prendre en compte le métier : la temporalité des soins, les différents taux d'utilisation des ressources (équipement et soignants) de la « Capacité de soin ».

Comprendre la façon dont les soins sont délivrés permettra de définir des tarifs adaptés au métier.

Les méthodes de travail sont parfois très spécifiques : attribuer des ressources à toutes les spécialités selon une même logique peut parfois mener à des allocations de ressources inadaptées. Si la T2A est tant critiquée par certains soignants, c'est également parce qu'elle n'est pas adaptée aux pratiques non séquentielles et plus lentes de certaines spécialités : pathologies chroniques, pluralité de méthodes de prises en charge des patients.

Par exemple l'urologie, la stomatologie ou l'ORL comportent à la fois des activités au bloc et en plateaux techniques avec des contraintes spécifiques. Equilibrer les comptes de ces services, en établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) ou en établissements publics de santé (EPS), est une gageure en raison de tarifs peu favorables et surtout d'une pratique médicale particulière. Pourquoi ne pas adresser le sujet ouvertement ?

Un tarif n'est pas une punition. S'il n'assure pas l'équilibre d'exploitation du séjour, il est dangereux. La T2A ne doit pas se focaliser uniquement sur les coûts, mais son devoir est d'assurer un équilibre d'exploitation dans des conditions d'exploitation raisonnables. L'Etude Nationale de Coût devrait être complétée par une Etude Nationale de Profitabilité. Cela contribuerait à rendre l'allocation de ressources pertinente.

Il faut tenir compte des coûts cachés liés à certaines organisation, elles même conditionnées par la pathologie et le métier.

LA T2A DOIT-ELLE PARTICIPER AU REMBOURSEMENT DES DETTES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS VIA LE GHS?

La question ne se pose pas pour les établissements privés à but lucratif. Leurs dettes financières sont remboursées par leurs flux financiers d'exploitation, sauf situation exceptionnelle. La T2A représente une part majeure de leurs ressources. Les GHS de ces établissements correspondent plus souvent à des prises en charges plus courtes que pour les ESP et les ESPIC ; ils ne comportent pas les actes médicaux ou d'exploration couverts par la CCAM et effectués par des structures libérales.

Pour les EPS et les ESPIC, la situation est plus complexe. Les investissements peuvent se distinguer en deux groupes :

- Les investissements en équipement technique ;
- Les investissements structurant en infrastructure (bâtiment et gros œuvre).

Le financement ou l'amortissement des plateaux techniques se réalise en majorité par le GHS en application du principe du financement « All inclusive ».

La rémunération des actes des plateaux techniques est en effet incluse dans le GHS quand ils sont réalisés pendant le séjour du patient. La quote-part dans le GHS d'amortissement du matériel ayant servi à produire ces actes correspond à un flux financier destiné à rembourser l'essentiel des dettes ayant financé les plateaux techniques.

Cela peut se comprendre pour les investissements en matériel directement liés aux soins (salle de bloc, salle de soin). Mais les plateaux techniques d'exploration sont dans une situation particulière.

Ils font face à une triple incertitude:

- L'incertitude sur l'utilisation du plateau technique au cours du séjour des patients ;
- L'incertitude sur la rémunération équitable du GHS (si elle ne l'est pas, quelle part restera aux financements des investissements des plateaux techniques ?) ;
- L'incertitude sur la rémunération réelle des actes produits par les plateaux techniques. La technique des ICR utilisée est obsolète.

Comment, dans une telle configuration, les plateaux techniques d'exploration des ESPIC et des ESP pourraient-ils être performants? Personne ne connaît le tarif de leurs actes

techniques, personne ne sait où vont les flux financiers et leur patientèle est en grande partie aléatoire. La part de patientèle ne provenant pas de l'établissement est variable.

Il est donc souhaitable de financer ces plateaux techniques par des financements dédiés et de leur accorder des tarifs spécifiques. Ils ne devraient plus être inclus dans les GHS mais être achetés en sus comme pour les établissements privés à but lucratif.

Le calcul des GHM-GHS ne peut pas tenir compte du financement de l'investissement structurant futur.

Ces derniers incluent les amortissements et les frais financiers du passé. Cette situation est logique car on ne peut prévoir le montant des investissements futurs dans la rémunération par séjour.

La distinction entre la « capacité à offrir des soins » et le respect des protocoles implicitement retenus par les GHS permet de comprendre ce problème. La « capacité à offrir des soins » correspond à la capacité d'un établissement à offrir un type de soin défini dans des règles de qualité et de sécurité en combinant une équipe soignante, une infrastructure technique et une organisation. Elle préexiste à toute activité et donne lieu à autorisation. Le calcul du GHS est normalement basé sur un modèle sous-jacent de séjour avec des niveaux de charge standardisés. Ce modèle comporte notamment une durée de séjour et des actes.

La somme des rémunérations des GHS est censée financer en grande partie le coût de la « capacité à offrir des soins » et les coûts générés par la délivrance des soins aux patients.

Comme mode de rémunération, la part de la T2A dans le financement de l'établissement est sensible à deux paramètres variables d'une année à l'autre: le mix d'activité et le niveau d'activité.

Outre les problèmes liés aux calculs du montant des coûts effectifs des GHS^[2], ce système de rémunération est basé sur la réalisation par l'établissement d'un mix et un niveau d'activité suffisant. Les EPS doivent à la fois entretenir une « capacité à offrir des soins » et soigner leurs patients en respectant des modèles implicites de prise en charge.

Compte tenu des masses financières en jeu, de l'importance des besoins en investissement, ce mode de financement impose des réajustements financiers permanents aux établissements. Ils participent aux crises financières régulières qu'ils connaissent.

De même que les charges administratives et hôtelières doivent faire l'objet de forfaits, les charges d'amortissement et d'entretien structurantes devraient faire l'objet de financements par l'actionnaire.

C'est l'actionnaire qui doit financer ces investissements en partie par dotation en capital et en emprunt. Les acheteurs de soins que sont la CNAM et l'Etat passent de façon implicite ce contrat en accordant des autorisations. Pourquoi soumettre le financement des investissements structurants à des aléas de volume et de marge ? Les établissements de santé remplissent une mission de santé publique et n'ont pas à les subir.

Deux rémunérations coexistent au sein d'un GHS : celle de l'exploitation et celle du financement. D'une année à l'autre, sauf dans certains services spécialisés, les mix varient de 20% en moyenne.

La T2A peut assurer le financement de l'exploitation et des investissements des plateaux techniques. Le financement de l'investissement structurant par la T2A pose un problème car les variations de mix ne permettent pas une prise de risque raisonnable.

Pourquoi ne pas créer des allocations fixes pour le financement des investissements indépendamment des volumes d'activité ? Cela éviterait peut-être les crises financières régulières dont sont victimes les ESP et les ESPIC dans une moindre mesure.

