

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL MAI 2020 N°146

ÉDITORIAL

La crise du Covid-19 : vers une remise en cause du cadre conceptuel de la gestion hospitalière ?

« Ces Français que nous fûmes contraints de jeter dans la bataille, ils ont des droits sur nous ». C'est par ces mots que Georges Clémenceau s'adressa à l'Assemblée Nationale lors de son investiture le 20 novembre 1917. « Nous sommes en guerre et la nation soutiendra ses enfants qui, personnels soignants en ville, à l'hôpital, se trouvent en première ligne dans un combat qui va leur demander énergie, détermination, solidarité. Ils ont des droits sur nous ». A plus d'un siècle d'intervalle, dans son discours à la nation le 16 mars 2020, le chef de l'Etat reprenait les mots du Tigre pour engager ce qu'il qualifiait de guerre et galvaniser les esprits en vue d'affronter une crise sanitaire, économique et sociale sans précédent.

A l'heure où ces lignes sont écrites, un grand nombre de personnels médicaux et soignants affronte courageusement le mal dans les établissements de santé, souvent dans des conditions inouïes et au péril de leur vie. Quelle sera leur place dans l'imaginaire collectif quand enfin la pandémie sera vaincue ? Seront-ils tels les combattants de la grande guerre, auréolés du prestige de la victoire, célébrés par la nation entière pour leur sacrifice et par conséquent légitimes à réclamer leurs « droits » ?

L'un des enseignements de cette crise majeure est l'éclatement des certitudes et des représentations bien ancrées. Le monde était ouvert, il se ferme. L'Etat-nation était une relique du monde d'hier, il revient en force. Il fallait maîtriser la dette publique, celle-ci explose. La santé publique était un sujet parmi d'autres, elle est devenue la priorité absolue. Le système de soins devait d'abord être efficient, il se doit aujourd'hui d'être efficace, quel qu'en soit le coût.

Voilà maintenant près de 40 ans que les pouvoirs publics essaient de maîtriser les dépenses de santé ; près de 25 ans que les agences régionales – d'hospitalisation puis de santé – ont été mises en place ; 15 ans que la T2A et la nouvelle gouvernance ont été mises en œuvre. Au cours de cette période, le contrôle organisationnel s'est considérablement accru au sein des établissements de santé, les outils de gestion se sont affinés, le pouvoir des gestionnaires s'est étendu et ce, il faut le dire, souvent au grand dam des personnels médicaux et soignants qui y ont vu une atteinte à leur pouvoir et une remise en cause de leurs valeurs.

Le perfectionnement des techniques de gestion est évidemment nécessaire pour rendre un système efficient, et les gestionnaires hospitaliers y sont très bien parvenus depuis de nombreuses années. Mais ce qui est possible en temps de paix l'est beaucoup moins par temps de guerre quand seule compte la victoire. Dans ce cas, rien ne peut être refusé aux combattant(e)s, pendant le conflit et peut-être encore moins après. Les « droits » reconnus aux personnels médicaux et soignants iront-ils jusqu'à une remise en cause des politiques de régulation dont ils ont pu se sentir les principales victimes ? Et dans ce cas, le cadre conceptuel qui régit la gestion des établissements de santé sera-t-il lui aussi remis en cause ?

Jérôme LARTIGAU

Maître de conférences - CNAM

SOMMAIRE

COVID 19

Les mesures d'urgence pour assurer la continuité du financement et du fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pendant la période de crise sanitaire ... p2

Le COVID 19, « Crise sanitaire et fin de la conscience politique artificielle en santé » p8

GESTION FINANCIÈRE

Impact financier de la crise de COVID-19 sur les structures hospitalières en France, aujourd'hui et demain p12

BUDGET & COMPTABILITÉ

Les dérogations à la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics p16

JURIDIQUE

Etat du droit durant la période d'état d'urgence sanitaire : entre continuité et rupture en matière de droit économique p17

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... p23 ; p24

Les mesures d'urgence pour assurer la continuité du financement et du fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pendant la période de crise sanitaire

Des mesures d'urgence visant à assurer la continuité du financement et du fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pendant la période de crise sanitaire provoquée par l'épidémie de COVID 19 ont été décidées ou sont annoncées par les pouvoirs publics. Plusieurs d'entre-elles figurent dans les ordonnances prises sur la base de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19^[1], qui, en son article 11- I -1°, habilite le Gouvernement à prendre toutes mesures relevant du domaine de la loi afin notamment « *de faire face aux conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de COVID-19 et aux conséquences des mesures prises pour limiter cette propagation, et notamment afin de prévenir et limiter la cessation d'activité des personnes physiques et morales exerçant une activité économique et des associations ainsi que ses incidences sur l'emploi.* »

Jean-Claude DELNATTE

LES ADAPTATIONS DES RÈGLES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

[1] JO du 24 mars 2020

[2] JO du 26 mars 2020

L'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux^[2] vise à assouplir leurs conditions d'autorisation, de fonctionnement et de financement.

Concernant plus particulièrement les aspects financiers, le IV de l'article 1 er prévoit qu'en cas de sous-activité ou de fermeture temporaire résultant de l'épidémie de COVID-19, le niveau de financement des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) n'est pas modifié. Pour la partie de financement de ces établissements qui ne relève pas de dotation ou de forfait global, la facturation est établie à terme mensuel échu sur la base de l'activité prévisionnelle, sans tenir compte de la sous-activité ou des fermetures temporaires résultant de l'épidémie.

Les délais prévus dans les procédures administratives, budgétaires ou comptables relevant des droits et obligations des établissements sociaux et médico-sociaux, expirant à compter du 12 mars 2020 et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire déclaré par l'article 4 de la loi du 23 mars 2020 susvisée, le cas échéant prolongé dans les conditions prévues par cet article, sont prorogés d'un délai supplémentaire de quatre mois.

Ces dispositions sont applicables à compter du 12 mars 2020 et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire, le cas échéant prolongé dans les conditions prévues par cet article. Les mesures prises en application de ces mêmes dispositions prennent fin trois mois au plus tard après la même date.

En outre, par dérogation aux dispositions des articles L. 313-12 IV ter, L. 313-12-2 et L. 314-2 du CASF, il n'est pas procédé en 2021 à la modulation des financements en fonction de l'activité constatée en 2020 et cette disposition entre en vigueur au 1 er janvier 2021.

Enfin, le V de l'article 1^{er} dispose que par dérogation à l'article L. 243-4 du CASF, en cas de réduction ou de fermeture d'activité résultant de l'épidémie de COVID-19, l'écart de financement entre le niveau en résultant et le niveau antérieur de la rémunération garantie des travailleurs handicapés est compensé par les aides au poste versées par l'Etat.

LA GARANTIE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé^[3] institue un dispositif de garantie minimale des recettes pendant toute la période au cours de laquelle ces établissements peuvent faire face à une baisse de l'activité programmée, en raison notamment de la déprogrammation de certaines activités demandée par la puissance publique, alors que leurs charges sont accrues du fait de leur participation à la lutte contre l'épidémie. Il s'agit également de sécuriser le financement des établissements en première ligne de l'épidémie qui ne seraient pas en mesure de remonter en temps réel les informations nécessaires à la valorisation de leur activité.

L'article 1^{er} de cette ordonnance prévoit que pendant une période d'au moins trois mois et qui ne peut excéder un an, se terminant au plus tard en 2021, les établissements de santé bénéficient, par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale (CSS), d'une garantie de financement pour faire face à l'épidémie de COVID-19. Le niveau mensuel de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement, notamment au titre de ses activités. Pendant la période concernée, lorsque les recettes issues de leur activité sont inférieures au montant du niveau de cette garantie pour une période d'un mois, les établissements reçoivent un complément de recettes leur permettant d'atteindre ce niveau.

Le dispositif de garantie s'adresse à tous les établissements de santé et s'applique à ceux dont le financement est ajusté en fonction de l'activité : tarification à l'activité dans le champ MCO pour l'ensemble des établissements et activités de SSR et de psychiatrie financées en prix de journée pour les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN). En ce qui concerne les activités de SSR, de psychiatrie et de soins de longue durée dont les ressources proviennent de dotations il a été considéré que leur mode de financement permettait déjà une adaptation aux circonstances exceptionnelles.

Les modalités de mise en œuvre de la garantie prévue par l'ordonnance n° 2020-309 sont définies par arrêté ministériel.^[4]

LES AUTRES MESURES D'URGENCE À CARACTÈRE FINANCIER EN FAVEUR DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A la demande de la fédération hospitalière de France (FHF) la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) a fait connaître en date du 24 mars 2020^[5] les mesures prises ou envisagées portant sur la sécurisation de la trésorerie et des recettes des établissements publics de santé (EPS) et sur la simplification et l'aménagement des obligations administratives, comptables et fiscales auxquelles sont tenus ces établissements. En outre, le ministre des solidarités et de la santé a annoncé le 22 avril 2020^[6] plusieurs décisions d'allocation de ressources exceptionnelles.

Le codage et la transmission des données d'activité

La DGOS indique que le codage et les transmissions de données d'activité se poursuivent dans la mesure du possible. Le recollement entre garantie plancher et activité réelle sera réalisé dans la mesure du possible au fur et à mesure des envois de données par les établissements. Aucun ajustement à la baisse ne sera réalisé. Afin de tenir compte des difficultés actuelles rencontrées en matière de codage et de facturation, les dates butoirs d'envoi de données PMSI seront assouplies. L'agence technique de l'information sur

[3] JO du 26 mars 2020. Cette ordonnance concerne aussi les régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale

[4] Non encore publié à la date du 22 avril 2020

[5] Sur le site de la FHF

[6] Communiqué sur le site sante.gouv.fr

l'hospitalisation (ATIH) précise à ce sujet que les délais prévus par l'arrêté PMSI pour la transmission M2 de 2020 des données PMSI pour l'ensemble des champs (MCO, SSR, HAD et Psychiatrie) sont assouplis afin de permettre de s'adapter aux nouvelles contraintes, ces données pouvant être transmises par les établissements quand ils seront en capacité de le faire. Des instructions complémentaires sont attendues.