L'Etat est à la fois actionnaire des EPS, gestionnaire de fait des tarifs et régulateur de l'offre. Ce n'est pas aisé mais il doit assurer pleinement son rôle d'actionnaire : apporter les capitaux propres nécessaires aux établissements publics sans se défaire sur l'endettement.

[2] Le développement du contrôle de gestion à l'hôpital : l'apport de la notion d'objet frontière, Pierre MÉVELLEC, Benoît NAUTRE, Finances Hospitalières n°155 mars 2021

DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among twelve countries

Seok Swan Tan, Alexander Geissler, Lisbeth Erden, Mona Heurgren, B. Martin van Innerved, W. Ken Redekopp, -Leona Hakkaart-van Roijen on behalf of the Curdog group

European Journal of Public Health, Volume 24, Issue 6, December 2014, Pages 1023-1028

Evaluer le volume d'activité et les coûts de l'éducation thérapeutique à l'hôpital

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP), un dispositif très répandu mais absolument pas harmonisé. Il s'agit d'un dispositif de formation du patient chronique, qui vise à lui apprendre à mieux vivre avec sa pathologie. Elle peut être organisée individuellement ou en groupe, et animée par de nombreux types d'interlocuteurs : infirmiers en majorité (de pratique avancée ou non), mais aussi médecin, diététicien, kiné, etc. L'objectif est à la fois d'apprendre au patient à mieux prévenir les symptômes, et donc à éviter des aggravations ou des crises, mais aussi de simplement lui apprendre à développer un mode de vie pour lequel la pathologie va être la moins « handicapante » possible. Il est à noter que le terme d'éducation thérapeutique du patient peut être légèrement abusif, dans la mesure où il n'est pas rare que les aidants (famille, le plus souvent) participent aux séances d'ETP. Si la quasi-totalité des hôpitaux pratiquent au moins un peu d'éducation thérapeutique, il s'agit d'un mode de prise en charge extrêmement hétérogène : l'ETP est presque toujours organisée au sein du service (ce qui est logique, puisque l'on éduque le patient pour une pathologie donnée), et l'on constate des organisations très différentes d'un service à l'autre (au sein d'un même hôpital). Même entre deux services de la même spécialité, les modalités vont énormément varier, que ce soit en termes de fréquences des séances, de décision de les faire en groupe ou individuellement, ou même d'acteurs de l'ETP.

Cet article vise à expliciter la façon la plus directe d'évaluer les coûts et recettes liés à l'activité d'ETP pour un hôpital donné ; il n'inclue pas les méthodes pour ensuite prendre des mesures face au diagnostic, qui sont nettement plus « au cas par cas ».

Pierre DAGEN
Président NORSKA

DES MODES DE FINANCEMENT DIVERS ET PAS TOUJOURS SUFFISANTS

Même sur le plan du financement, nous ne sommes pas du tout dans le cas d'une activité type T2A, avec des règles sans doute discutables, mais qui permettraient d'aller vers une forme d'uniformisation ou au moins de suivi. Dans les faits, l'activité d'ETP peut être réalisée dans trois « modes de financement » (ou de non-financement, d'ailleurs) :

- **L'activité déclarée et financée** : il s'agit d'une activité qui a été déclarée sur dossier, avec un engagement de moyens et d'activité de la part de l'hôpital, en échange de quoi l'ARS attribue une enveloppe spécifique de financement. Bien que la situation varie marginalement d'un hôpital à l'autre, nos diagnostics sur divers hôpitaux tendent à conclure que les enveloppes attribuées dans ce cadre sont plutôt bien dimensionnées, au sens où elles couvrent à peu près exactement les moyens déclarés.
- **L'activité déclarée non-financée** : tout comme la catégorie précédente, ces activités ont été déclarées à l'ARS, mais n'ont pas fait l'objet d'un financement ; soit qu'il soit en attente de validation, soit qu'il ait été refusé. S'il est difficile de quantifier le volume moyen sur un hôpital, une étude en carottage sur un des plus grands hôpitaux de la banlieue parisienne nous a montré que ces activités représentaient plus de 25% des moyens consentis pour l'ETP, et étaient responsables de 95% du déficit financier lié à l'activité d'ETP.

- **L'activité non-déclarée et non-financée** : s'il est vrai que cette catégorie (un service qui utilise une petite partie de ses ressources pour organiser des séances d'ETP sans faire de dossier à l'ARS), et qu'elle est très dur à suivre (au point que la direction de l'hôpital peut ne pas être au courant), il est important de garder en tête qu'elle reste excessivement minoritaire (dans nos études, moins de 5% des moyens consentis). Autrement dit, il ne faut pas faire le raccourci de pensée qui consisterait à dire que l'ETP « crée du déficit » du fait de moyens investis « en cachette » pour la réaliser ; c'est bien dans les activités déclarées mais non-financées que se crée le déficit.

COMMENT ÉVALUER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DE L'ETP SUR UN HÔPITAL ?

Conséquence de ce qui précède, la première étape d'un audit de l'activité d'ETP devrait être de quantifier l'importance de chacune des trois catégories. La méthode la plus simple et la plus directe pour cela est de passer directement pas les cadres de service, en deux étapes :

- Partage d'un questionnaire pour savoir si le service pratique une activité d'ETP, et si elle est déclarée ou non
- Pour chaque réponse positive, entretien de 15 à 30 mn avec le cadre de service, afin de préciser :
 - Les ressources dédiées (c'est-à-dire clairement identifiées, et donc quantifiables, pour l'ETP)
 - Les ressources « récupérées » (c'est-à-dire les petits temps interstitiels donnés par des ressources non-fléchées ETP, souvent médecin ou kiné ; ici, le but ne sera pas nécessairement de toutes les quantifier, mais simplement d'évaluer lesquelles sont suffisamment significatives pour mériter une quantification)
 - Le volume d'activité d'ETP généré, avec le détail : à savoir, combien de séances annuelles, la durée de ces séances, le type de professionnel qui les anime et le fait qu'elles soient individuelles ou collectives. Il est à noter que pour les activités autorisées, cette information est facilement accessible via le rapport annuel d'activité.

Nb : Dans le cas où il aurait été délicat d'évaluer les ressources dédiées, il est possible de « se rattraper » en évaluant l'activité, simplement en multipliant les séances d'ETP par le temps de travail correspondant, qui doit inclure la séance elle-même et sa préparation – d'où l'intérêt de demander quel type de professionnel anime quelle séance.

Il est important de noter que certaines utilisations de ressources seront extrêmement délicates à quantifier ; une situation du type « il peut arriver qu'un médecin intervienne 10 minutes au début de la séance, mais c'est assez rare, et cela dépend vraiment du niveau de charge » sur une séance de groupe qui a lieu par exemple mensuellement n'a que très peu de sens à quantifier. En effet, il faudrait prendre un nombre très important d'hypothèses, augmentant à la fois la difficulté de l'audit, sa lisibilité (lors de la communication des résultats), et le niveau d'incertitude sur la mesure du temps consommé...le tout pour éviter de « rater » moins de 1% du temps consacré.