Par ailleurs, l'ATIH a mis en ligne sur son site les consignes de codage des séjours liés au COVID 19 ainsi qu'une notice informant les établissements du champ MCO des objectifs et des modalités des remontées accélérées, à des fins épidémiologiques, des données du PMSI en application de l'arrêté du 21 avril 2020^[7].

[7] Arrêté du 21 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JO du 22 avril 2020

Les allocations de ressources

Dans son communiqué du 22 avril 2020, le ministère des solidarités et de la santé annonce qu'une première enveloppe exceptionnelle d'urgence de 377M€ va être allouée aux établissements de santé en vue d'alléger dès à présent les tensions que les dépenses spécifiques liées au COVID-19 font déjà peser sur les régions et les établissements des territoires actuellement les plus exposés. Ces crédits s'ajoutent à ceux prévus en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il est précisé que les moyens alloués aux établissements seront réévalués et renforcés en tant que de besoin tout au long de la campagne budgétaire.

Le ministre a également décidé d'accélérer les versements prévus pour 2020 dans le cadre de la première circulaire budgétaire 2020 dont les éléments ont été communiqués aux agences régionales de santé (ARS).

Le communiqué ministériel indique, en outre, que 246 M€ de crédits à destination des établissements en grandes difficultés financières ont été délégués et les crédits de l'enveloppe « qualité » pour 2020, soit 400M€ au total, seront versés intégralement dès le début de la campagne budgétaire et non par douzièmes mensuels comme cela était prévu.

Enfin, les établissements de psychiatrie et de SSR, également mobilisés auprès des établissements de court séjour dans la lutte contre l'épidémie, recevront 176M€ de crédits supplémentaires pérennes en dotation annuelle de financement.

La DGOS ne prévoit pas pour le moment d'autoriser le report de charges sociales et fiscales du fait de la mise en place d'une garantie plancher en matière de recettes d'activité et la possibilité d'avances CPAM.

La DGOS envisage la mise en place d'une plate-forme de saisie des surcoûts sur le site de l'ATIH et prévoit d'engager des travaux avec la FHF afin d'en dresser la liste.

Comme annoncé par la DGOS, l'article 2 de l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de COVID-19^[8] permet de déroger à plusieurs dispositions légales concernant, pour les EPS, l'obligation de certification des comptes et le caractère limitatif des crédits budgétaires, et pour l'ensemble des établissements de santé, les règles de prescription en matière de facturation des soins à l'assurance maladie.

[8] JO du 16 avril 2020

La dispense de certification des comptes

Le I de l'article 2 de l'ordonnance n° 2020-428 prévoit que les EPS soumis à l'obligation de faire certifier leurs comptes peuvent, à leur initiative, en être dispensés pour l'exercice 2019. Dans ce cas, il est prévu la mise en place, selon des modalités fixées par décret, d'un dispositif adapté d'audit de leurs comptes afin de préparer la certification de l'exercice 2020.

La dérogation au caractère limitatif des crédits budgétaires

Selon les dispositions du II de l'article précité, pour l'exercice 2020 et par dérogation aux dispositions de l'article L. 6145-4 et du 4° de l'article L. 6145-8 du code de la santé publique (CSP), le directeur de l'EPS peut engager, liquider et mandater toute dépense nécessaire au fonctionnement de l'établissement, entre le 12 mars 2020 et la date de

cessation de l'état d'urgence sanitaire déclaré par l'article 4 de la loi du 23 mars 2020 susvisée, le cas échéant prolongé dans les conditions prévues par cet article. Dans le cas où les dépenses mandatées dépasseraient le montant des crédits prévus à l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) pour les chapitres dont les crédits présentent un caractère limitatif, le directeur de l'établissement en informe l'agence régionale de santé (ARS) dans un délai maximal d'un mois après le mandatement de la dépense. Dans le délai d'un mois suivant la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire, le cas échéant prolongé, ces opérations sont régularisées par l'adoption, soit de l'EPRD, soit d'une décision modificatrice.

La prorogation de la durée de prescription de l'action pour le paiement des prestations de l'assurance maladie

Enfin le III de l'article précité dispose que, lorsqu'un établissement de santé bénéficie d'une garantie de financement en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 précité, il est dérogé aux dispositions de l'article L. 162-25 du CSS selon lesquelles l'action des établissements de santé pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes, à compter de la date de réalisation de l'acte. La durée de prescription est prorogée jusqu'au 31 décembre 2020 pour les actions en paiement par l'assurance maladie des prestations réalisées au cours de l'année 2019, et jusqu'au 31 décembre 2021 pour les prestations réalisées au cours de l'année 2020.

Les mesures à caractère financier attendues ou envisagées

Afin de compenser la perte de recettes de titre 2, La FHF a demandé une prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et la mise en place d'un dispositif visant à mettre à contribution les mutuelles. La DGOS répond qu'elle a bien identifié le sujet, qu'elle n'écarte pas une couverture par dotation et prévoit d'engager des discussions avec les organismes de couverture complémentaire sur ce point.

D'autres mesures, envisagées par la DGOS, pourraient être prises concernant :

- La clôture des comptes 2019 qui serait reportée à fin septembre 2020 et la tenue des instances reportée à fin octobre.
- Le contenu du rapport financier, qui pourrait être allégé et réduit aux onglets automatisés par Hélios.
- Les calendriers de production de certaines données (SAE / RTC / PIRA-MIG...).
- La suspension des délais en cours dans les instructions EPRD, PRE...

LES AUTRES MESURES DE PORTÉE GÉNÉRALE DESTINÉES À ASSURER LA CONTINUITÉ DU FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Deux ordonnances, qui ne visent pas expressément les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, intéressent leur fonctionnement administratif et apportent d'ores et déjà une réponse à certains points ci-dessus évoqués.

La prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire

L'article 7 de l'ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire^[9] prévoit que les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public administratif, ainsi que d'un organisme et personne de droit public et de droit privé chargés d'une mission de service public administratif, y compris d'un organisme de sécurité sociale, peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement et qui n'ont pas expiré avant le 12 mars 2020 sont, à cette date, suspendus jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la date de cessation

[9] JO du 26 mars 2020

de l'état d'urgence sanitaire déclaré, et le cas échéant prorogé. Cet article précise que le point de départ des délais de même nature qui auraient dû commencer à courir pendant la période d'urgence interviendra à l'achèvement de celle-ci.

L'article 9 de cette ordonnance ouvre néanmoins deux catégories d'exception au principe de suspension de ces délais ; d'une part, un décret pourra fixer les catégories d'actes, de procédures et d'obligations pour lesquels, pour des motifs de protection des intérêts fondamentaux de la Nation, de sécurité, de protection de la santé, de la salubrité publique, de préservation de l'environnement et de protection de l'enfance et de la jeunesse, le cours des délais reprend et, d'autre part, pour les mêmes motifs, un décret peut, pour un acte, une procédure ou une obligation, fixer une date de reprise des délais à condition d'en informer les personnes concernées.

Les adaptations du droit applicable au fonctionnement des établissements publics

L'ordonnance n° 2020-347 du 27 mars 2020 adaptant le droit applicable au fonctionnement des établissements publics et des instances collégiales administratives pendant l'état d'urgence sanitaire^[10] :

[10] JO du 28 mars 2020

- d'une part, autorise les organes collégiaux de tous les établissements publics, quel que soit leur statut, des groupements d'intérêt public, des autorités administratives indépendantes, des autorités publiques indépendantes, d'autres organismes publics, des organismes privés chargés d'une mission de service public administratif et des commissions et autres instances collégiales administratives de recourir à des réunions dématérialisées ou à la visioconférence.
- d'autre part, permet de déroger aux règles de répartition des compétences en vigueur au sein de certains de ces organismes afin de garantir la continuité de leur fonctionnement. En particulier, les organes délibérants de ces organismes pourront décider de transférer certaines de leurs compétences au profit des organes exécutifs. Les compétences en matière d'exercice du pouvoir de sanction par les autorités administratives ou publiques indépendantes ne pourront cependant pas être déléguées.

Cette ordonnance fixe enfin des règles destinées à assurer la continuité des organes délibérants ou exécutifs de certains organismes.

L'article 1^{er} définit le champ d'application temporel des mesures qu'il comporte en leur donnant une portée rétroactive au 12 mars 2020, compte tenu du fait que certains organismes ont anticipé la possibilité de recourir à la visioconférence ou à des procédures dématérialisées exclusivement écrites. Il prévoit que ces mesures cessent de s'appliquer un mois après la fin de la période d'état d'urgence sanitaire.

L'article 2 étend le champ des personnes pouvant bénéficier des dispositions de l'ordonnance n° 2014-1329 du 6 novembre 2014 qui fixe les modalités d'organisation des délibérations à distance des instances administratives à caractère collégial, par l'utilisation des technologies de la communication par voie électronique. Ces dispositions s'appliquent désormais aux instances de délibération des établissements publics, quel que soit leur statut, y compris les établissements « sui generis » tels que la Caisse des dépôts et consignations, des groupements d'intérêt public, de toutes les autorités administratives indépendantes, de la Banque de France, des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public administratif, des commissions et de toute instance collégiale administrative ayant vocation à adopter des avis ou des décisions, à l'exception des organes délibérants des collectivités territoriales et de leurs groupements.