A l'usage, notre recommandation serait plutôt de faire une simplification saine, et de considérer que les temps interstitiels négligeable sont « compensés » par les gains marginaux de productivité que peut entraîner l'EPT (réduction marginale de la DMS et du taux d'entrée par les urgences), pour simplement ignorer ces deux paramètres qui complexifient énormément la lecture sans vraiment améliorer la fiabilité. Attention tout de même : certains temps interstitiels peuvent être

assez importants, notamment dans les services qui ont dans l'absolu un nombre important de séances d'ETP annuel. Il est alors important de le comptabiliser, en ignorant simplement les petits volumes.

Dans tous les cas, il faut garder à l'esprit que l'ETP a une vocation d'amélioration de la qualité de vie du patient, et non de gain d'efficience ; c'est une activité qu'il est important de suivre dans la mesure où elle peut générer une perte financière significative, mais qu'il ne faut certainement pas chercher à « rentabiliser ».

Une fois l'état des lieux terminé, on obtient des temps consommés par structure d'ETP (au sens : par service pratiquant l'ETP). Il est trivial de les convertir en euros en se basant sur le salaire moyen de l'hôpital par type de poste et le temps de travail correspondant. On peut ainsi créer trois agrégats « compte de résultat » :

- **Enveloppes « éducation thérapeutique » perçue de l'ARS VS Dépenses générées par la catégorie 1 (activité déclarée et financée) :** cet agrégat donne une perspective de mesure du fait que les activités que l'ARS a accepté de financer le sont à la bonne hauteur, et doit théoriquement être très proche de l'équilibre (dans un sens ou dans l'autre).

- S'il est fortement positif, cela signifie vraisemblablement que les ressources réellement utilisées pour l'ETP sont inférieures à celles déclarées, et il est important de vérifier que le niveau d'activité reste à la hauteur de l'engagement pris.

- Si, au contraire, il est fortement négatif, alors cela signifie soit que l'ETP « surconsomme », c'est-à-dire emploie plus de ressources pour générer son activité que ce qui a été déclaré, soit que l'enveloppe ARS a été mal dimensionnée, auquel cas les éléments chiffrés de l'audit sont une base solide pour solliciter une réévaluation

- **Enveloppes « éducation thérapeutique » perçue de l'ARS VS Dépenses générées par la catégorie 1 (activité déclarée et financée) et la catégorie 2 (activité déclarée et non financée) :** cet agrégat permet, en le comparant au premier, d'objectiver à quel point il est préjudiciable pour l'établissement de réaliser une activité déclarée à l'ARS, mais non financée par celle-ci.

- Si le résultat global entre le premier et le second agrégat évolue peu, alors c'est soit que l'ARS finance globalement toutes les activités d'ETP déclarées, soit que celles qui ne sont pas financées sont très peu consommatrices de moyens

- Dans le cas contraire, nettement plus fréquent, le delta entre le premier et le deuxième agrégat correspond globalement au « manque à gagner » qu'à l'hôpital à pratiquer l'ETP ; c'est en priorité sur ce montant là que devrait être discutée avec l'ARS une réévaluation du financement, pour inclure ces activités

- **Enveloppes « éducation thérapeutique » perçue de l'ARS VS Dépenses générées par la catégorie 1 (activité déclarée et financée), la catégorie 2 (activité déclarée et non financée) et la catégorie 3 (activité non-déclarée et non-financée) :** cet agrégat, comparé au précédent, fonctionne exactement de la même façon, et mesure selon les mêmes règles le préjudice financier à avoir une activité non-déclarée d'ETP. Typiquement, l'évolution entre l'agrégat 2 et l'agrégat 3 devrait être très

faible (moins de 5%) ; dans le cas contraire, on a un signal d'alerte fort sur la non-déclaration des activités d'ETP « chronique » dans l'hôpital, et il est pertinent d'entreprendre un travail de déclaration systématique des activités réalisées (il ne s'agit certainement pas de vouloir les stopper !).

L'objectif de cette méthode n'est en aucun cas de mesurer, à l'euro prêt, un compte de résultat de l'ETP dans votre établissement ; ce serait là un travail énorme, nécessitant à minima un « carottage » sur un mois entier par service, pour un résultat sensiblement comparable à celui de la méthodologie « simple » proposée ici, et moins facile à expliciter devant l'ARS dans le cas où de nouveaux financements devraient être sollicités. Il vise à vous permettre de répondre, à peu de frais, à la question « Combien me coûte mon activité d'ETP, pourquoi dégrade t'elle éventuellement l'équilibre médico-économique de mon hôpital, et devrait-elle ou non être revalorisée par les tutelles ? ».

Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière

Le nouvel ouvrage de référence pour bien comprendre le régime du droit syndical applicable dans la FPH et ses évolutions récentes.

A partir de l'ensemble des textes en vigueur et des décisions de jurisprudence.

Par Jacques LAFFORE - Préface de Carole Moniolle



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

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière</i> » par Jacques Laffore, 350 pages (ISBN 978-2-9559203-7-4) TVA : 5,5 %	HT	TTC
	71,09	75,00
	5,00	6,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		
	Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**. Je recevrai une facture justificative.
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

Les délais de paiement des hôpitaux tendent à s'allonger depuis dix ans

L'Observatoire des délais de paiement, qui a pour mission de réaliser des analyses et des études économiques basées sur des observations statistiques des comportements des entreprises et des administrations publiques, publie chaque année un rapport qui présente des informations détaillées, concernant notamment les établissements publics de santé (EPS)^[1].

Jean-Claude DELNATTE

[1] Sauf indication contraire, tous les chiffres mentionnés dans le présent article ont pour source les rapports de l'observatoire, en ligne sur <https://publications.banque-france.fr/liste-chronologique/rapport-de-lobservatoire-des-delais-de-paiement>.

[2] A partir des données de l'infocentre Delphes de la DGFIP adossé à l'application Hélios qui calcule automatiquement le délai de paiement pour chaque ligne de mandat payée, à l'exclusion de celles typées « subvention », « régie », « emprunt », « paie » ou « d'ordre ». Toutes les lignes de mandats prises en compte dans le calcul du délai de paiement ont le même poids statistique, indépendamment de leur enjeu financier.

[3] L'observatoire précise qu'il s'agit du délai moyen entre la date de réception de la demande de paiement (facture), lorsqu'elle est renseignée par l'ordonnateur, et la date de paiement par le comptable de chacune des lignes de mandats, hors mandats correspondant à des subventions, à des mandats d'ordre ou à des mandats de paie.

Le délai de paiement imposé aux pouvoirs adjudicateurs est fixé par l'article R. 2192-10 du code de la commande publique à 30 jours, mais par dérogation, en application de l'article R. 2192-11 du même code, il est, pour les EPS, porté à 50 jours, réparti entre l'ordonnateur, qui dispose de 35 jours, et le comptable public, de 15 jours.

Depuis 2011, l'application Hélios mise en œuvre par la direction générale des finances publiques (DGFIP) est la principale source d'information à laquelle se réfère l'observatoire sur les délais de paiement des EPS^[2]

Jusqu'en 2016, l'observatoire distingue dans ses rapports les grands EPS et les autres EPS selon que le niveau de leurs produits est supérieur ou inférieur à 70 millions d'euros (M€). A partir de 2017, en accord avec la DGFIP et la direction générale de l'offre de soins (DGOS), les EPS sont classés en quatre catégories respectant une granularité plus fine du montant de leurs produits :

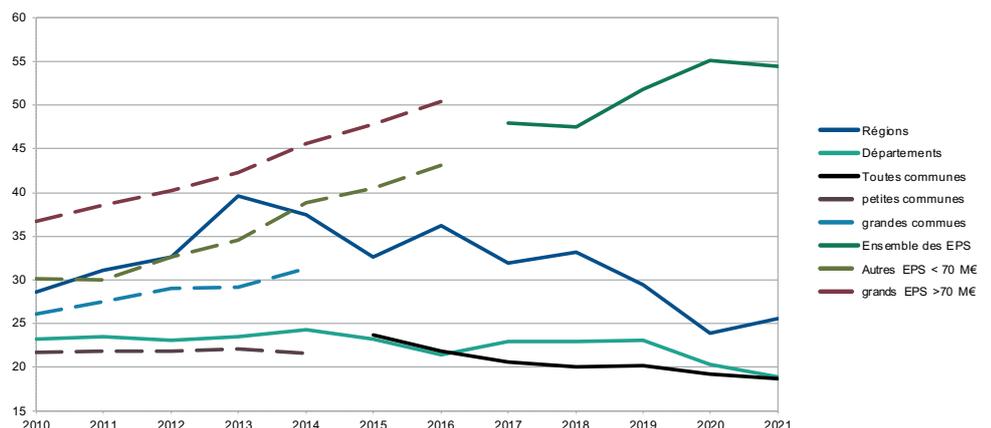
- Inférieur à 20 M€,
- Entre 20 et 70 M€,
- Entre 70 et 150 M€,
- Plus de 150 M€.

CONTRAIREMENT AUX COLLECTIVITÉS TERRITORIALES LE DÉLAI GLOBAL DE PAIEMENT DES EPS EST EN AUGMENTATION

Les rapports de l'observatoire présentent dans une même partie les résultats des organismes du secteur public local, c'est à dire les collectivités territoriales et les groupements à fiscalité propre, pour lesquels s'applique le délai réglementaire de paiement de 30 jours, et les EPS qui doivent respecter un délai maximum de 50 jours.

Contrairement à la tendance observée pour les collectivités territoriales, le délai global de paiement (DGP)^[3] moyen des EPS tend à augmenter depuis 2011, pour culminer à 55,1 jours en 2020, ce qui peut s'expliquer du fait de la crise sanitaire, et baisse légèrement en 2021 (54,6 jours). Depuis 2019 il est supérieur au délai réglementaire.

Evolution des délais globaux de paiement moyens dans le secteur public local (En jours)



Il peut être constaté que depuis 2017 le DGP moyen n'est pas corrélé à la taille des établissements ; les petits et les gros établissements (moins de 20 M€ et plus de 150 M€ de produits) présentent un DGP moyen inférieur à la moyenne de l'ensemble des EPS et inférieur au délai réglementaire contrairement aux établissements des deux catégories intermédiaires. Ceux dont les produits sont compris entre 20 et 70 M€ par an, qui enregistraient jusque-là des délais moyens très élevés, ont connu une importante baisse en 2021 (- 5,5 jours) et ceux dont les produits sont compris entre 70 et 150 M€ voient leur délai moyen se dégrader depuis trois ans pour atteindre 64,3 jours en 2021.

Evolution du délai global de paiement moyen des EPS

En jours	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble des EPS								47,9	47,5	51,8	55,1	54,5
moins de 20 M€								36,6	38,0	41,4	47,9	46,9
Entre 20 et moins de 70 M€								50,7	50,9	56,3	65,5	60,0
Entre 70 et moins de 150 M€								53,7	52,3	58,9	60,5	64,3
plus de 150 M€ a)								47,0	45,6	49,0	48,5	45,5
Autres EPS < 70 M€	30,1	30	32,6	34,6	38,8	40,5	43,1					
grands EPS > 70 M€	36,7	38,5	40,2	42,3	45,6	47,8	50,4					

Dont l'APHP

L'évolution à la hausse du DGP médian de l'ensemble des EPS confirme en partie la tendance observée sur le DGP moyen, si ce n'est qu'elle se prolonge en 2021, à l'exception des plus gros établissements.

Evolution du délai global de paiement médian des EPS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble des EPS								36,8	37,5	40,2	41,8	42,7
moins de 20 M€								30,2	31,3	32,7	34,9	35,3
Entre 20 et moins de 70 M€								43,1	43,4	45,7	47,0	47,8
Entre 70 et moins de 150 M€								45,9	47,3	48,4	45,7	48,0
plus de 150 M€ a)								44,8	45,9	47,2	48,0	47,6
Autres EPS < 70 M€	26,9	25,2	27,3	29,3	30	29,9	31,7					
grands EPS > 70 M€	37,2	32,8	35,8	37,7	41,5	41,9	45,6					

Hors APHP

La tendance à l'aggravation du DGP est particulièrement marquée sur le 9ème décile : il atteint en 2021 94,5 jours pour l'ensemble des établissements et ce sont dans les catégories intermédiaires qu'apparaissent les plus mauvais payeurs ces deux dernières années.

Evolution du délai global de paiement du 9ème décile des EPS

En jours	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble des EPS								66,4	66,4	74,5	87,9	94,5
moins de 20 M€								58,5	56	63,1	69,8	75,8
Entre 20 et moins de 70 M€								81	76,4	86,3	132,4	114,4
Entre 70 et moins de 150 M€								84,6	69,9	86,8	114,4	128,2
plus de 150 M€ a)								58,5	58,4	63,2	71,6	65,1
Autres EPS < 70 M€	47	44	46,2	49,8	52,6	56	60,1					
grands EPS > 70 M€	51,9	50,3	53	55,5	59,1	64,7	76,2					

Hors APHP

PLUS DU TIERS DES EPS NE RESPECTE PAS LE DÉLAI RÉGLEMENTAIRE

Pour l'ensemble du secteur public local, le délai de paiement réglementaire est assez bien respecté par les départements et les communes, un peu moins bien par les régions, et beaucoup moins bien par les EPS, et la tendance observée pour ces derniers va en s'aggravant. Plus du tiers d'entre eux ne respecte le délai de 50 jours en 2021 alors qu'il n'y en avait qu'un quart dans cette situation en 2018 ; en 2021 le taux de non-respect des EPS dont les produits sont compris entre 20 et 70 M€ atteint même 45,4 % et il est de 43 % pour les catégories supérieures.