L'article 3 autorise les instances de délibération de tout établissement public, groupement d'intérêt public, organisme de sécurité sociale ou organisme chargé de la gestion d'un service public administratif, à déléguer certains de leurs pouvoirs à l'organe exécutif, qui peut être le président directeur général, le directeur général ou toute personne

exerçant des fonctions comparables. Les compétences ainsi transférées ne pourront l'être qu'en raison de l'urgence qui pourrait s'attacher à l'intervention des mesures qu'elles permettront de prendre. Le titulaire de la délégation doit en outre rendre compte au conseil d'administration ou à l'organe délibérant des mesures prises. En cas d'impossibilité avérée de tenir les réunions du conseil d'administration ou de l'organe délibérant, y compris de manière dématérialisée, le président ou un autre membre le représentant peut en exercer les compétences afin d'adopter des mesures présentant un caractère d'urgence, jusqu'à ce que le conseil d'administration ou l'organe délibérant puisse à nouveau se réunir. Le président de ces organismes ou le membre le représentant devra, par tout moyen, informer l'autorité de tutelle et les membres de l'instance collégiale de la mise en oeuvre de cette faculté et lui en rendre compte lorsqu'il pourra à nouveau être réuni.

L'article 6 permet aux membres des instances de délibération des organismes visés par l'ordonnance de continuer à siéger jusqu'à leur remplacement lorsque leur mandat arrive à échéance pendant une période courant à partir du 12 mars 2020 jusqu'au 30 juin 2020, sauf lorsque le remplacement de ces personnes suppose l'organisation d'élections. Dans ce cas la prorogation est reportée au 31 octobre 2020. Ces dispositions sont également applicables aux dirigeants de ces mêmes établissements publics, autorités, instances ou organismes et des autres instances collégiales administratives dont le mandat est arrivé à échéance pendant la période d'urgence sanitaire. Ceux-ci continuent d'exercer leurs fonctions, nonobstant toute limite d'âge ou interdiction de mandats successifs, aussi longtemps qu'ils n'ont pas été remplacés dans les conditions prévues par les lois et règlements et au plus tard jusqu'au 30 juin 2020. Ces organes, collèges, commissions et instances pourront, pour l'adoption de mesures ou avis présentant un caractère d'urgence, se réunir et délibérer valablement alors que leur composition est incomplète et nonobstant les règles de quorum qui leur sont applicables. Afin de coordonner les mesures de cet article avec les autres actes pris durant la période d'urgence sanitaire, ces dispositions ne seront pas applicables aux instances de décision ayant fait l'objet d'autres mesures d'adaptations particulières poursuivant le même objet.

Enfin, concernant les comptables publics voir l'article de la page 16, et pour la commande publique, les articles des pages 8 et 17.

Le COVID 19, « Crise sanitaire et fin de la conscience politique artificielle en santé »

La pandémie, qui a fait plus de 20 000 morts en France, va bouleverser la conscience politique que nos gouvernants se sont forgés en matière de santé. Un nouvel ordre public en santé peut potentiellement advenir à partir de cette crise sanitaire, articulant mieux les établissements de santé et médico-sociaux, pour une coopération des acteurs publics et privés, institutionnels et libéraux, renforcée.

Bruno GALLET

Directeur des Finances et du Patrimoine de l'hôpital Paul Guiraud et de la Fondation Vallée

Directeur par intérim du GCSMS « Les EHPAD publics du Val-de-Marne »

Auteur de l'ouvrage « Les coopérations en santé », préfacé par Jean-François MATTEI, aux Presses de l'EHESP, 2017.

David GRUSON, illustre collègue, a publié un livre visionnaire, voire prophétique « S.A.R.R.A., une conscience artificielle »^[1], qui préfigurait la crise sanitaire, sociale, économique et géopolitique que peut constituer une pandémie comme le COVID19. Dans ce roman d'anticipation, à mi-chemin entre la fable politique et de science-fiction, notre auteur, par ailleurs spécialiste des questions numériques et éthiques en santé, imagine qu'un Androïd, S.A.R.R.A., doté d'une intelligence artificielle, se forge progressivement une conscience artificielle, à partir de puces neuronales implantées sur des humains contre rémunération. Si, dans le premier tome, l'intelligence artificielle de S.A.R.R.A. constitue une chance de trouver une réponse à un risque d'épidémie, dans le second, la plongée par un Androïd « au cœur de nos consciences », porte en elle un danger et se révèle source de dérives.

Ce roman a également la vertu de faire le lien plus philosophique entre la conscience individuelle, ici reconstituée artificiellement par un cyborg à partir de différentes expériences humaines, et la conscience politique. Cette dernière se définit selon l'Encyclopédie Universelle comme « la présence chez un individu d'une culture, d'une expérience et d'une maturité politiques, autorisant, notamment en matière électorale, des choix réfléchis. » Il s'agit là d'une conscience politique citoyenne, mais ces « choix réfléchis » sont ceux aussi de nos gouvernants.

Quelle est la conscience politique de nos gouvernants en matière sanitaire et sociale ? C'est surtout à cet égard que la crise sanitaire actuelle constitue un bouleversement. Ce dernier a amené les pouvoirs publics à réaffirmer l'autonomie des établissements sanitaires et médico-sociaux et à consacrer la coopération en santé.

LA RÉAFFIRMATION DE L'AUTONOMIE DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

Par une série de textes, les pouvoirs publics ont considérablement assoupli les règles de fonctionnement des établissements sanitaires et sociaux. Ce faisant, ils ont renforcé le parallélisme des règles de gestion dans les secteurs sanitaire et social.

Le nécessaire assouplissement des règles de fonctionnement des opérateurs sanitaires et médico-sociaux

Un état d'urgence sanitaire a été instauré sur l'ensemble du territoire national pour une durée de deux mois à compter de la publication de la loi n°2020-290 du 23 mars 2020^[2].

Le gouvernement a pu dans ce cadre prendre par ordonnance toutes les mesures relevant du domaine de la loi afin « de faire face aux conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de COVID-19 et aux conséquences des mesures prises pour limiter cette propagation, et notamment afin de prévenir et limiter la cessation d'activité des personnes physiques et morales exerçant une activité économique et des associations ainsi que ses incidences sur l'emploi. »

25 ordonnances ont été publiées au journal officiel, le 26 mars 2020, en application de la loi susvisée.

[1] "S.A.R.R.A. : une conscience artificielle" (Tome 2), Editions Beta Publisher, préfacé par Cynthia FLEURY-PERKINS

[2] Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020, texte n° 2 ;

Concernant le secteur sanitaire, plusieurs textes sont venus assouplir les règles de fonctionnement des établissements publics.

L'ordonnance n° 2020-347 du 27 mars 2020 adaptant le droit applicable au fonctionnement des établissements publics et des instances collégiales administratives pendant l'état d'urgence sanitaire^[3] précise les règles qu'il est possible d'appliquer pour assurer le bon fonctionnement des établissements publics et des instances collégiales administratives durant la période d'état d'urgence sanitaire à travers deux types de disposition :

- Elle autorise les organes collégiaux de tous les établissements publics à avoir recours à des réunions dématérialisées ou la visioconférence ;
- Elle permet de déroger aux règles de répartition des compétences. Les organes délibérants de ces organismes peuvent transférer certaines de leurs compétences au profit des organes exécutifs.

L'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020^[4] instaure une garantie de financement pour les établissements de santé, afin de compenser la baisse de leurs recettes. Cette garantie est instaurée pour une durée d'au moins trois mois, mais ne peut excéder un an. L'ordonnance indique que "le niveau mensuel de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement, notamment au titre de ses activités". Si les recettes perçues sont inférieures à ce niveau garanti pour une période d'un mois, l'Assurance maladie complète ce montant pour permettre à l'établissement d'atteindre le niveau garanti.

Ce mécanisme englobe tous les établissements de santé, publics ou privés, dont le financement dépend de l'activité. Cela concerne la tarification à l'activité, l'activité financée en prix de journée pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie (PSY) des établissements sous OQN (objectif quantifié national).

L'ordonnance prévoit aussi un mécanisme de prêts et d'avances de trésorerie d'une durée inférieure à douze mois aux organismes gérant un régime complémentaire obligatoire de sécurité sociale.

Le champ des ordonnances s'agissant des établissements sociaux et médico-sociaux permet de déroger à l'article L. 312-1 et du chapitre III du titre Ier du livre III du Code d'Action Sociale et des Familles, ainsi qu'aux dispositions liées aux droits et prestations des patients. Par conséquent, les ordonnances peuvent concerner leurs autorisations et agréments, les ratios d'encadrement, les CPOM, ce qui à l'échelle de ces structures constitue une révolution.

L'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux^[5] permet à ces derniers de dispenser des prestations différentes de leur acte d'autorisation, de s'affranchir des normes d'organisation et de fonctionnement, des qualifications de professionnels requis, des taux d'encadrement réglementaires, et même d'accueillir des personnes au-delà de la zone d'intervention autorisée, dans la limite de 120 % de la capacité d'accueil.

Ces adaptations doivent être décidées par le directeur de l'établissement ou du service après consultation du président du conseil de la vie sociale et, s'il existe, du comité social et économique.

L'ordonnance prévoit également une prorogation de quatre mois applicable à l'ensemble des délais expirant entre le 12 mars 2020 et la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire, pour l'ensemble des procédures administratives, budgétaires et comptables faisant partie des droits et obligations des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le renforcement du parallélisme des règles de gestion dans les secteurs sanitaire et social

A l'occasion de la crise, les pouvoirs publics ont redécouvert les avantages de l'autonomie des établissements, que ce soit dans les secteurs sanitaire et médico-social. Ce faisant, ils ont rapproché les règles de gestion de ces deux mondes amenés à développer leurs complémentarités.

[3] Ordonnance n° 2020-347 du 27 mars 2020 adaptant le droit applicable au fonctionnement des établissements publics et des instances collégiales administratives pendant l'état d'urgence sanitaire, JORF n°0076 du 28 mars 2020, texte n°28 ;

[4] Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale, JORF n°0074 du 26 mars 2020, texte n° 22.

[5] Ordonnance n°2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux, JORF n°0074 du 26 mars 2020, texte n° 30.

[6] Décret n° 2020-297 du 24 mars 2020 relatif aux heures supplémentaires et à leur dépassement (dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JORF n°0073 du 25 mars 2020, texte n° 9

[7] Ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics qui n'en relèvent pas pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19, JORF n°0074 du 26 mars 2020, texte n° 43

[8] Décret n° 2020-337 du 26 mars 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JORF n°0075 du 27 mars 2020, texte n° 10

Plusieurs textes adoptés dans le cadre de l'état d'urgence montrent cette vision de plus en plus commune des contraintes de gestion des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Nous prendrons trois exemples : le déplaçonnement des heures supplémentaires, l'assouplissement des règles de passation des marchés publics et les modalités de réquisition.

Le décret n° 2020-297 du 24 mars 2020 relatif aux heures supplémentaires et à leur dépassement^[6] modifie sensiblement le plafond des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière en les passant de 180 heures à 240 heures par an, à la fois pour les agents des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

L'Ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics qui n'en relèvent pas^[7] pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19 prévoit les assouplissements suivants :

- les délais de réception des candidatures et des offres peuvent être prolongés pour permettre aux opérateurs économiques de déposer leur dossier. La durée de cette prolongation est déterminée par le pouvoir adjudicateur au regard notamment de la complexité des dossiers à constituer pour faire acte de candidature ;
- les personnes responsables des marchés peuvent organiser des modalités alternatives de mise en concurrence, si ces dernières respectent le principe d'égalité de traitement des candidats.

Les contrats publics dont le terme était fixé durant la période d'état d'urgence sanitaire peuvent être prolongés par avenant.

L'ordonnance prend également des mesures afin d'éviter que des sanctions soient prises envers les opérateurs titulaires d'un marché n'ayant plus la capacité d'honorer leurs engagements du fait de la pandémie.

Le décret n° 2020-337 du 26 mars 2020^[8] prévoit que le représentant de l'État dans le département est habilité, si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, à ordonner, par des mesures générales ou individuelles, la réquisition nécessaire de tout établissement de santé ou établissement médico-social ainsi que de tout bien, service ou personne nécessaire au fonctionnement de ces établissements, notamment des professionnels de santé.

LA CONSÉCRATION DE LA COOPÉRATION

La crise sanitaire que nous traversons aura eu un mérite, celui de mettre en évidence l'intérêt des démarches de coopération, menées par la nécessité mais préfigurant un nouvel ordre public en santé.

Du renouveau des coopérations en santé...

La pandémie a amené les professionnels de santé et les acteurs du monde médico-social à développer des coopérations, pour mieux lutter contre la maladie. La saturation des urgences et des services de réanimation, la diffusion rapide du virus en EHPAD, l'hétérogénéité dans les symptômes et la gravité des effets de la maladie, la difficulté d'accès à la médecine de ville ont été des éléments nécessitant des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social une réponse coordonnée et des efforts conjugués. Avec le COVID19, on a vu à la fois les pouvoirs publics et les acteurs de terrain mesurer concrètement l'importance du lien ville-hôpital, des complémentarités entre acteurs sanitaires et médico-sociaux, et de l'articulation entre prise en charge institutionnelle et soins à domicile.

L'adressage massif des patients vers les services de réanimation a aussi incité à organiser la mutualisation des plateaux techniques des cliniques privées et des hôpitaux publics.

Le profil des patients présentant des formes sévères de la maladie, souvent des personnes âgées, ou présentant des comorbidités associées, comme l'obésité ou un

diabète, a concentré les difficultés dans les EHPAD, plus démunis face à un virus aussi puissant et retors. Cette exposition des établissements gériatriques à une maladie très contagieuse et potentiellement mortelle a amené les agences régionales de santé et les hôpitaux à structurer des filières de soins. On a vu les établissements incarner une fonction support, non seulement pour la délivrance des consommables, mais aussi pour le relais de prise en charge, en cas d'aggravation de l'état de santé des résidents. Les laboratoires de biologie médicale, qu'ils soient de ville ou hospitaliers, ont également développé le rôle de « prestataire intégré », en organisant des prélèvements sur le site des maisons de retraite.

...Vers un nouvel « ordre public en santé »

Nul doute que la crise sanitaire actuelle vient bouleverser beaucoup de certitudes trop hâtivement acquises. Les pouvoirs publics ont eu tendance depuis les années 90 à envisager la santé, soit comme un marché à libéraliser, soit comme un secteur auquel on applique la politique du « coup de rabot » du fait des contraintes budgétaires.

Le COVID19 va amener de la part de nos gouvernants une prise de conscience de l'importance du système de santé dans notre société. Il devient constitutif d'un ordre public plus global, seul à même de garantir la sécurité et la prospérité publique. En effet, la crise sanitaire actuelle a montré les lacunes des pouvoirs publics dans l'anticipation de ce type de fléau. Le manque de matériel (masques, sur-blouses) et de lits a été très mal ressenti par la communauté médico-soignante. Le système hospitalier apparaît aujourd'hui inadapte dans ses moyens pour affronter une crise sanitaire de grande ampleur.

La recomposition de l'offre de soins va sans doute maintenant être repensée pour assurer un maillage du territoire avec un capacitaire adapté sur la prise en charge des soins intensifs et aigus.

Sur le volet médico-social, les dégâts causés par le COVID19 vont amener à repenser la médicalisation des structures accueillant des personnes dépendantes ou handicapées.

La conscience politique des enjeux liés à la santé publique va donc croître, et ce faisant extraire les pouvoirs publics de la tactique permanente des réformes de court terme.

Impact financier de la crise de COVID-19 sur les structures hospitalières en France, aujourd'hui et demain

Cet article a été écrit sur la base des données communiquées au 27 avril 2020. A ce stade, les modalités de compensation prévues par l'état pour les hôpitaux face au COVID-19 continuent d'évoluer et pourront être amenée à changer par rapport aux éléments actuels.

Marc TOCHON,

Directeur des finances
du Centre Hospitalier
Sud-Francilien

Pierre DAGEN,

Directeur, Cabinet GovHe

LA PRISE EN CHARGE DU COVID-19 A LOURDEMENT IMPACTÉ LES DÉPENSES COMME LES RECETTES DES HÔPITAUX

La crise liée à l'épidémie de coronavirus en France a et va avoir dans les prochaines semaines un impact financier majeur sur l'ensemble du système de santé et particulièrement sur les structures hospitalières. Bien entendu, tous les hôpitaux n'ont pas été touchés de la même façon. Certains ont été particulièrement affectés, soit qu'ils aient été établissements de référence, soit qu'ils se situent dans les zones les plus touchées, voire les deux à la fois.

En premier lieu, s'adapter à la prise en charge de l'épidémie a occasionné de nouvelles dépenses, souvent très importantes. On peut les diviser en quatre catégories :

- Les dépenses de personnel liées à la nécessité d'avoir plus de praticiens, plus de soignants, et d'allonger les temps de travail avec les heures supplémentaires. Par exemple, l'augmentation très rapide du capacitaire de réanimation en Île-de-France (qui a progressé de plus de 1000 lits en moins d'un mois) a consisté à transformer des lits classiques en lits de réanimation, normés, qui consomment par nature nettement plus de temps infirmier chacun.
- Les investissements lourds nécessaires à la prise en charge, comme par exemple les bâtiments modulaires utilisés pour avoir un accueil spécifique des patients suspectés COVID+ ou les machines nécessaires aux tests PCR. On pourrait aussi citer l'achat de respirateurs, bien entendu, mais dans les faits la grande majorité des respirateurs ont été payés directement par la sécurité sociale et non par les hôpitaux eux-mêmes.
- Les dépenses de petit matériel, comme les écouvillons, les masques, les surblouses pour les équipes en réanimation, ou encore les réactifs nécessaires au test.
- Les dépenses logistiques diverses, comme par exemple les enlèvements de GRV additionnels liés à la très forte progression du volume de déchets infectieux (dans les hôpitaux les plus concernés, on a pu aller jusqu'à quadrupler les besoins en termes d'enlèvements de GRV pour permettre la poursuite de l'activité.)

En second lieu, les recettes ont été fortement affectées par cette transformation en profondeur de l'activité. De très nombreux établissements ont dû annuler l'ensemble de leur activité programmée pour faire face, l'activité de chirurgie s'est réduite à son strict minimum, il est recommandé de ne plus avoir de chambres doubles... Et indépendamment même de la volonté des hôpitaux de réaffecter des lits et des moyens, le renoncement aux soins a très fortement progressé dans la période, comme en atteste la réduction importante du nombre de cas d'infarctus arrivant à l'hôpital depuis le début de la crise.

POUR AMORTIR LE CHOC, TROIS GRANDES MESURES ONT IMMÉDIATEMENT ÉTÉ MISES EN PLACE PAR LE MINISTÈRE

Pour accompagner les établissements de santé face aux difficultés engendrées par cette crise, le Ministère des solidarités et de la santé a communiqué auprès des ARS un dispositif de financement exceptionnel dès le mois de mars. Ce dispositif peut se décomposer en trois strates :

- Des dispositifs d'avance et d'aide à la trésorerie pour éviter au rétablissement des risques de rupture de paiement. Ici il nous faut opérer une distinction entre établissements :

- Pour les établissements privés : afin de pouvoir maintenir une trésorerie, tout établissement privé de santé qui en fait la demande peut bénéficier d'avances remboursables sur les facturations ultérieures. Concrètement, cela signifie le paiement d'une avance correspondant à un mois moyen calculé sur l'année précédente (2019). Les factures émises par ces établissements sur le moi en question viendront bien entendu en déduction de cette avance et, si le montant total des factures dépasse en définitive celui de l'avance, le différentiel leur sera bien entendu versé. En contrepartie, l'établissement bénéficiant d'une avance s'engage à ne pas suspendre ni reporter le paiement de ses cotisations sociales ou obligations fiscales. La première de ces avances a été versée le 27 mars, et elles le seront le 10 de chaque mois jusqu'à la sortie de crise.