Taux de dépassement du délai réglementaire dans le secteur public local

<i>En %</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Régions	25,7	50,0	50,0	33,3	16,7	25,0
Départements	9,5	14,4	16,3	18,1	8,5	6,3
Communes	7,5	6,2	4,9	5,2	4,6	4,4
Ensemble des EPS			24,6	29,8	32,6	34,1
moins de 20 M€			15,1	18,3	24,3	23,4
Entre 20 et moins de 70 M€			32,7	39,9	41,1	45,4
Entre 70 et moins de 150 M€			38,5	45,1	41,1	43,2
plus de 150 M€			32,9	41,4	31,8	43,0
Autres EPS < 70 M€	16,2	12,3				
grands EPS >70 M€	32,2	38,9				

LE DÉLAI DE PAIEMENT DU COMPTABLE DES EPS TEND LUI AUSSI À S'ALLONGER

En 2021, le délai de paiement des comptes du secteur public local et hospitalier est de 6,6 jours, toutes catégories de collectivités et d'établissements publics locaux et hospitaliers confondues, soit une diminution de 0,2 jour par rapport à l'année précédente. Globalement, le délai de paiement du comptable a baissé pour chaque collectivité territoriale. Il en va différemment dans le secteur hospitalier, le délai de paiement du comptable, qui était assez bas en 2018, ayant atteint le seuil maximum réglementaire de 15 jours en 2019 et 2020 pour s'établir à 14,3 jours en 2021. Pour cette dernière année, le délai s'est détérioré pour les établissements dont les produits sont compris entre 70 et 150 M€ passant de 14,5 jours en 2020 à 15,5 jours en 2021 et il a augmenté de 0,3 jour en un an pour les établissements dont les produits sont supérieurs à 150 M€. A contrario, il a diminué pour les strates inférieures et particulièrement pour les établissements dont les produits sont compris entre 20 et 70 M€ où le délai du comptable a baissé de près de 5 jours en un an.

Evolution du délai moyen de paiement du comptable des EPS

<i>En jours</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble des EPS								11,3	9,8	15	15	14,3
moins de 20 M€								6,7	7,3	8,7	11,2	10,6
Entre 20 et moins de 70 M€								11,3	9,5	15,1	17,6	12,7
Entre 70 et moins de 150 M€								14,6	12,6	17,6	14,5	15,5
plus de 150 M€ a)								11,3	9,4	15,9	15,4	15,7
Autres EPS < 70 M€	7,4	5,3	5,1	5,6	8,2	7,7	8,9					
grands EPS >70 M€	10	8,9	8,2	8,5	10,9	11,7	14,2					

RESTRUCTURATION

Retour fictif vers le passé ou la machine à démonter le temps

Né de la fusion des centres hospitaliers de Creil et Senlis en 2012, le groupe hospitalier public du sud de l'Oise (GHPSO), desservant un bassin de population de 267 700 habitants, disposait, sur ses sites de Creil et Senlis, de deux services de maternité, le premier de niveau III, le second de niveau II A. Le 18 octobre 2018, le GHPSO a demandé à l'ARS des Hauts-de-France une autorisation de transfert géographique des services de néonatalogie avec soins intensifs et de réanimation néonatale du site de Creil ainsi que le regroupement des activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie sans soins intensifs sur le seul site de Senlis, situé à environ treize kilomètres du site de Creil.

TA Amiens, 2e chambre, 7 juillet 2022, n° 1900272, inédit

Omar YAHIA
Avocat associé
YAHIA avocats

Né de la fusion des centres hospitaliers de Creil et Senlis en 2012, le groupe hospitalier public du sud de l'Oise (GHPSO), desservant un bassin de population de 267 700 habitants, disposait, sur ses sites de Creil et Senlis, de deux services de maternité, le premier de niveau III, le second de niveau II A. Le 18 octobre 2018, le GHPSO a demandé à l'ARS des Hauts-de-France une autorisation de transfert géographique des services de néonatalogie avec soins intensifs et de réanimation néonatale du site de Creil ainsi que le regroupement des activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie sans soins intensifs sur le seul site de Senlis, situé à environ treize kilomètres du site de Creil.

Par arrêté du 8 janvier 2019, l'ARS des Hauts-de-France a donné son accord à ce projet de transfert et de regroupement des maternités du GHPSO sur le seul et unique site de Senlis.

Mais les élus se sentant injustement dépouillés, c'est par requêtes du 24 janvier 2019 que la communauté d'agglomération de Creil Sud Oise et la commune de Creil ont demandé au tribunal d'ordonner la suspension de l'exécution de cet arrêté, par la voie du référé, puis son annulation, par la voie du recours pour excès de pouvoir.

Le juge des référés a alors rejeté la requête des collectivités requérantes, par ordonnance du 21 février 2019, ce qui a permis au GHPSO de procéder au déménagement des locaux du site de Creil et ainsi de rééquiper le site de Senlis de façon optimale de sorte qu'au bout de quelques semaines le site de Creil a été totalement désaffecté.

La maternité de Senlis a dès lors pu accueillir un nombre conséquent de parturientes, recruter de nouveaux praticiens et ainsi augmenter son activité.

Puis trois ans plus tard, au moment de juger la requête au fond, est survenu un coup de théâtre à l'audience du 25 mai 2022, à savoir que le rapporteur public a préconisé une annulation de l'arrêté de l'ARS, ce qui supposait théoriquement de replacer les parties dans la situation antérieure à la date à laquelle la décision avait été prise.

Les redoutables conséquences pratiques découlant de cette annulation n'ont pas échappé au rapporteur public qui a recommandé, comme en pareille situation, de faire application de la jurisprudence AC!^[1] qui permet au juge administratif de neutraliser et d'aménager, dans certaines conditions, l'effet rétroactif de l'annulation contentieuse qu'il est amené à prononcer.

Une annulation sèche aurait conduit à entreprendre des travaux d'un montant de 3,5 millions d'euros, de recruter des effectifs supplémentaires pour faire fonctionner à part égale les deux maternités.

Un retour fictif vers le passé, mais coûteux en somme.

[1] CE, Assemblée, 11 mai 2004, n° 255886, au Recueil.

L'annulation d'un acte administratif implique en principe que cet acte est réputé n'être jamais intervenu. Toutefois, s'il apparaît que cet effet rétroactif de l'annulation est de nature à emporter des conséquences manifestement excessives en raison tant des effets que cet acte a produits et des situations qui ont pu se constituer lorsqu'il était en vigueur que de l'intérêt général pouvant s'attacher à un maintien temporaire de ses effets, il appartient au juge administratif - après avoir recueilli sur ce point les observations des parties et examiné l'ensemble des moyens, d'ordre public ou invoqués devant lui, pouvant affecter la légalité de l'acte en cause - de prendre en considération, d'une part, les conséquences de la rétroactivité de l'annulation pour les divers intérêts publics ou privés en présence et, d'autre part, les inconvénients que présenterait, au regard du principe de légalité et du droit des justiciables à un recours effectif, une limitation dans le temps des effets de l'annulation. Il lui revient d'apprécier, en rapprochant ces éléments, s'ils peuvent justifier qu'il soit dérogé à titre exceptionnel au principe de l'effet rétroactif des annulations contentieuses et, dans l'affirmative, de prévoir dans sa décision d'annulation que, sous réserve des actions contentieuses engagées à la date de celle-ci contre les actes pris sur le fondement de l'acte en cause, tout ou partie des effets de cet acte antérieurs à son annulation devront être regardés comme définitifs ou même, le cas échéant, que l'annulation ne prendra effet qu'à une date ultérieure qu'il aura déterminée.