- Pour les établissements ex-DG (sous valorisation mensuelle) : les établissements qui étaient déjà accompagné par l'octroi d'aides nationales en trésorerie, et étaient donc déjà en situation de fragilité, ont la possibilité d'anticiper sur le calendrier de versement prévu. Par ailleurs, ils pourront solliciter des avances de trésorerie auprès des CPAM, à la condition d'un accord préalable de la DGOS et de la DSS.

- La mesure phare, et la plus importante en volume, concerne la mise en place d'une garantie de financement pour sécuriser les recettes des établissements de santé pendant la période de crise. Comme ils ont transformé une proportion importante de leurs services en services COVID+, ou en ont simplement mis d'autres à l'arrêt, les établissements accueillant des patients COVID+ prennent le risque d'une diminution importante de leurs recettes T2A. Qui plus est, le codage des patients ainsi pris en charge est un élément disruptif et amène donc une incertitude quant au montant pouvant être facturé par l'établissement – incertitude qui peut, au plus fort de la pandémie, porter sur jusqu'à 50% de l'activité T2A. Le ministère a donc mis en place la garantie de financement, largement inspiré du mécanisme utilisé pour les hôpitaux de proximité depuis 2016. À savoir : la fixation d'un plancher de recettes basées notamment sur les recettes historiques c'est-à-dire verser pour le mois de mars 2020 les recettes correspondant à un niveau plancher probablement 1/12ème des recettes de 2019, modulées d'un coefficient d'augmentation (ce coefficient est actuellement discuté autour de +0,2 %, soit l'augmentation des tarifs, ce qui est nettement inférieur à l'augmentation de l'ONDAM par exemple, mais ce montant pourrait être revu à court terme). Ce montant constitue donc le minimum qui sera perçu par l'établissement sur la période de crise. Là aussi, si l'activité valorisée est en définitive supérieure à ce montant plancher, alors l'établissement percevra la différence.

Enfin une dotation est prévue pour compenser les impacts liés aux sur-dépenses associées à la lutte contre le COVID-19. Il est à noter que pour un établissement donné, cette dotation sera mesurée sur la base de la hausse documentée des dépenses dont seront retirés les économies réalisées liées à la fermeture de certaines activités comme par exemple le fonctionnement du bloc de chirurgie programme.

Bien que ces mesures aillent clairement à l'essentiel, elles risquent de ne pas suffire à compenser pour un grand nombre d'établissements. Prenons l'exemple de la garantie de financement : elle apparaît constituer un « minimum salvateur » pour des structures principalement chirurgicales qui auraient fermé le temps de l'épidémie, ce qui évite des faillites immédiates. Mais, si l'on prend par exemple le cas d'un établissement en forte croissance, alors le coefficient de 0,2 % laisserait un « manque à gagner » par rapport à une trajectoire non-COVID. Plus grave peut-être, si cette croissance est la résultante d'une politique d'investissement dans les moyens (personnel en plus, nouveaux équipements...), alors il est extrêmement probable que les dépenses de l'hôpital progressent en fait de nettement plus de 0,2%. Il faudra donc être particulièrement attentif aux cas des établissements dont les EPRD montraient une amélioration du taux de marge brute prévisionnelle conjointement à une hausse des dépenses ; pour eux, la perspective d'une « année blanche des recettes » est en fait une création de déficit, et c'est typiquement dans cette catégorie que l'on va trouver les établissements qui s'étaient engagés dans une démarche de Plan de Retour à l'Equilibre Financier, i.e. les plus fragiles.

D'autre part, à ce stade, il n'y a pas de réponse claire ni sur la compensation des recettes d'activité externe entre parenthèse (consultation, imagerie), ni sur la compensation de la perte des recettes de titre trois (chambre particulière, par exemple). Concernant la durée, il est important de bien comprendre que l'on est encore en pleine crise, et que les conséquences sur le fonctionnement des hôpitaux vont prendre bien plus de deux mois pour s'estomper : on parle aujourd'hui de mesures sur mars/avril/mai, mais le capacitaire des hôpitaux risque d'être affecté bien au-delà surtout sur certains territoires. Tous ces éléments génèrent une incertitude significative dans la gestion financière des hôpitaux et leur capacité à planifier des investissements en amont.

AU-DELÀ DE L'IMPACT DE LA GESTION DE CRISE, DES CONSÉQUENCES À LONG TERME VONT AUSSI PESER SUR LES HÔPITAUX LES PLUS IMPLIQUÉS DANS LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE

Au-delà des conséquences directes de la crise et des mesures mises en face, pour lesquelles les réflexions progressent rapidement, il paraît important d'anticiper dès aujourd'hui les conséquences à plus long terme qui sont susceptibles d'affecter les hôpitaux de première ligne.

La plus importante et la plus immédiate concerne les parts d'activité des établissements. Ayant été en première ligne de la lutte, les hôpitaux de référence et de première ligne, dans la conscience collective sont également les plus touchés par la crainte de contamination et donc le renoncement aux soins. Quand bien même la France sortirait rapidement de la phase pandémique, il paraît plus que probable qu'il nous faille vivre pendant une période encore longue avec le virus. Tant que perdurera cette crainte de contamination des patients, certains établissements risquent de souffrir d'un important déficit d'attractivité sur l'ensemble des activités non-COVID. Il est important de noter que dans les faits, des établissements privés ont également contribué à la prise en charge, parfois de façon très importante. Mais ce déficit touchera, probablement en grande majorité, les établissements publics qui sont perçus comme ayant accueilli beaucoup plus de patients COVID.

Au-delà même de cet aspect « psychologique » de l'attractivité, il paraît clair qu'au terme du confinement, les spécialités qui sont aujourd'hui « mises en pause » redémarreront plus rapidement dans les établissements non-COVID, ne serait-ce que parce qu'il faut bien garder des lits COVID dans les autres... À court terme, il y aura donc mécaniquement et inévitablement un gain de parts de marché pour les autres sur ces activités, fort heureusement plus pérennes que la prise en charge du coronavirus. Même en espérant par la suite un rattrapage (absolument pas garanti) voir un retour à la normale pré-crise assez rapide, le temps de ce rattrapage, les recettes des établissements ayant pris en charge l'épidémie seront nécessairement pénalisées, même si les activités ont repris.

D'autre part, toujours dans ces établissements, on constate aujourd'hui que l'indéniable implication de l'ensemble des personnels, aussi bien soignants que non soignants, se paye par une fatigue voire une lassitude compréhensible. Il paraît raisonnable d'anticiper de nombreux congés, une hausse de l'absentéisme sur une période courte, et potentiellement un certain nombre de départs et de démissions. Là aussi, cette conséquence va faire poser sur l'établissement de première ligne le fardeau de la fatigue de tout un système. À ce jour, peu voire pas de mécanisme compensatoire sont à l'étude, alors même que ce déficit, ou plutôt ce « coup indirect invisible » du COVID 19, commencera à se faire sentir dès la fin du confinement et un relatif retour à la norme de l'activité des structures sanitaires.

A MOYEN TERME, LA CRISE DOIT ÊTRE L'OCCASION POUR LES HÔPITAUX PUBLICS DE REPENSER ET RENFORCER LEUR POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DANS L'OFFRE DE SOINS

Pour autant, et pour compenser cet effet « d'inquiétude » à moyen terme indépendamment des mécanismes financiers compensatoires, la crise du COVID peut et doit aussi être l'occasion pour les hôpitaux qui l'ont affronté de refonder leur place : il y a là une véritable opportunité de se repositionner au sein du bassin de population comme le recours évident de santé, à la fois en jouant sur la perception nettement plus positive de l'importance critique de l'hôpital public et de ses agents, et sur la nouvelle dynamique que les pouvoirs publics se sont déjà engagés à initier pour l'offre de soins en France. C'est avant tout en se positionnant fortement sur une nouvelle stratégie dès maintenant que les hôpitaux publics vont pouvoir sortir renforcés des mois qui viennent de passer, au lieu de simplement en payer les conséquences par une attractivité réduite et une capacité à investir abimée.

CRISE SANITAIRE

Les dérogations à la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics

Les mesures exceptionnelles de la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, largement évoquées dans ce numéro, concernent également la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics.

L'article 11 de la loi précitée prévoit que « I. - Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances, dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi, toute mesure, pouvant entrer en vigueur, si nécessaire, à compter du 12 mars 2020, relevant du domaine de la loi et, le cas échéant, à les étendre et à les adapter aux collectivités mentionnées à l'article 72-3 de la Constitution :

1° Afin de faire face aux conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et aux conséquences des mesures prises pour limiter cette propagation, et notamment afin de prévenir et limiter la cessation d'activité des personnes physiques et morales exerçant une activité économique et des associations ainsi que ses incidences sur l'emploi, en prenant toute mesure : (...)

h) Dérogeant aux dispositions de l'article 60 de la loi de finances pour 1963 (n° 63-156 du 23 février 1963) relatives à la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics ; »

[1] Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2020-326 du 25 mars 2020 relative à la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics (NOR: CPAX2008180P ELI)

Le rapport au Président de la République^[1] détermine les grandes lignes des dérogations à la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics en ces termes : « Il résulte de l'article 60 précité que les comptables publics sont personnellement et pécuniairement responsables des opérations réalisées dans leur poste comptable. Ainsi, tout manquement à un des contrôles requis par la réglementation est susceptible d'aboutir, par la voie de la procédure du débet, à ce qu'ils doivent rembourser sur leur patrimoine personnel les sommes concernées. Cette responsabilité objective, dépourvue de toute notion de faute, a pour objectif une protection rigoureuse des deniers publics.

Suivant le V du même article, la responsabilité du comptable n'est cependant pas mise en jeu en cas de force majeure. Cette hypothèse est la seule qui permette au comptable de dégager sa responsabilité.

L'épidémie de covid-19 a pour conséquence l'impossibilité pour certains comptables d'effectuer les contrôles prescrits par la réglementation. Par exemple, il peut leur être impossible d'obtenir certaines pièces justificatives permettant de vérifier la régularité de la dépense. De même, afin d'assurer l'indispensable continuité du service public, certains comptables peuvent avoir à réaliser des opérations qui ne relèvent pas de leur périmètre géographique.

Or, l'Etat, les collectivités locales et leurs établissements, dont ceux de santé au premier chef, doivent pouvoir engager le plus rapidement et le plus sagement possible les dépenses indispensables au traitement de la crise sanitaire et au soutien de l'économie.

De même, afin d'assurer la survie des entreprises actuellement en grande difficulté, et donc le maintien des emplois associés, les comptables peuvent avoir à s'abstenir de réaliser certaines mesures de recouvrement forcé des impôts et autres recettes publiques.

En conséquence, la présente ordonnance dispose que la situation de crise sanitaire engendrée par l'épidémie de covid-19 constitue une circonstance de la force majeure. Ainsi, les comptables publics qui, pour mettre en œuvre les mesures rendues nécessaires par la crise, commettraient éventuellement des manquements à la réglementation, verraient leur responsabilité dérogée.

Cette protection ne concernera donc que les cas dans lesquels un lien de causalité sera établi entre la crise sanitaire et l'éventuel manquement du comptable. A contrario, les manquements sans rapport avec l'épidémie continueront à être sanctionnés dans les conditions de droit commun, afin de maintenir une protection efficace de l'ordre public financier. »

CRISE SANITAIRE

Etat du droit durant la période d'état d'urgence sanitaire : entre continuité et rupture en matière de droit économique

« Flexible droit »¹. La période d'état d'urgence sanitaire pourrait être l'occasion d'une nouvelle étude des qualités du droit : la rigueur, pour garantir la sécurité juridique et pouvoir anticiper l'avenir ; et la flexibilité pour s'adapter aux circonstances. Entre permanence et souplesse, le droit n'est jamais, ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre.

Rendre compte de la période impose donc d'étudier deux actualités juridiques, celle qui demeure propre à la période d'exception, et qui éventuellement mourra avec elle, et celle qui lui survivra. Le lecteur pourra ainsi départir le fugitif du pérenne, dans une période d'incertitude².

On répondra donc à une première interrogation, qui concerne la flexibilité de notre droit économique, en analysant les innovations juridiques des mois de mars et d'avril. La crise sanitaire se doublant d'une crise économique, notre droit a dû s'adapter, se tordre même, sans toutefois rompre avec ses fondements. Il s'est dégagé aussi de notre période des permanences. Nous étudierons à ce titre les constantes juridiques de la période, pour unir le passé, le présent et l'avenir.

La faculté d'adaptation du droit sera ainsi décrite sous l'image classique du Roseau ; quand les qualités de permanence et d'unité du droit le seront sous celle de la Rose et du Réséda (puisqu'après tout, le Président de la République a déclaré le pays en guerre... certes sanitaire).

LE ROSEAU SOUS LES VENTS REDOUTABLES. LES ADAPTIONS JURIDIQUES EXCEPTIONNELLES EN MATIÈRE FINANCIÈRE

En matière de commande publique

La première adaptation a concerné le recours aux marchés publics et aux contrats de concession et leur exécution. Les pouvoirs adjudicateurs devant faire face à des situations d'urgence, soit pour la commande de matériels ou de services, soit pour la poursuite de contrats déjà existants mais pour lesquels les prestations n'étaient plus exécutées ou risquaient de ne plus l'être, le législateur national et l'Union européenne ont assoupli les règles de passation et d'exécution. En contrepartie, des garanties financières dérogatoires au droit commun ont été consacrées au profit du titulaire d'un marché public ou d'un contrat de concession. On pourrait synthétiser cet équilibre sous l'idée du double impératif de continuité des missions de service public et de soutien financiers aux entreprises, et finalement sous la volonté unique d'éviter la « faillite », du service public ou des entreprises.

Prise sur le fondement de l'article 11 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020, l'ordonnance n°2020-319 du 25 mars 2020 *portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics qui n'en relèvent pas pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19* a autorisé pendant la durée de l'urgence sanitaire augmentée de deux mois (article 1 de l'ordonnance) :

- Le prolongement des délais pour présenter une candidature ou soumissionner à un marché (article 2 de l'ordonnance) ;

Hugo-Bernard POUILLAUDE

Maitre de conférences en droit public à l'Université Paris-Est Créteil

Avocat associé – Cabinet BRL Avocats

(1) Titre de l'ouvrage célèbre du Doyen Jean Carbonnier « *Flexible droit. Pour une sociologie du droit sans rigueur.* » LGDJ, 1ère éd. 1969.

(2) Outre l'actualité liée à l'état d'urgence sanitaire et sans pouvoir le développer particulièrement ici, nous mentionnons que le Conseil d'Etat a rendu le 18 mars 2020 un arrêt « *CHU de Nice* » (n° 425990) dans lequel il a clarifié l'imputation des frais liés au transport d'urgence effectué par un SDIS à la demande d'un « Centre 15 ». Dans cet arrêt, le Conseil d'Etat a précisé que les SDIS « ne peuvent demander, sur le fondement du deuxième alinéa de l'article L. 1424-42 du [code général des collectivités territoriales ; nota : relatif aux activités dévolues aux SDIS et incluant au 4° « Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation »], une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération de leur seul conseil d'administration, aux établissements de santé, sièges des SAMU ».

- La possibilité d'aménager les modalités de procédure (en les simplifiant) tout en respectant cependant le principe d'égalité de traitement des candidats (article 3 de l'ordonnance) ;
- La prorogation des marchés et contrats en cours, adaptation pragmatique et remarquable tant elle peut s'avérer contraire aux règles classiques du droit de la commande publique (article 4 de l'ordonnance)
- La modification du régime du versement des avances pour le porter à des montants supérieurs à 60% du montant du marché (article 5) ; solution pragmatique pour assurer la commande ;
- En cas de difficultés dans l'exécution du contrat, de la souplesse dans les délais d'exécution des prestations ; l'interdiction du recours aux pénalités contractuelles et l'engagement de la responsabilité contractuelle lorsque le titulaire du marché est dans l'impossibilité de l'exécuter ; l'indemnisation des dépenses engagées par le cocontractant en cas d'annulation d'un bon de commande ou de résiliation du marché en raison de l'état d'urgence sanitaire ; le règlement du marché lorsque celui-ci, conclu à prix forfaitaire, a été suspendu pendant l'état d'urgence ; la suspension, dans la même logique, du versement de sommes dues par un concessionnaire au concédant et éventuellement le versement à l'inverse, d'une avance sur les sommes que le concédant devrait au concessionnaire ; ainsi que l'indemnisation des coûts engendrés par une modification unilatérale d'un contrat de concession, si ceux-ci représentent une charge manifestement excessive pour le concessionnaire.

Ce régime exceptionnel, dans ses manifestations, ne l'est cependant pas totalement dans sa philosophie. La jurisprudence a, depuis longtemps, consacré la possibilité pour une personne publique de procéder à la modification unilatérale d'un contrat public dans l'objectif de satisfaire le principe de continuité des services publics, pourvu en ce cas que le cocontractant soit justement indemnisé (Conseil d'Etat, 11 mars 1910, Compagnie générale française des tramways, n° 16178). Cette faculté est désormais codifiée dans le code de la commande publique aux articles L. 2194-1 et L. 2194-2 s'agissant des marchés publics et L. 3135-1 et L. 3135-2 pour les concessions.

En cohérence avec les volontés de la direction des affaires juridiques du ministère de l'économie et des finances et de la direction des achats de l'Etat (recommandations aux acheteurs publics en faveur du soutien aux entreprises), cette ordonnance a été prise en conformité également avec le droit de l'Union européenne. Compétente en matière de droit applicable aux marchés et aux concessions, l'Union, par la voix de sa Commission a, le 1er avril, fait savoir que de telles règles d'adaptation étaient conformes au droit européen des marchés (communication de la Commission du 1er avril 2020, « Orientations de la Commission européenne sur l'utilisation des marchés publics dans la situation d'urgence liée à la crise de la COVID-19 (2020/C 108 I/01). Dans cette communication, la Commission a souligné les marges de manœuvre des Etats en matière de commande publique, qu'elle avait déjà mis en exergue lors de la crise de l'asile en 2015 (Commission du 9 septembre 2015 « relative aux règles de passation de marchés publics en lien avec l'actuelle crise de l'asile » (COM/2015/0454 final).

Entre continuité et rupture donc.

En matière d'aides d'Etat (subventions directes et garanties de prêts)

Comme en matière de commande publique, la volonté de soutenir les entreprises et d'éviter tant les licenciements que les liquidations s'est traduite par un appui public, dont on mesurera la charge financière sur les années à venir.

Cet appui a pu se traduire, exceptionnellement, dans des subventions directes aux entreprises ou dans des garanties financières, à l'instar notamment de la garantie de prêt.

En ces matières d'aides d'Etat, l'on sait que l'Union fait une application stricte de l'article 107, 1°, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) aux termes duquel « *Sauf dérogations prévues par les traités, sont incompatibles avec le marché intérieur, dans la mesure où elles affectent les échanges entre États membres, les aides accordées par les États ou au moyen de ressources d'État sous quelque forme que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions.* ».

Cependant, dès le 19 mars dernier, la Commission a adopté une communication permettant d'assouplir l'interdiction des aides d'Etat (Communication de la Commission « Encadrement temporaire des mesures d'aide d'État visant à soutenir l'économie dans le contexte actuel de la flambée de COVID-19 (2020/C 91 I/01) »).