Le tribunal y a été sensible et c'est ainsi que, dans son jugement, il a choisi d'annuler l'arrêté mais de fixer l'effet de l'annulation au 6 janvier 2023, laissant à l'ARS le temps nécessaire lui permettant, soit de prendre un nouvel arrêté de transfert après avoir modifié en cours d'exécution le schéma régional de santé, le cas échéant en délivrant une autorisation dérogatoire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 6122-2 du code de la santé publique, soit de prendre les mesures requises à un retour sur le site de Creil.

ACTIVITÉ LIBÉRALE

Hôpital et juge administratif : à chacun son rôle

Le centre hospitalier d'Ajaccio a recruté un médecin en qualité de praticien attaché, à compter du 1er janvier 2010, pour une durée d'un an renouvelable, afin d'y effectuer une journée et demi de travail par semaine au sein du service d'oto-rhino-laryngologie et participer aux tours de garde et d'astreintes dans sa spécialité. Cette convention prévoyait en outre la perception d'une redevance de 16% sur les actes réalisés au titre de l'activité libérale de ce praticien au sein de l'établissement. Mais la chambre régionale des comptes et l'ARS se sont interrogées sur légalité de la situation de ce médecin.

CE, 1ère et 4e chambres réunies, 13 juin 2022, n° 453769, mentionné aux tables du Recueil

C'est ainsi que le 11 juillet 2017, l'établissement a émis à l'encontre du praticien un titre exécutoire pour un montant de 83 540 euros correspondant à la différence entre une redevance d'un montant de 30%, que le centre hospitalier estimait devoir être perçue, et le montant de la redevance effectivement versée par l'intéressé pour la période 2012-2016 en application de la convention signée.

Par une lettre du 20 septembre 2017, le centre hospitalier d'Ajaccio l'a mis en demeure de cesser toute activité libérale au sein de l'établissement et l'a informé de ce que la clause de la convention fixant la redevance à un taux de seize pour cent devait être regardée comme " nulle et non écrite ".

Un second titre exécutoire, se substituant à celui du 11 juillet 2017, a été émis le 16 avril 2018 pour un montant de 75 786 euros correspondant à la différence du montant de redevance due au taux de 30% et celui versé au taux de 16% au titre de l'activité libérale au cours de la période 2013-2016.

Le tribunal administratif a alors annulé le titre litigieux par jugement du 17 octobre 2019, contre lequel le centre hospitalier a relevé appel sans succès. Il a alors formé un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.

La haute juridiction a censuré l'arrêt d'appel au motif qu'il avait commis une erreur de droit en jugeant que le titre litigieux trouvait sa cause non dans le contrat liant le praticien mais dans les droits définitivement acquis par celui-ci en application de la décision individuelle dont il avait fait l'objet, qui ne pouvait être retirée après l'expiration d'un délai de quatre mois suivant sa date.

Le Conseil d'État a estimé qu'au contraire la convention conclue sur le fondement de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique, qui fixe les conditions et modalités dans lesquelles un professionnel de santé exerçant à titre libéral participe aux missions d'un établissement de santé, revêt, eu égard à la nature des liens qu'elle établit entre les parties, une nature contractuelle.

Invité à régler l'affaire au fond, il a considéré qu'en toute logique le centre hospitalier aurait dû saisir le juge d'une demande d'annulation de la clause litigieuse, avant d'émettre le titre

de recettes contesté, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que l'établissement n'était pas fondé à réclamer une restitution rétroactive sur le fondement de l'enrichissement sans cause.

En somme, à chacun son rôle : la résiliation (donc pour l'avenir) incombe à l'établissement tandis que l'annulation (donc pour le passé) revient au juge du plein contentieux.

COTISATIONS

Quand s'adresser à la mauvaise personne peut coûter cher

La plupart des cotisants contrôlés se fracassent généralement contre les remparts de la forteresse dressée par la Cour de cassation mais il arrive parfois qu'à force de détermination, l'auscultation des pièces aidant, certains requérants opiniâtres puissent entrevoir la lumière.

CA St-Denis, chambre sociale, 16 juin 2022, n° 19/01740, inédit

La plupart des cotisants contrôlés se fracassent généralement contre les remparts de la forteresse dressée par la Cour de cassation mais il arrive parfois qu'à force de détermination, l'auscultation des pièces aidant, certains requérants opiniâtres puissent entrevoir la lumière.

Ainsi le CHU de la Réunion s'était vu notifier une série de mises en demeure (neuf au total) pour un montant global de 1 711 632 euros, contestées devant le pôle social du tribunal judiciaire, lequel a écarté tous les arguments.

Une argumentation renouvelée a toutefois permis à la cour d'appel d'examiner sérieusement la demande de l'établissement public hospitalier, et au terme de son arrêt n° 19/01740 rendu le 16 juin 2022 par sa chambre sociale, deux enseignements méritent d'être relevés.

En premier lieu, et c'est là une occasion manquée pour le respect du principe du contradictoire, l'établissement soutenait que, selon la charte du cotisant contrôlé, un contrôle sur place ne peut se transformer en un contrôle uniquement sur pièces, sous peine de méconnaître le principe du contradictoire. Tel a été le cas, en l'espèce.

Mais la cour a estimé d'une part qu'« aucune obligation d'analyse des pièces, recueillies sur place ou adressées à la demande de la caisse, au contradictoire des parties ne pèse sur la caisse », et que d'autre part « La Charte du cotisant contrôlé, fût-elle de nature réglementaire comme le prétend le CHU, ne pouvant ajouter aux dispositions spéciales et d'ordre public de l'article R.243-59 précité qui fixent les modalités d'exécution du contrôle, la caisse a ainsi satisfait au principe du contradictoire lors des opérations à l'origine du redressement contesté ».

Dont acte. Mais la messe n'est sans doute pas dite.

En second lieu, l'établissement a constaté que la caisse avait choisi de lui notifier une mise en demeure à son siège social et les huit autres à la direction des ressources humaines du site sud du CHU.