L'article 107 2° b) du TFUE prévoyait déjà des dérogations au principe de prohibition des aides d'Etat, notamment en cas de « calamités naturelles » ou en raison d'autres « événements extraordinaires », pourvu cependant de respecter le principe de « non récurrence³ » de l'aide accordée.

Sur ce fondement, le législateur a pu adopter l'article 6 de la loi de finances rectificative pour 2020 n° 2020-289 du 23 mars 2020, en consacrant : « *I. - La garantie de l'Etat peut être accordée aux prêts consentis par les établissements de crédit et les sociétés de financement, à compter du 16 mars 2020 et jusqu'au 31 décembre 2020 inclus, à des entreprises non financières immatriculées en France.* »

En application de cette disposition, le gouvernement a pu accorder à titre dérogatoire des garanties d'emprunt et, parmi les plus spectaculaires, la garantie du prêt consenti à Fnac Darty SA. Dans son arrêté du 18 avril 2020, le ministre de l'économie et des finances a en effet accordé la garantie de l'Etat à un prêt octroyé par les établissements Arkéa Banque Entreprises et Institutionnels, Crédit Industriel et Commercial, Crédit Agricole Corporate and Investment Bank, Crédit Lyonnais, Natixis, Bred Banque Populaire, Société Générale, BNP Paribas, La Banque Postale à la société Fnac Darty SA pour un montant de 500 millions d'euros.

L'on est dans l'exceptionnel. Le roseau juridique plie mais ne rompt pas, à la faveur d'entreprises qui, elles, risqueraient de se briser.

En matière de prix

Désormais codifié dans le code de la santé publique, la loi a également autorisé le gouvernement à procéder à un contrôle des prix.

L'article L. 3131-15 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, dispose désormais : « Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique : (...) 8° Prendre des mesures temporaires de contrôle des prix de certains produits rendues nécessaires pour prévenir ou corriger les tensions constatées sur le marché de certains produits ; Le Conseil national de la consommation est informé des mesures prises en ce sens ; »⁴.

Tel fût le cas pour les gels hydroalcooliques. Sous un chapitre martialement intitulé « Dispositions de contrôle des prix », l'article 11 du décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire a fixé des

(3) Le principe de « non-récurrence », tel que posé au point 70 des lignes directrices de la Commission européenne publiées au JOUE du 31 juillet 2014, est ainsi entendu : « *Afin de réduire l'aléa moral, les incitations à une prise de risques excessive et les distorsions de concurrence potentielles, les aides ne doivent être octroyées aux entreprises en difficulté que pour une seule opération de restructuration. C'est le principe du «one time, last time» ou de non-récurrence. La nécessité pour une entreprise qui a déjà bénéficié d'aides conformément aux présentes lignes directrices d'obtenir une aide supplémentaire de ce type montre que les difficultés de l'entreprise sont de nature récurrente ou n'ont pas été traitées de manière adéquate lors de l'octroi de l'aide initiale. Les interventions répétées de l'État sont susceptibles d'entraîner des problèmes d'aléa moral et des distorsions de concurrence qui sont contraires à l'intérêt commun.* »

(4) On précisera que le 9° de cet article prévoit que le premier ministre peut : « *En tant que de besoin, prendre toute mesure permettant la mise à la disposition des patients de médicaments appropriés pour l'éradication de la catastrophe sanitaire.* ».

montants maximums de prix de vente par litre selon le contenant. On pouvait ainsi savoir qu'au détail, un flacon de moins de 50 ml devrait être vendu 40 euros TTC maximum par litre, soit 2 euros le flacon ; mais qu'un flacon de plus de 300 ml ne pouvait être vendu qu'au maximum 15 euros le litre, soit 15 euros maximum le flacon d'un litre. Un mauvais esprit dirait qu'avec un tel dispositif, il ne manquait plus que les flacons...

Entorse à la liberté du commerce et de l'industrie, cette fixation des prix ne peut être justifiée que par l'impérieuse nécessité de protéger la santé publique en période de crise sanitaire.

Toutefois, au titre maintenant des permanences, il est probablement une garantie plus fondamentale pour garantir le niveau des prix, que l'on trouve dans l'application constante du droit de la concurrence.

LA ROSE ET LE RÉSÉDA. UNITÉ ET PÉRENNITÉ DE LA LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ANTICONCURRENTIELLES DURANT LA CRISE

Des textes sont désormais pérennes dans notre droit, à l'instar notamment de l'existence même d'un nouveau régime d'état d'urgence (depuis la loi du 23 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire est consacré sous le titre III du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique intitulé « Menaces et crises sanitaires graves », dans un chapitre 1er Bis « Etat d'urgence sanitaire », dont le régime est fixé aux articles L. 3131-12 et suivants).

Parmi les principes anciens en droit économique, un est demeuré strictement appliqué durant la période de crise sanitaire, celui de la lutte contre les pratiques anticoncurrentielles.

Les établissements de santé sont directement concernés par les risques liés aux pratiques anticoncurrentielles. Celles-ci, de nature évidemment à augmenter les prix et à restreindre la pluralité de l'offre et sa qualité, ont donc fait l'objet d'une attention particulière par les autorités de la concurrence en France et en Europe.

Au titre d'abord des rappels stricts, le Réseau européen de la concurrence, qui permet l'échange d'informations entre les autorités nationales de la concurrence et la Commission européenne, a communiqué un message qui, tout en ménageant des marges de manœuvres aux Etats en période de crise sanitaire, rappelait que « dans le même temps, il est de la plus haute importance de veiller à ce que les produits considérés comme essentiels pour protéger la santé des consommateurs dans la situation actuelle (par exemple, les masques faciaux et le gel assainissant) restent disponibles à des prix compétitifs. Les membres du REC n'hésiteront donc pas à prendre des mesures à l'encontre des entreprises qui profitent de la situation actuelle en pratiquant des ententes ou en abusant de leur position dominante. »

Si des autorisations de coopérations limitées entre entreprises peuvent être permises pendant la crise sanitaire, en particulier pour les médicaments hospitaliers critiques durant la pandémie, ce ne peut être au détriment de la protection des consommateurs.

Appliquant cette doctrine, l'Autorité de la concurrence a procédé à une enquête concernant la distribution de matériel d'assistance respiratoire en Guyane et aux Antilles françaises. À la suite d'un signalement introduit devant l'Autorité par un concurrent le 30 mars 2020, une instruction a été ouverte sur les pratiques d'importations exclusives susceptibles d'avoir été mises en œuvre un groupe actif dans la fourniture aux hôpitaux de systèmes et produits respiratoires destinés notamment aux patients atteints du Covid-19.

Chargé de s'expliquer, le groupe Fisher & Paykel Healthcare a d'emblée clarifié sa position sur les conditions de distributions de ses produits afin de renforcer la concurrence.

Si l'Autorité a pu, sur cette base, refermer son enquête, elle a également délivré le message de sa stricte vigilance sur l'application du droit de la concurrence, en particulier en période de crise sanitaire (<https://www.autoritedelaconcurrence.fr/fr/communiqués-de-presse/materiel-dassistance-respiratoire-en-guyane-et-aux-antilles-francaises>).

Constance donc et même résistance, que l'on peut souligner, pour protéger les établissements contre un risque de restriction de la concurrence et, *in fine*, pour protéger les patients.

Hommage à Claude Le Pen (1948 - 2020)

Son éditorial de Mai 2012 : L'hôpital est-il une entreprise ?

On l'a entendu à satiété à droite comme à gauche : « *l'hôpital, n'est pas une entreprise* » ! Mais alors qu'est-ce que c'est ? Une administration publique ? Une association caritative ? En tant qu'entité juridique combinant des moyens matériels et humains pour produire des biens et des services dans un environnement donné, l'hôpital est bel et bien une « *entreprise* » ! Et ce n'est ni honte, ni une tare. D'autant que le concept est loin d'être univoque. Il existe une grande variété d'entreprises : des privées et des publiques, des commerciales et des non commerciales, des grandes et des (très) petites, etc. Définir l'hôpital comme « *une entreprise publique de santé* » n'a rien de choquant. La qualification d'entreprise, acceptée (voire revendiquée) par les établissements PNL, ne les empêche nullement de « *participer au service public d'hospitalisation* » ! Mais dans la bouche de ses détracteurs, la notion sert à dénoncer la logique « *productiviste* » que la T2A - toujours elle - est censée avoir introduit à l'hôpital public. Nous ne reviendrons pas sur cette question maintes fois abordée dans ces colonnes, sinon pour noter à quel point la T2A demeure largement inconnue, y compris de ceux qui en parlent avec assurance dans le débat public. « *Il faut sortir du tout T2A* » a-t-on entendu alors que la T2A n'a jamais représenté que 70 à 75% de la ressource hospitalière (51% aujourd'hui ndr). Ou « *la T2A favorise les cliniques privées* » alors qu'elle avait plutôt apporté un bol d'air à l'hospitalisation publique qui a regagné quelques « *parts de marché* ».