Or, relève la cour, « l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable au litige, selon lequel toute action aux fins de recouvrement de cotisations sociales doit être précédée, à peine de nullité, d'une mise en demeure adressée au redevable » de sorte que « Seule la mise en demeure d'un montant de 1 044 004 euros, qui ayant été notifiée au siège social du CHU, a permis au débiteur d'avoir connaissance de la nature, de la cause et de l'étendue de son obligation, est donc régulière et fondée à ce titre l'action en recouvrement à hauteur de cette somme. »

Résultat : la cour annule les huit mises en demeure pour un montant de 667 628 euros. Si c'est une consolation appréciable pour l'établissement, il reste encore du chemin à parcourir pour protéger le principe du contradictoire.

Le guide indispensable pour gérer votre EHPAD

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

Par
Pauline LEBRET-SIMONNEAUX
Émilie SAVARIAU-SÉGUÉLA
Jacques GROLIER



INFODIUM
ÉDITIONS
www.infodium.fr

BON DE COMMANDE

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



<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Les financements publics des EHPAD : comprendre et agir</i> » par Pauline LEBRET-SIMONNEAUX, Émilie SAVARIAU-SÉGUÉLA, Jacques GROLIER, 270 pages (ISBN 978-2-9559203-8-1) TVA : 5,5 %	HT	TTC
	71,09	75,00
	5,00	6,00
Participation forfaitaire aux frais de port (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 :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**.
Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

VEILLE DOCUMENTAIRE

Troisième délégation, pour l'année 2022, des dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1 du CSS, des dotations régionales de financement des MIGAC, des dotations urgences et dotations provisionnelles psychiatrie

L'arrêté du 18 août 2022 (JO du 27 août 2022) fixe, pour l'année 2022, les montants des :

- Dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1 du CSS (DAF MCO) ;
- Dotations régionales provisionnelles psychiatrie mentionnées au 1° du II de l'article 2 du décret du 21 septembre 2021 ;
- Dotations régionales de dépenses d'assurance maladie au titre des dotations annuelles de financement des unités de soins de longue durée mentionnées au 2° de l'article L. 174-1 du CSS (DAF USLD) ;
- Dotations régionales des activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées aux 1° de l'article L. 174-1-1 du CSS dans sa version antérieure à l'entrée en vigueur IV et V de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (DAF SSR) ;
- Dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-23-8 du CSS (MIGAC SSR) et à l'article L. 162-22-13 du CSS (MIGAC MCO)
- Dotations régionales mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 162-22-8-2 du CSS (DOTATIONS URGENCES);
- Transferts prévus à l'article L. 74-1-2 du CSS

Un précédent arrêté, daté du 28 juillet 2022, fixant pour l'année 2022 les montants de ces dotations régionales et de ces transferts, est abrogé (Voir *Finances hospitalières* n° 171, sept 2022).

Panorama annuel des établissements de santé en 2020

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié le 26 juillet 2022 le panorama annuel des établissements de santé édition 2022 (Sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>). Il comporte une présentation de la situation d'ensemble du secteur, une synthèse sur la façon dont a été pris en charge le Covid 19 par les établissements et une série de fiches thématiques. La fiche n°27, consacrée à la part des établissements de santé dans la consommation de soins, indique qu'en 2020 les dépenses de consommation de soins hospitaliers (secteurs public et privé, hors soins de longue durée) s'élèvent à 100,5 milliards d'euros, en augmentation de 3,7% en valeur par rapport à 2019, malgré une forte baisse du volume des soins (-8,0%). Cette baisse est expliquée par la déprogrammation de soins non urgents lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, essentiellement durant la première vague épidémique. Le secteur public produit les trois quarts des soins hospitaliers (78 %) consommés en France. Le financement des soins hospitaliers (publics ou privés) est assuré à hauteur de 93 % par l'assurance maladie, en 2020.

Les fiches décrivant la situation économique et financière respectivement des cliniques privées à but lucratif, des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) et des hôpitaux publics ont fait l'objet d'une publication distincte.

Publication d'un nouvel arrêté sur la garantie de financement pour faire face à l'épidémie du covid-19 pour l'année 2022

L'arrêté du 24 août 2022 (31 août 2022) fixe les modalités d'application de la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19 du 1er janvier au 31 décembre 2022. L'arrêté du 10 mai 2022 (Voir *Finances hospitalières*, n° 169, juin 2022) est abrogé.

Mise à jour de la liste des pièces justificatives des dépenses

Le décret n° 2022-505 du 23 mars 2022 (JO du 8 avril 2022) comporte en annexe la liste actualisée des pièces justificatives des dépenses des collectivités territoriales, des établissements publics locaux et des établissements publics de santé. Selon l'article D. 1617-19 du code général des collectivités territoriales « *avant de procéder au paiement d'une dépense ne faisant pas l'objet d'un ordre de réquisition, les comptables publics des collectivités territoriales, des établissements publics locaux et des associations syndicales de propriétaires ne doivent exiger que les pièces justificatives prévues pour la dépense correspondante dans la liste définie à l'annexe I du présent code* ». Ces dispositions sont également applicables aux établissements publics de santé en vertu de l'article D. 6145-54-3 du code de la santé publique.

Expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville

L'arrêté du 30 août 2022 (JO du 7 septembre 2022) modifie l'arrêté du 19 avril 2021 relatif à l'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville. Il prévoit que l'expérimentation est prolongée jusqu'au 1er janvier 2023 et que les versements des intéressements au titre de l'année 2022 seront réalisés en 2023. Le cahier de charges de l'expérimentation annexé à ce nouvel arrêté remplace le cahier des charges annexé à l'arrêté susvisé du 19 avril 2021.

Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité

Rapport du HCAAM, France Stratégie, Laboratoire d'idées publiques, septembre 2022, 121p.

Ce rapport du HCAAM s'inscrit dans ses travaux précédents : prenant acte que la démographie des personnels de santé n'a pas su s'adapter pour couvrir l'ensemble du territoire, il invite à changer de paradigme pour trouver des solutions opérationnelles à l'accès aux soins du plus grand nombre. « *L'objectif de ce rapport est de formuler des propositions sur les formes d'organisation des soins de proximité les plus pertinentes pour fournir à la population, sur tout le territoire, les services qu'elle en est droit d'attendre.* »

La première urgence est de consolider et structurer la première ligne d'accès aux soins pour tous, dans un contexte de vieillissement de la population, de démographie médicale défavorable, du manque d'attractivité de certains modes d'exercice, et de trouver des solutions immédiatement opérationnelles, alors que tout changement de braquet en matière de formation des médecins prend 10 ans ... Le rapport se centre sur les soins ambulatoires généraux et spécialisés de proximité. Le champ d'étude est donc assez étroit.

Ce rapport, très intéressant, n'aborde pas la question financière et c'est heureux. Il semblerait que la criticité de la situation apparaisse enfin assez crûment pour que la notion de coût soit reléguée à plus tard : mais peut-être est-il déjà trop tard pour imaginer un modèle alternatif qui fonde une trajectoire globale du système de santé sur les cendres du précédent.