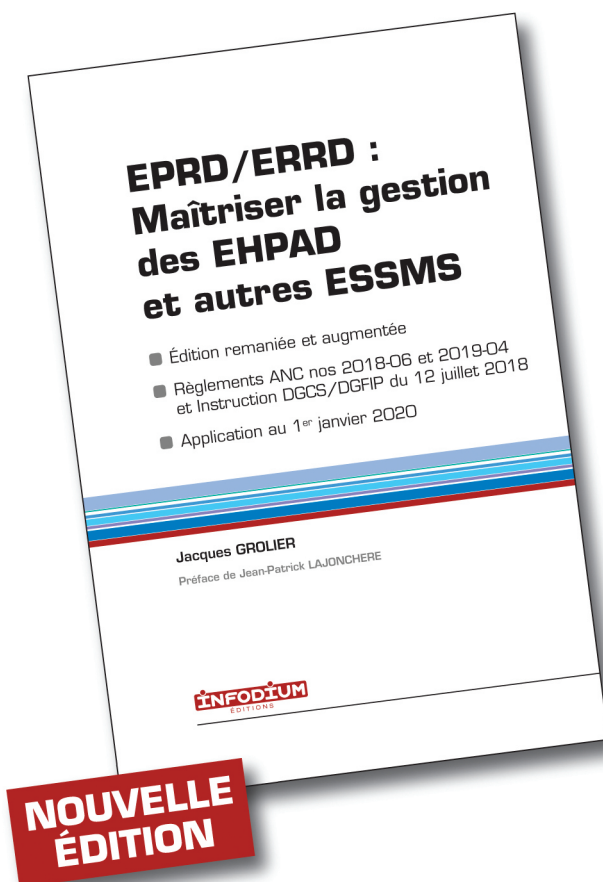
Peu nombreux sont ceux qui ont conscience que la T2A n'est qu'un moyen de répartir une enveloppe budgétaire fermée en fonction d'une mesure d'activité standardisée et comparative... Mais pour revenir à l'entreprise, je prendrai bien pour ma part - mi par provocation, mi par conviction - le point de vue inverse : l'hôpital n'est pas assez une entreprise ! Il n'est pas assez autonome pour élaborer sa politique médicale en fonction de son environnement et de ses moyens, il n'est pas assez managérial pour gérer efficacement sa ressource humaine, il n'est pas assez performant dans la mise en oeuvre de son système d'information et des solutions de suivi comptable et financier de son activité. Pourquoi ne pas affirmer une vraie politique d'autonomie des établissements hospitaliers publics, comme on l'a fait avec succès pour les universités ?

Pourquoi ne pas créer, pour certains établissements, un statut optionnel d'établissement hospitalier public autonome, un peu sur le modèle des « *Foundation Trusts* » britanniques qui sont des entités légales indépendantes de droit public, gérées par un board de personnalités locales et disposant d'une large autonomie financière. Pourquoi ne pas relâcher une tutelle nationale et régionale souvent étouffante (voir le rapport Fourcade sur la mise en oeuvre de la loi HPST !) ? Pourquoi ne pas faire confiance à des acteurs locaux autonomes dans le cadre d'une délégation de pouvoir régulée et contrôlée ? Le statu quo est-il si enviable qu'il faille s'y accrocher ?

EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS

- Budget et comptabilité
- Analyse économique et financière
- Pilotage
- Règlement ANC n° 2018-06 et 2019-04 et Instruction DGCS/DGFIP du 12 juillet 2018
- Application au 1^{er} janvier 2020

Par **Jacques GROLIER**
Préface de **Jean-Patrick LAJONCHERE**



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

	HT	TTC
☐ OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS » par Jacques Grolier, 410 pages (ISBN 978-2-9559203-6-7) TVA : 5,5 %	71,09	75,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
	Total	

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

Cachet / Signature

Je règle par :

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

☐ A réception de facture (avec RIB)

69, avenue des Ternes 75017 Paris
 Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
 courriel : contact@infodium.fr

VEILLE DOCUMENTAIRE

Coronavirus : un impact de la crise sur l'activité économique et les finances publiques encore largement sous-estimé.

Commission des finances du Sénat. Note de conjoncture, 3 avril 2020. 56 p.

Cette note alerte sur l'impact probable de la crise COVID sur l'activité économique et les finances publiques. Elle montre un effet de ciseau très lourd : baisse des recettes sociales et fiscales en raison du repli de la croissance, alors même que les mesures de soutien (chômage partiel notamment) ou les mesures sanitaires pour faire face à la crise elle-même sont extrêmement coûteuses. Les auteurs considèrent que l'écart entre recettes et dépenses a été largement sous-estimé par le gouvernement dans la loi de finances rectificative. Cet effet de ciseau se décline au plan local pour les collectivités territoriales, qui verront leurs ressources se réduire en même temps que leurs services d'assistance seront plus sollicités.

La politique de soutien aux entreprises apparaît comme non entièrement financée (500 M€ sur 1,7 Mds) et reposant sur des mesures de trésorerie (prêts et garanties) et non d'absorption immédiate des pertes ou de recapitalisation. En comparaison, le gouvernement allemand a doté son fonds de solidarité de 100 Mds €, utilisables en prise de participation de l'Etat. Le risque est donc porté par l'Etat qui se remboursera sur les profits des entreprises qu'il aura soutenues, alors que l'Etat français rentrera dans ses fonds par le remboursement des prêts consentis. On peut observer que la prise de risque n'est pas du tout la même – ce que nombre de PME reprochent au dispositif français perçu comme frileux.

Les auteurs montrent une perte de capitalisation importante des participations de l'Etat, liée à des entreprises très fragilisées (ex. Renault, Air France). Ils préconisent la mobilisation de 5,8 milliards d'euros pour une opération recapitalisation des entreprises en difficultés sans recourir au crédit sur le budget de l'Etat.

Enfin, l'action monétaire de la Banque Centrale a permis de contenir l'inflation des Etats membres au moment où ils doivent emprunter beaucoup pour soutenir leurs économies. Mais ils regrettent que les politiques budgétaires permettant de dégager des moyens dédiés n'aient pas été définies ni concertées.

Sommes-nous prêts à la guerre (sanitaire) ? Autonomie stratégique et géopolitique de crise.

Luc Pierron. Terra Nova, note du 3 avril 2020. 11 p.

Fors du discours martial du Président de la République, l'auteur pointe en creux deux axes de vulnérabilité : « fragilité de notre autonomie stratégique, quand notre indépendance sanitaire se voit bousculée par la propagation d'un virus identifié depuis de longues semaines ; fragilité de notre situation géopolitique, quand notre peur de l'avenir nous amène à transposer des mesures présentées comme idéales, en faisant abstraction du réalisme qui irrigue les relations internationales ». La possibilité d'un risque biologique n'a pas été éludée, mais sa réponse révèle des choix litigieux. La politique de stocks de précaution de R. Bachelot ayant été conspuée, choix a été fait de fonctionner en flux tendu, présupposant le bon fonctionnement des mécanismes de marché. Or, ce choix ne résiste pas à une pénurie mondiale. De même, la réduction des capacités hospitalières, la part relative prise par le virage ambulatoire se sont avérées coûteuses lorsqu'il s'est agi d'hospitaliser en masse des patients requérant des soins critiques. De fait, la comparaison des lits de réanimation pour 1000 habitants est intéressante : « la France se situe au 19^{er} rang mondial, avec 3,1 lits de soins intensifs pour 1 000 habitants, très loin derrière l'Allemagne (6 pour 1 000), la Corée du Sud (7,2 pour 1 000) et le Japon (près de 8 pour 1 000) ».

« Là où nous avons appliqué les recommandations de rationalisation de l'OCDE et de la Commission européenne, d'autres y sont restés sourds et se sont même autorisés à renforcer la résilience de leur système de santé, afin d'anticiper les chocs à venir. Cela leur a probablement coûté cher. Mais la catastrophe montre qu'à l'heure des comptes – y compris économiques – les bilans ne ressembleront peut-être pas à ce qu'avaient imaginé les experts des organisations internationales ». Mais l'auteur semble aussi faire fi du processus démocratique qui peut conduire un Etat, sous la pression de ses citoyens, à réduire des dépenses hypothétiques (et tel est peut-être le sens d'un stockage de précaution, ou d'armement de lits de réanimation coûtant à minima plusieurs centaines de milliers d'euros annuels chacun) juste au cas où. Ce cas où a un prix, mais à l'heure des grands équilibres budgétaires, il semble injuste de reprocher à l'Etat de ne pas avoir enchéri le poids des prélèvements obligatoires.

Concernant la géopolitique de crise, les comparaisons internationales montrent une mortalité virale très différente entre les Etats européens : 11% en Italie, 8,4% en Espagne, 6% en France et 0,8% en Allemagne. Derrière ces chiffres, la réalité est complexe : les pays atteints précocement n'ont pas bénéficié de ces précieux jours d'adaptation de l'Allemagne. De même, les pays sans zones de forte densité de population ont mieux réagi. Enfin, la cohésion entre la médecine et la politique industrielle en Allemagne a soutenu des choix cohérents et concertés.

Le paradoxe hospitalier français

Robert Holcman. Le débat n° 209, avril 2020. p. 37 à 44.

R. Holcman prend le contrepied de la doxa complaisante, dénonçant le manque de ressources et le rationnement du système hospitalier français « *en voie de paupérisation* ». Or, il s'attache à démontrer que la réalité est inverse : les budgets hospitaliers augmentent chaque année, l'ONDAM étant toujours positif, l'hôpital est l'un des plus fortement dotés des pays développés, les dépenses hospitalières parmi les plus élevées, notamment à raison d'une masse salariale dodue. « *Le système français se singularise par la concomitance d'une abondance budgétaire et de situations de réelles insuffisances – l'explication provenant de l'affectation défailante des personnels hospitaliers et d'un nombre bien trop élevé d'établissements de santé, qui trouve ses racines dans la géographie et l'organisation communale de notre pays.* ». Ce qui est donc pointé en filigrane, c'est l'absence de politique ambitieuse pour sauver le (formidable) système hospitalier français.

AGENDA

Santexpo

Nouvelles dates : du 7 au 9 octobre

Paris Expo - Porte de Versailles

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.fr - 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 Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 429 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0421 I 88884 - ISSN 1955-642X
Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

A compléter et renvoyer à :

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

W146

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

www.finances-hospitalieres.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **429 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

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

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

Adresse de facturation si différent

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

Cachet /Date
Signature

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

Infodium - SAS au capital de 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 2020 au 31 Décembre 2020.