Pour construire l'accès aux soins de proximité de demain, le rapport préconise l'investissement dans de nouveaux métiers, le virage numérique, afin de satisfaire le panier de soins minimum auquel tout citoyen peut prétendre. Ce panier de soin doit être défini de manière concertée en associant usagers et professionnels. Il repose sur du temps médical que tout doit concourir à conserver, tout en assurant la montée en charge des jeunes professionnels.

L'exercice solitaire ayant apporté la preuve de sa non attractivité, le rapport préconise d'évoluer vers des équipes de soins de proximité structurées, au sein d'une organisation collective des soins au niveau de la CPTS, articulés avec le niveau spécialisé, interCPTS.

Cet n-ième rapport sur le sujet est intéressant et documenté, mais il ne résout tout de même pas le paradoxe de fond, sur la faible appétence des jeunes professionnels à rejoindre certaines zones jugées désertiques, après des années de formation en milieu hospitalier et urbain. Entre contrainte et contractualisation précoce, le rapport évite tout de même les questions qui fâchent trop.

La réforme du 100% santé

Cour des Comptes, juillet 2022, 73p.

« Le dispositif du 100 % santé consiste en un remboursement intégral par la sécurité sociale et les assurances maladies complémentaires d'un certain nombre d'aides auditives, de lunettes de vue et de prothèses dentaires, combiné à un plafonnement des prix des biens et tarifs des actes concernés » afin de réguler un reste à charge patient qui crée un clivage entre les français et contribue à construire un système de protection à deux vitesses générant un renoncement aux soins des populations les plus vulnérables.

Le remboursement intégral d'un nombre significatif de prothèses auditives et dentaires a conduit à une meilleure diffusion de ces dispositifs médicaux. En revanche, le choix d'un remboursement optique très inférieur aux coûts constatés conduit à un résultat plus mitigé concernant les lunettes : « Dans le secteur dentaire, le panier sans reste à charge représente une part très majoritaire des actes prothétiques réalisés (55% %), ce qui se traduit par une diminution globale des restes à charge pour les ménages. Elle s'accompagne d'une hausse conséquente du nombre de patients en 2021 (5,16 millions contre 4,4 en 2020 et 4,75 en 2019) [...] En audiologie, le panier sans reste à charge représente fin 2021 40 % des aides auditives et se conjugue avec une forte hausse du nombre de patients (0,7 millions contre 0,45 millions en 2020) [...] En optique, à l'opposé, le panier sans reste à charge demeure très peu choisi, exception faite des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire auxquels des possibilités limitées sont offertes. Il ne représente que 5 % des montures et 7 % des verres ».

Le résultat de cette politique volontariste est donc décevant même s'il doit être nuancé : la crise sanitaire a pu en retarder les effets, l'absence de tiers-payant intégral a pu se heurter aux difficultés de trésorerie de certains patients. Mais la Cour note qu'en raison du coût incertain de cette mesure, partagé entre assurance maladie et assurances complémentaires, elle était difficilement pilotable. La Cour émet donc des recommandations en vue de mieux réguler la dépense et les coûts garantis en matière d'audiologie et de prothèses dentaires.

Le poids de la dette des hôpitaux publics : quel bilan en amont de la crise sanitaire ?

La Banque Postale – FHF – septembre 2022

Cette publication s'intéresse notamment aux éléments du décret du 14 décembre 2011 relatifs à l'encadrement du recours à la dette. (Voir aussi sur le sujet *Finances Hospitalières* n°170 de juillet-août 2022).

Ce décret définit un seuil associé à 3 ratios : le taux d'endettement, l'indépendance financière et le délai de désendettement. La moitié des EPS n'ont pas été concernés par cet encadrement sur la période 2017 à 2019.

Sur cette période, on note une forte stabilité pour l'indépendance financière et le taux d'endettement mais beaucoup plus de volatilité pour le délai de désendettement.

L'étude analyse aussi l'encours de dette des hôpitaux publics à fin 2019, remarquant une forte concentration liée à la diversité de tailles des établissements. En effet seulement 19 EPS (un peu plus de 2 %) détiennent un tiers de l'encours de dette des EPS à fin 2019. Le poids de l'obligataire dans l'encours de dette de ces établissements est proche de 10 % en moyenne à fin 2019 mais ne concerne que 43 EPS soit 5 % d'entre eux.

L'étude traite également de la capacité d'autofinancement (CAF) nette selon 2 angles, comme source de financement des investissements et comme ratio de dette. Elle discute la CAF nette qui peut être biaisée certaines années.

Cette analyse du poids de la dette des hôpitaux publics et de leur surendettement conclut à l'insuffisance des trois ratios réglementaires de la dette et de leurs seuils associés pour s'interroger sur la notion de surendettement d'un hôpital.

L'étude présente aussi les modalités de ce qui a été initialement appelée la reprise de la dette et prend finalement la forme d'un soutien au désendettement et à l'investissement.

Publication par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2022

L'édition 2022 des chiffres clés de l'aide à l'autonomie est en ligne sur https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2022_access_exe_3.pdf. Depuis le 1er janvier 2021, la CNSA gère la branche autonomie de la Sécurité sociale et soutient l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en contribuant au financement des aides individuelles versées aux personnes, ainsi qu'au financement des établissements et des services qui les accompagnent. En 2022, la CNSA consacre plus de 35 milliards d'euros à l'aide à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

Le contrôle des achats, pilote de la performance

Resah, septembre 2022

Professionnalisation, performance et pilotage sont les trois piliers des achats publics, dont le RESAH observe la montée en maturité, qui se traduit par une stratégie renouvelée et un contrôle interne désormais bien structuré. Pour autant, la fonction de contrôle des achats et d'accompagnement de la performance économique de ceux-ci est parfois insuffisamment détaillée. Ce guide a pour objet de définir le périmètre de cette mission de contrôle et de conseiller les établissements sur son contenu opérationnel, notamment à l'échelle des GHT où la fonction est imposée par la loi : « l'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants ». (CSP R 6132-16).

Le guide pose des préconisations : piloter une performance d'achat multidimensionnelle, au-delà de la simple efficacité économique et du contrôle des risques ; diffuser les bénéfices à attendre ; et surtout, se concentrer sur le profil de contrôleur de gestion achat. Il faut identifier un poste et un responsable, doté d'une valeur-ajoutée dans le processus d'achat et bien positionné dans l'organigramme général de manière à rendre son travail visible.

AGENDA

10ème conférence Finances Hospitalières - Enjeux et perspectives 2023

21 octobre - Grant Thornton Neuilly

Séminaire National des Hospitaliers 2022

21 et 22 novembre - Strasbourg

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 - infodium@infodium - www.finances-hospitalieres.fr
Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et maquette : Alain Alvarez, studio2A@wanadoo.fr
Mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements et publicité : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet ZI - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 449 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0426 T 88884 - ISSN 1955-642X
Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

A compléter et renvoyer à :
Finances Hospitalières - Infodium - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60 - infodium@infodium.fr

W172

**1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base d'archives sur
www.finances-hospitalieres.fr
au prix de 449 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

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

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

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 2022 au 31 Décembre 2022.